



RAPPORT ANNUEL

PADSS MLI 02 01 011

2009

Table des matières

1	Fiche projet (1 page)	5
2	Situation actuelle en bref (max. 1 page)	6
3	Bilan de la planification des activités	8
	3.1 <i>Aperçu des activités</i>	8
	3.2 <i>Analyse de la planification des activités (1 page)</i>	19
4	Bilan des finances	20
	4.1 <i>Aperçu des dépenses par rapport au planning financier</i>	20
	4.2 <i>Analyse du planning financier (1 page)</i>	22
5	Suivi des indicateurs (max. 3 pages)	23
	5.1 <i>Objectif spécifique</i>	23
	5.2 <i>Résultats</i>	24
6	Appréciation des critères de suivi (max. 3 pages)	27
	6.1 <i>Efficiéce</i>	27
	6.2 <i>Efficacité</i>	27
	6.3 <i>Durabilité</i>	27
7	Mesures et recommandations (max. 2 pages)	29
	7.1 <i>Synthèse des critères d'appréciation</i>	29
	7.2 <i>Recommandations</i>	29
8	Nouveau planning (Année 2010) (max. 4 pages)	31
	8.1 <i>Planning des activités de l'année 2010</i>	31
	8.2 <i>Planning financier de l'année 2010</i>	38
9	Conclusions	40
	9.1 <i>Activités et Finances</i>	40
	9.2 <i>Critères de suivi</i>	40
10	Annexes	41
	10.1 <i>Tracking Gantt view / Activités réalisée en 2009</i>	41
	10.2 <i>Rapport de base / Activités (AdeptTracker)</i>	43
	10.3 <i>Cadre logique</i>	44
	10.4 <i>Aperçu des marchés publics</i>	59

ACRONYMES

ABF	Analyse des Besoins de Formations
AC	Appui Conseil
AFD	Agence Française de Développement
ANEH	Agence Nationale d'Evaluation des Hôpitaux
ANO	Avis de Non Objection
APD	Avant-projet définitif
APS	Avant projet sommaire
ASACO	Association de Santé Communautaire
ATI	Assistant Technique International
ATN	Assistant Technique National
CEPRIS	Cellule d'Exécution du Programme de Renforcement des Infrastructures Sanitaires
CNAM	Conservatoire National des Arts et du Multimédia de Bamako
CNIECS	Centre National d'Information et d'Education de Communication pour la Santé
CPS	Cellule de Planification et de Statistiques
CROCEP	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation des Programmes sanitaires et sociaux
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSREF	Centre de Santé de Référence
CTP	Comité Tripartite
DAF	Direction Administrative et Financière
DGCD	Direction Générale de la Coopération et du Développement
DGMP	Direction Générale des Marchés Publics
DLUF	Date limite d'utilisation des fonds
DLVF	Date Limite de versement des fonds
DP	Demande de Propositions
DRDSES	Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire
DRS	Direction Régionale de la Santé
DV	Dépôt vente (de produits pharmaceutiques)
ENSAD	Ecole Nationale des Arts Décoratifs de Paris
INFSS	Institut National de Formation en Sciences de la Santé
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
MOD	Maîtrise d'ouvrage déléguée
MTR	Mid Term Review (évaluation à mi parcours)
ONG	Organisations Non Gouvernementales
PADSS	Programme d'Appui au Développement Socio-Sanitaire
PAEX	Programme d'Appui en Expertise
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PO	Plans opérationnels
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
TDR	Termes de Références
UTM	Union technique de la Mutualité

Liste des encadrés

Encadré 1 : Processus d'adoption du Projet d'Etablissement 2009-2013	16
Encadré 2 : liste des CSCOM réhabilités en 2010	16
Encadré 3 : Etat d'avancement de la Composante Régionale, résultats, pertinence, pérennisation	28

Liste des figures

Figure 1 : Evolution des PO par an et par semestre en millions de FCFA.....	14
Figure 2 : Répartition des PO en pourcentage par année	14
Figure 3 : Evolution des montants versés sur les comptes A et B en millions de FCFA et par an	17
Figure 4 : Répartition géographique des interventions du PADSS	18
Figure 5 : Prévisions des dépenses de 2010 à 2012 en millions d'euros (part CTB uniquement).....	39

Liste des tableaux

Tableau 1 : Evolution des financements sur la composante régionale en FCFA.....	14
Tableau 2 : localisation des médecins installés dans les CSCOM en 2008 et 2009	15
Tableau 3 : Montants versés en FCFA depuis le démarrage du PADSS (part AFD et CTB).....	17
Tableau 4 : Budget et engagements du PADSS au 31/12/2009	32
Tableau 5 : Scénario 1 - le financement de l'hôpital est réparti entre les trois partenaires (AFD / CTB et Etat malien).....	33
Tableau 6 : Scénario 2 : le financement des équipements de l'HSD est réparti entre les trois partenaires (AFD / CTB et Etat malien).....	34
Tableau 7 : Evolution des Volets et extrants révisés du PADSS	44

1 FICHE PROJET (1 PAGE)

Chronologie et documents

Phase	EXE				
Début est.	01/04/2004	Durée est.		Fin est.	30/06/2012
Début CS	15/12/2003	Durée CS	102.0	Fin CS	30/06/2012
31/12/2009	Signature de l'avenant de prolongation de la CS				
28/04/2009	Transmission du rapport MTR au siège				
06/04/2004	Notification à la CTB de la CMO signée				
01/04/2004	Signature de la Convention de Mise en Œuvre				
17/12/2003	Notification à la CTB de la Convention Spécifique signée				
15/12/2003	Signature de la Convention Spécifique				
12/12/2002	Analyse du DTF ou rapport de formulation par le Comité d'avis				
01/11/2002	Transmission du rapport MTR à la SMCL				
03/01/2002	Notification à la CTB de l'approbation de l'offre de prix				
25/07/2001	Transmission de l'offre de prix au du bailleur				
05/06/2001	Demande d'offre de prix				

Description

Ce programme de **16 millions d'euros**, financé à part égale par la Belgique et la France (AFD) a été conçu pour s'inscrire dans les priorités stratégiques du Mali (PRODESS¹) et en respecter les procédures. Il dispose d'une instance de pilotage mixte (Mali - Partenaires, Niveau national et régional) dénommé « Comité Tripartite ». Il s'agit d'un programme innovant par son approche qui peut se définir comme une aide sectorielle régionale, pour la région de Mopti, permettant à la fois de respecter les procédures et les autorités nationales tout en conservant un appui dans la qualité et le suivi des opérations financées. Le programme est également ambitieux en ce qui concerne la nécessité de nouer des partenariats entre les services de l'Etat et offre la possibilité de traiter de façon systémique l'ensemble des problématiques de santé à l'échelle d'une région, du poste de Santé éloigné, jusqu'à la mise en œuvre d'un nouvel Hôpital.

Objectifs

Obj. Principal

Contribuer de manière significative à l'amélioration (i) de l'accès aux soins des populations de la Vème région et (ii) de la prise en charge des malades et de leurs pathologies.

Obj. Spécifiques

Améliorer la qualité des prestations de soins et à renforcer la couverture sanitaire de la population

Réduire les inégalités d'accès aux services de santé et améliorer l'offre de soins

Développer la formation initiale des personnels de santé et des capacités de gestion des institutions déconcentrées et décentralisées

Finance

¹ Programme de Développement Sanitaire et Social (programme décennal)

Budget Régie	
Budget Cogestion	8 000 000 €
Budget Total	8 000 000 €

2 SITUATION ACTUELLE EN BREF (MAX. 1 PAGE)

Changements institutionnels et organisationnels

L'année 2009 a été marquée en fin d'année au cours du 2^{ème} semestre par des changements d'interlocuteurs : (i) au niveau de l'AFD (départ du chargé de mission en juillet / intérim en juillet –septembre par une volontaire / arrivée d'une nouvelle chargée de mission en octobre), (ii) au niveau du Ministère de la Santé (changement de secrétaire général en septembre 2009 et du Directeur Régional de la Santé en janvier 2010) et (iii) au niveau de SOFRECO (changement de chef de projet en septembre 2009).

Evolution du programme :

Composante centrale : l'année 2009 a été marquée par des difficultés importantes sur les dossiers gérés par l'AGETIER (maîtrise d'ouvrage déléguée) : le dysfonctionnement de la maîtrise d'œuvre et le marché de construction du nouvel hôpital. Le marché a connu une annulation et la relance du dossier d'appel d'offres du marché de construction de l'hôpital. De plus, l'AGETEIR a eu des difficultés à gérer dans des délais raisonnables et avec des modalités claires le conflit entre les membres du groupement de maîtrise d'œuvre.

Les actions de communication, réalisées par le CНИЕCS ont été mises en œuvre, notamment dans le cadre de la pose de la première pierre le 04 juin 2009 à Mopti par le chef de l'Etat.

L'évaluation à mi parcours a été réalisée en janvier 2009 et les conclusions ont été partagées.

Au cours de l'année 2009, l'appui à un point focal a été poursuivi et renforcé par un appui au cabinet (DAF / CEPRIS) a été accordé.

Le recrutement du nouvel auditeur KPMG Sénégal a pris beaucoup de retard. Le contrat a été validé depuis juillet 2009, mais il est encore dans le circuit des signatures.

Le dossier Recherche Action a du mal à démarrer avec un partenariat avec l'INRSP qui n'a pas abouti.

Composante régionale :

PO 2009 : le premier semestre a été décaissé plus tôt que les années précédentes (mars 2009), en raison des réaménagements des audits. Pour autant, il n'a pas été possible de décaisser le 2^{ème} semestre à hauteur des montants prévus dans la mesure où l'audit qui aurait dû être réalisé en septembre 2009 n'a pas eu lieu du fait du recrutement tardif de l'auditeur.

PO 2010 : pour la première fois, les PO ont été présentés et validés avant le CROCEP de mars 2009.

Contrat Santé Sud : 5 nouveaux médecins ont été installés dans le cadre de la médicalisation dans les CSCOMs.

Mutuelles : le contrat de l'opérateur d'appui aux mutuelles a été signé en mai 2009. Dans sa première année d'activités, l'UTM (Union technique de la mutualité) devra revitaliser 5 mutuelles et en créer 5 autres.

Construction de 5 CSCOMS : signé fin 2008, le contrat de maîtrise d'ouvrage déléguée de l'AGETIPE s'élève à 400 millions de FCFA. Là encore, les activités ont pris du retard (8 mois), les contrats d'étude n'étant toujours pas signés à la fin de l'année.

Expertise en appui au PADSS :

Initialement financés sur fonds PAEX, les deux experts en appui au PADSS pour la coopération belge ont été reconduits dans leur fonction et financés sur la convention MLI 09030111. La formulation de cet appui repose sur la méthodologie de l'outcome mapping (voir rapport annuel MLI 0903011).

3 BILAN DE LA PLANIFICATION DES ACTIVITÉS

3.1 Aperçu des activités

(Se reporter à l'annexe 10.1 - Tracking Gantt view / Activités)

L'année 2009 a été une année de tension pour le PADSS : le marché de travaux pour la construction de l'hôpital a été annulé suite à des faux fournis par l'entreprise attributaire d'une part et le conflit de maîtrise d'œuvre perturbe considérablement la mise en œuvre du volet infrastructures d'autre part.

Comme conséquence directe, le PADSS souffre d'un déficit d'image, le volet infrastructures étant attentivement suivi, notamment par le niveau central et alors même que les fonds versés sur la composante régionale sont importants et permettent le financement de nombres d'activités.

L'année 2009 a été également l'année de l'évaluation à mi parcours permettant de mettre en valeur les activités menées au niveau régional, notamment en matière de prise en charge des patients.

3.1.1 Instance de pilotage et monitoring du PADSS

Trois Comités de pilotage ont eu lieu cette année. Il a été décidé de découper les deux composantes au cours du 1^{er} semestre pour éviter un agenda trop chargé :

- 09 mars 2009 8^{ème} Comité Tripartite – Composante régionale – Mopti
- 17 avril 2009 Comité Tripartite Spécial HSD – Bamako
- 04 décembre 2009 9^{ème} Comité Tripartite – Composante régionale – Bamako

La 2^{nde} mission conjointe AFD – CTB a été réalisée au mois de juin 2009, par Karel GYSELINCK, de la CTB Bruxelles et Philippe RENAULT, de l'AFD Paris. Au terme d'une semaine, une restitution a été réalisée reprenant les principaux points de discussion.

Des rencontres régulières avec le Secrétaire Général du Ministère de la Santé ont eu lieu pendant toute l'année 2009.

La poursuite de l'expertise en appui au PADSS a été réalisée dans les temps. La mission de formulation a eu lieu au mois d'avril 2009, selon la méthodologie de l'outcome mapping et la convention spécifique (MLI 0903011) signée en décembre 2009.

Les conventions de financement et d'exécution ont été prolongées avec les échéances suivantes :

- Date limite de versement des fonds : 31/12/2011
- Date limite d'utilisation des fonds : 30/06/2012

3.1.2 Composante centrale – contrats attribués avant 2009

- SOFRECO : L'équipe s'est consolidée avec l'arrivée du gestionnaire hospitalier depuis le mois d'octobre 2008. Pour cet assistant technique la tâche principale a été l'appui à la finalisation et l'harmonisation du Projet d'établissement (qui a été présenté au CTP d'avril 2009) ainsi que le suivi de la mise en œuvre du plan de mise en œuvre du Projet

d'établissement de l'Hôpital. Cette étape était d'autant plus importante que le Projet d'établissement était une condition suspensive au paiement des travaux, condition suspensive qui a été levée lors du Comité tripartite du mois d'avril 2009. A la fin de l'année 2009, le bilan était plutôt mitigé avec un taux de réalisation des activités prévues au niveau de l'hôpital de 34%.

La fin du contrat SOFRECO est prévue pour la fin février 2010. Il a donc été demandé à l'équipe SOFRECO au cours de l'année 2009 de s'atteler à la stratégie de retrait. Ce document doit faire un point sur les processus qui ont été soutenus par le PADSS et doit en faire une description et une analyse critique. La rédaction de cette stratégie a été laborieuse, mais l'objectif de l'équipe SOFRECO laisse un document standardisé et applicable aux autres régions.

- Audits semestriels réalisés par SEC DIARRA : pas d'anomalies majeures relevées. Le dernier audit SEC DIARRA couvre la période allant du 1^{er} janvier au 30 septembre 2008. Il était prévu que le contrat du nouvel audit puisse être signé dans des délais permettant de réaliser l'audit du 2^{ème} semestre 2008. malheureusement, cela n'a pas été le cas (voir infra). Comme conséquence directe pour le programme il n'a pas été possible au niveau régional de décaisser la totalité de la tranche du 2^{ème} semestre 2009. Au niveau central et du fait de l'attribution du marché de construction, un montant a été versé à titre dérogatoire sur le compte A pour la composante centrale.
- Audit Phase 2 - KPMG : Alors que la finalisation des TDR a été réellement effectuée fin 2008 et que le marché devrait être attribué au 1^{er} semestre 2009, la contractualisation du contrat KPMG (qui doit désormais assurer les audits à partir de septembre 2008) n'est toujours pas terminée quasiment un an après le démarrage de la procédure. Les séquences ont été les suivantes : dépôt des offres en février 2009, ANO sur les offres techniques et financières (DGMP et AFD/CTB) entre mars et mai 2009 et attribution définitive par le Ministère des Finances en juillet 2009. Le circuit des signatures n'était toujours pas finalisé au mois de décembre 2009. Il n'a pas été possible de décaisser la totalité des PO 2009 – 2^{ème} semestre (voir plus bas) et seulement une partie du PO 2009 – 2^{ème} semestre composante centrale de manière dérogatoire.
- Poursuite de la prestation de l'ATN (Assistant Technique National) et de l'ATI (Assistant Technique International) : Comme indiqué dans le rapport annuel 2008 le financement de l'ATN est assuré sur les fonds belges (PAEX) depuis le mois d'avril 2008 et pour 24 mois, soit avril 2010. La fin de la prestation de l'ATI en appui sur le PADSS se terminait en septembre 2009. Une mission de formulation a été réalisée au mois d'avril 2009 pour rédiger le DTF de l' « Expertise en appui au PADSS ». Cette prestation qui s'étale d'octobre 2009 à fin décembre 2011 permettra l'accompagnement du programme jusqu'à la livraison des infrastructures et la réception des équipements.
- Recrutement d'un expert en assistance à la maîtrise d'ouvrage (SCO) : le contrat SCO s'est poursuivi notamment avec la participation à trois reprises à l'ouverture des appels d'offres du marché de construction (voir infra). Le contrat initial de SCO a été signé en 2008 mais il aura fallu un avenant au 1^{er} contrat et un 2^{ème} contrat pour assurer la totalité de la prestation principalement en raison des difficultés rencontrées dans les validations des plans et des ouvertures des offres.
- Point focal DAF : au mois de janvier 2008, il a été accordé un fonds pour permettre à la DAF de mieux remplir son rôle, notamment à travers un versement mensuel pour le

point focal et une dotation en équipements informatiques. Cet appui a été prévu pour les années 2008 et 2009. Il pourrait être poursuivi en 2010 et 2011 si le Comité Tripartite de début 2010 donne son accord.

- Volet communication : au CTP du 09 mai 2008, il a été décidé que le CНИЕCS (Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé) serait en charge de la communication institutionnelle du Programme. Le CНИЕCS a notamment assuré la couverture médiatique des CTP et de la pose de la 1^{ère} pierre de l'hôpital par le Chef de L'Etat en juin 2009. La convention du CНИЕCS couvre les années 2008 à 2010 avec un montant global de 26 millions de FCFA (39 367 euros). De plus, la convention CNAM-ENSAD a été signée début 2009 pour un montant de presque 37 millions (56 250 euros) pour 3 ans et une première tranche a été débloquée pour l'année 2009.
- Evaluation à mi-parcours : Bien que le processus ait été lancé depuis février 2008, le contrat relatif à l'évaluation à mi-parcours est finalement signé le 13 janvier 2009. L'attributaire est le Bureau HERA. La mission a lieu du 19 janvier au 16 février 2009 composée d'un consultant international et d'un consultant national. Le rapport final a été reçu en avril 2009. Le rapport final a été remis en avril 2009. Les conclusions du rapport sont reprises au point 5 du présent rapport.
- Appui à maîtrise d'ouvrage : le 02 février 2009, les PTF ont répondu favorablement à la demande de la DAF pour permettre de conclure à un avenant et à un nouveau contrat qui permettra à Jacques Papier de SCO de poursuivre sa mission d'assistance à la maîtrise d'ouvrage, son travail étant unanimement apprécié. L'AFD et la CTB ont donné leur ANO le 23 mars 2009. L'avenant et le contrat n°2 ont été reçus le 26 août 2009. Le consultant a dû réaliser un nombre de missions supérieur à celui prédéterminé dans son contrat. En effet, au lieu d'une mission d'ouverture (mai 2009), il a dû effectuer deux missions de plus (octobre et décembre 2009) en raison des problèmes constatés lors des ouvertures. . De plus, un accord de principe des trois parties a été obtenu pour la rédaction d'un nouveau contrat pour le suivi de travaux. Ce nouveau contrat sera fait conformément à la nouvelle réglementation des marchés publics.

3.1.3 Composante centrale – contrats en cours d'attribution ou attribués en 2009

- Marché de recherche action : le second lancement en 2008 de demandes de propositions a été déclaré infructueux fin janvier 2009 suite à un dépassement constaté par les soumissionnaires pour les budgets proposés (et figurant dans la DP). Il a été demandé aux experts de l'évaluation à mi-parcours de bien vouloir suggérer des solutions pour la réalisation de ces activités. L'évaluation à mi-parcours a fait des propositions pour permettre à ces activités d'être réalisées qui passent par le recrutement d'un chercheur en charge de la coordination des travaux selon des thématiques développées niveau cercle. Suite à la mission conjointe de juin 2009, il a été retenu que des activités de recherche-action seront proposées par l'INRSP (Institut National de Recherche en Santé Publique) qui remettra une proposition de méthodologie accompagné d'un budget. Une enveloppe prévisionnelle de 160 millions (80 millions pour le suivi et 80 millions pour les activités) a été retenue par la mission conjointe. Il était impératif que les activités démarrent avant fin 2009. Malheureusement, l'INRSP n'a pas répondu de façon satisfaisante aux attentes des PTF, le volet recherche action est en attente.

-
- Appui au Cabinet : le 12 mars 2009, l'AFD et la CTB donnent leur accord au Secrétaire Général pour le financement d'activités de suivi sur le terrain en faveur du Cabinet. Cet appui s'élève à environ 30 millions pour une période de 3 ans.

3.1.4 Composante centrale – infrastructures

- Infrastructures : les infrastructures les plus importantes prévues dans le programme sont réparties sur deux sites distincts : **le site de Sévaré** (Hôpital, Institut National de Formation en Sciences de la Santé et Logement d'astreinte) et **le site de Youwarou** (Centre de Santé de Référence).
- Groupement de maîtrise d'œuvre (MOE) : le contrat a été attribué à un consortium tuniso-malien depuis juillet 2008. Très rapidement, il est apparu de fortes tensions entre les membres du groupement. Ces tensions ont même amené l'AFD et la CTB à émettre des réserves au moment de leur avis de non objection pour l'attribution du marché le 11 juin 2008. Le 16 décembre 2008, les rapports d'Avant Projets détaillées (APD) des infrastructures du site de Sévaré ont été remis à l'AGETIER et du 7 au 9 janvier 2009 une réunion de présentation des APD a été organisée au Ministère de la Santé. Les versions corrigées ont été remises fin janvier 2009. Les mois de février et de mars 2009 seront nécessaires à la finalisation du dossier et prises en compte de toutes les corrections. Cependant, vers la mi-mars 2009, il apparaît que des modifications importantes n'ont pas été prises en compte pour l'INFSS et les logements d'astreintes. Dès lors, il a été décidé de scinder les infrastructures du site de Sévaré. Seul l'hôpital de Mopti est prévu dans le Dossier d'Appel d'offres lancé en avril 2009 pour que les retards de l'INFSS et des logements d'astreinte ne retardent pas le dossier de l'hôpital.
- Pour le site de Youwarou, de l'INFSS et des logements d'astreinte, la version corrigée de l'APS a été remise le 10 octobre 2008 et des observations majeures ont été émises. Une nouvelle version corrigée a été remise le 12 janvier 2009. La réunion de validation du 04 février 2009 ayant émis à nouveau des réserves importantes, une troisième version des APS corrigés et les APD provisoires a été reçu le 31 mars 2009. La réunion de validation relative aux APD de l'INFSS, des logements d'astreintes et du CSREF de Youwarou est réalisée le 30 juin 2009. Malheureusement, les APD prennent encore du retard du fait de la non ou mauvaise prise en compte des commentaires de l'AGETIER ou de l'expert SCO. Une mise en demeure a été adressée fin décembre pour demander que les dossiers soient finalisés avant fin janvier 2010. Il est à noter que les dépassements budgétaires ont un impact sur le programme de construction : les fonds initialement dédiés à cette composante ne permettront pas de réaliser l'ensemble des infrastructures. Il est convenu qu'une réunion fin janvier suivie d'un CTP spécial devra préciser le niveau de l'engagement financier de l'Etat malien et les nouveaux arbitrages financiers. Cependant la construction du CSREF de Youwarou sera réalisée sur la contribution conjointe. Le DAO devrait être lancé au cours du 2^{ème} trimestre 2010.
- Pendant toute cette période, le conflit entre les membres du groupement de la maîtrise d'œuvre (MOE) s'est envenimé et le 16 février 2009, le Ministre de la Santé s'est impliqué personnellement dans le conflit opposant les membres du groupement de maîtrise d'œuvre et les a convoqué pour leur demander de mettre fin à leurs querelles. Finalement le 17 mars 2009, l'AGETIER a proposé le recrutement d'un avocat pour

lequel les PTF ont donné leur accord le 23 mars 2009. Le juriste a remis son rapport provisoire en juin 2009. Suite à la remise du rapport final par le consultant juridique le 02 juillet 2009, l'AGETIER a acté le changement de mandataire et a demandé au nouveau mandataire de présenter les factures et les nouvelles modalités de paiement. La sortie de crise du groupement de maîtrise d'œuvre est envisagée dans un premier temps sous forme d'un avenant. Faisant suite au refus de Pyramidion de signer un avenant permettant la survie du groupement, les deux autres membres (les sociétés Siraba et Ben Miled) décident finalement le 07 juillet 2009 de se retirer du groupement (avec effet le 7 août 2009). Ce retrait n'impliquant pas leur exclusion du marché, l'AGETIER propose alors aux trois sociétés de poursuivre de manière individuelle. Les propositions d'avenants ont été transmises le 31 juillet 2009 à l'AFD et à la CTB. Des informations complémentaires (répartition financière / accord intention de trois sociétés de poursuivre de manière individuelle...) ont été demandées à l'AGETIER de manière à pouvoir émettre un ANO. Le 18 novembre 2009, la résolution du conflit de la MOE par le biais d'avenants n'aboutissant pas, l'AGETIER informe le Ministre de la Santé de sa volonté de résilier le contrat et de poursuivre le marché sur des bases individuelles avec les membres du groupement qui le souhaiteraient. L'AFD/CTB donne leur ANO au Ministre pour la résiliation du contrat, qui donne à son tour son accord à l'AGETIER le 31 décembre 2009. Un ordre de service de mise en demeure est alors envoyé aux membres du groupement pour leur demander de fournir l'ensemble des documents à fournir avant le 29 janvier 2010.

- Marché de construction de l'hôpital : L'ouverture de l'appel à manifestations d'intérêt pour les entreprises de construction s'est déroulée pour le 19 janvier 2009. L'ouverture et l'analyse ont eu lieu dans la seconde quinzaine du mois de janvier mais il est apparu que seules deux entreprises ont été en mesure de passer les seuils de qualifications. Le risque de collusion, voire d'infructuosité étant trop fort avec deux entreprises, le processus n'a pu aboutir et le recours à un appel d'offres international ouvert a été décidé.

L'appel d'offres international ouvert pour les travaux de construction pour l'hôpital de Mopti a fait l'objet de discussions et d'analyse durant tout le mois de mars 2009 entre l'AGETIER, le Ministère de la Santé, l'AFD et la CTB. Finalement l'avis a été publié le 6 avril 2009 et les ouvertures des plis réalisées fin mai 2009. Une demande d'ANO a été requise pour l'attribution du marché à une entreprise pour un montant de 4,1 milliards de FCFA et des clarifications. Le prix du marché de la construction de l'hôpital étant supérieur aux estimations, des arbitrages financiers ont dus être discutés entre les parties et cela a été débattu lors de la 2ème mission conjointe de l'AFD et de la CTB qui a été réalisée du 04 au 12 juin 2009. Il y est décidé la mobilisation de la totalité des aléas (1,1 million euros) sur la composante « infrastructures ». Le 22 juin 2009, le Ministre de la Santé donne son accord formel pour la mobilisation des aléas à hauteur de 100% pour assurer la construction de l'hôpital et s'engage sur la réalisation des infrastructures et équipements prévus dans le programme mais ne pouvant pas être pris en charge sur le financement conjoint. Le 10 juillet 2009, l'AFD émet une lettre unilatérale à l'AGETIER de nature à faire part de ses doutes quant à l'authenticité des pièces présentées par l'attributaire désigné du marché de travaux et indique qu'elle serait prête à étudier une procédure négociée. Le 24 juillet 2009 l'AGETIER indique qu'aucune pièce relative à l'un des deux marchés, qui aurait été exécuté par l'entreprise attributaire, n'a été fournie. L'AFD et la CTB émettent une lettre conjointe refusant l'avis de non objection.

Après des discussions sur les modalités de relance, il sera décidé finalement de relancer un second appel d'offres international ouvert. Le 1er août 2009, le nouvel AO international ouvert pour la construction de l'hôpital de Mopti est lancé avec une date limite de dépôt des offres fixée au 19 octobre 2009. Le même jour, la commission d'analyse des offres pour la construction de l'hôpital se réunit et envoie au Ministre de la Santé en date du 23 octobre une correspondance dans lesquelles elle demande la conduite à tenir, dans la mesure où deux entreprises ont été jugées techniquement qualifiées mais que le montant du marché dépasse le montant de la première attribution. Le 4 novembre, l'AFD/CTB adresse une lettre remettant en cause le fait que la commission n'ait pas émis d'avis et de plus demande des éclaircissements sur les entreprises écartées et retenues. La commission se réunit donc une deuxième fois entre le 30 novembre et le 02 décembre et remet un nouveau PV. L'attribution du marché à l'entreprise CHECEC est accordée par l'AFD/CTB le 18 décembre pour un montant d'environ 4,357 milliards de FCFA (€ 6,642 millions). Ce montant ainsi que les montants estimatifs des autres constructions et des équipements permettent de réaliser que le montant affecté au projet en 2002 ne sera pas suffisant. Des discussions autour des arbitrages financiers doivent être réalisées fin janvier 2010 pour discuter de la prise en charge par l'Etat malien des constructions et équipements qui ne pourront pas être financés par la contribution conjointe.

Le 6 janvier 2010, le projet de contrat pour la construction de l'hôpital est envoyé à l'AFD/CTB qui indique que leur accord ne peut être délivré avant d'avoir obtenu tous les documents relatifs à la résiliation.

3.1.5 Composante régionale :

Le financement des Plans Opérationnels a été perturbé par la lenteur de la réalisation des audits de façon générale et par la longueur du processus de recrutement du nouvel auditeur KPMG. Pourtant cet appel d'offres avait été lancé dans les délais (dépôt et ouverture des offres en février 2009) pour permettre la réalisation effective de l'audit en septembre 2009. Fin décembre 2009, le contrat n'avait toujours pas finalisé le circuit des signatures, entraînant la non-réalisation de l'audit permettant les décaissements pour les PO 2009 2^{ème} semestre.

Depuis le démarrage du programme, le montant affecté aux PO a été particulièrement important les années 2007 et 2009 (voir figure 1). La baisse du volume constaté en 2008 revient à la mauvaise qualité des PO reçus cette année-là et à la mobilisation de seulement 50% des fonds du 2^{ème} semestre 2008.

L'année 2009 a été une année où la composante régionale a pu bénéficier du montant le plus important depuis le démarrage du programme. Malheureusement le retard pris par l'audit n'a permis qu'un décaissement très faible au 2^{ème} semestre. Pourtant, malgré ces difficultés, l'année 2009 représente plus du tiers du montant total des financements des PO (voir figure 2).

Tableau 1 : Evolution des financements sur la composante régionale en FCFA

	PO 2005	PO 2006	PO 2007	PO 2008	PO 2009
Semestre 1		126 316 998	180 000 003	125 036 828	358 375 522
Semestre 2	76 934 600		218 742 324	65 496 397	68 474 379
Total	76 934 600	126 316 998	398 742 327	190 533 226	426 849 901

Chiffres : AFD et CTB

Figure 1 : Evolution des PO par an et par semestre en millions de FCFA

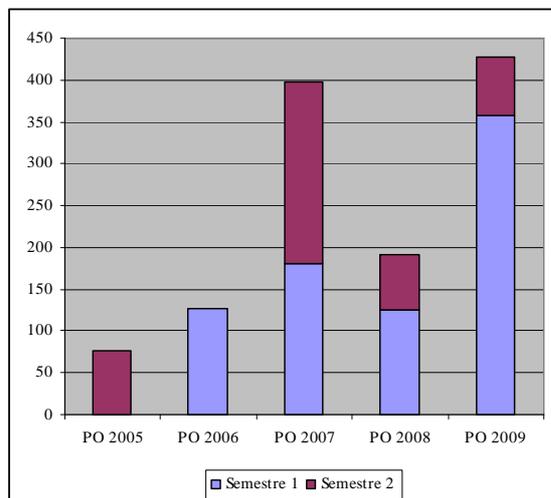
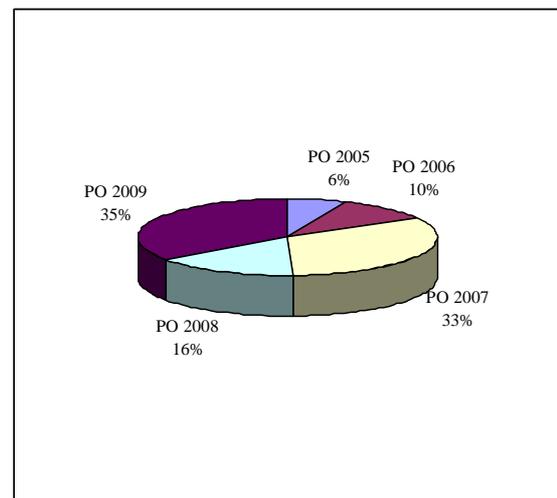


Figure 2 : Répartition des PO en pourcentage par année



- PO 2008 : seuls 50% des fonds du 2^{ème} semestre ont été versés au titre des PO 2008 au titre d'avance, en raison du retard de l'audit.
- PO 2009 : Même s'il aura fallu attendre début décembre 2008 pour la réception des PO 2009 finalisés, le financement a été versé dès le mois de février 2009 pour le financement des activités du 1^{er} semestre. Les visites sur le terrain (notamment mission

conjointe – juin 2009) ont permis de constater que le financement AFD CTB avait permis de réaliser des activités dans les cercles alors que d'autres financements attendus n'avaient toujours pas été versés. Au second semestre, en l'absence d'audit, les PTF constatent l'impossibilité de verser la deuxième tranche sur des activités planifiées de longue date. Pour autant, par volonté de ne pas bloquer le programme et dans la mesure où l'audit avait validé les PO 2008, il est accordé à la DRS le reliquat des 50% versés au titre du 2^{ème} semestre des PO 2008.

- PO 2010: anticipant les instances de validation des Plans Opérationnels 2010 qui ont lieu en mars / avril 2009 et conformément aux recommandations de la mission conjointe, un atelier de planification des PO 2010 est réalisé du 12 au 14 février 2009 avec pour objectif de définir des « règles » pour la planification des PO en fonction des stratégies du PADSS. Cet atelier est précédé de la restitution de l'évaluation à mi-parcours au niveau régional pour enrichir le débat. Les PO 2010 ont été reçus le 20 mars 2009. C'est au cours du Comité Tripartite de Mopti du 09 mars 2009 que les PO 2010 ont été officiellement validés. Ils ont été présentés au CROCEP du 23 et 24 avril 2009. Cependant le versement du 1^{er} semestre des PO 2010, prévu pour le 01/01/2010, est d'ors et déjà est compromis car l'audit des PO 2009 n'est toujours pas réalisé.
- Formation des spécialistes: quatre médecins et un pharmacien sont toujours en formation dans les spécialités suivantes : anesthésie – réanimation / urologie / gynéco-obstétrique / biologie médicale / imagerie médicale dans la sous région. Un sixième chirurgien est parti depuis fin 2008 en chirurgie – orthopédie à Dakar.
- Installation des médecins de campagne dans les cercles (médicalisation) : les cinq médecins qui ont été formés et installés dans les cercles par l'ONG Santé Sud en 2008 ont été régulièrement suivis. L'année 2009 a été l'occasion d'installer à nouveau 5 autres médecins. Il est à noter que Santé Sud a installé deux autres médecins dans la région (hors financement PADSS).

Tableau 2 : localisation des médecins installés dans les CSCOM en 2008 et 2009

2008	2009
CSCOM de Boré (cercle de Douentza), CSCOM de Sofara (cercle de Djenné), CSCOM de Diafarabé (cercle de Ténenkou), CSCOM de Konna (cercle de Mopti) et CSCOM de Diallassagou (cercle de Bankass).	CSCOM de Dinangourou (cercle de Koro), CSCOM de Dialloubé (cercle de Mopti), CSCOM de Dourou (cercle de Bandiagara), CSCOM de N'Gouma (cercle de Douentza), CSCOM de Ouenkoro (cercle de Bankass).

La figure 3 permet de visualiser la répartition des CSCOMs médicalisés dans la région. Même si Santé Sud a toujours insisté sur la fait de pouvoir assurer la maintien d'un médecin dans un CSCOM « urbain », les médecins sont bien répartis dans la région, couvrant les axes nord sud avec N'Gouma et Ouenkoro et est ouest avec Dialloubé et Dinagourou. La carte ne permet malheureusement pas de faire ressortir le côté enclavé (zone inondée ou absence de routes goudronnées) des différents sites.

- Hôpital Somine Dolo: L'année 2009 a été l'année de la réalisation et validation du Projet d'établissement de l'HSD. L'hôpital est devenu, conformément aux activités prévues dans le PADSS, un lieu de formation des personnels des CSREF en anesthésie réanimation et en petite chirurgie. L'évaluation à mi-parcours a émis un avis positif sur ces formations. Il faut noter que l'HSD n'a pas pu bénéficier du versement des PO 2009 2^{ème} semestre, entraînant l'annulation des activités prévues. En effet, l'hôpital ne s'est

pas muni des comptes bancaires en bonne et due forme requis pour le versement des fonds.

Encadré 1 : Processus d'adoption du Projet d'Etablissement 2009-2013

Le **PE 2009-2013** a été **adopté** par le Conseil d'Administration (CA) de l'HSD lors de sa session extraordinaire du 25 Mars 2009. Il a été ensuite **approuvé** par le Ministère de la Santé et par les PTF lors du CTP spécial du 17 Avril 2009 tenu dans la salle de conférence du Ministère de la Santé à Bamako en présence du Ministre de la Santé, du directeur de l'AFD et de la Représentante Résidente de la CTB, et des PTF.

La Direction de l'HSD a transmis aux PTF les documents requis pour la levée des conditionnalités concernant le début de construction du nouvel hôpital à Sévaré.

Les **conditionnalités** posées à l'HSD par les PTF pour le début de la **construction du nouvel hôpital** à Sévaré ont été **levées** lors du CTP spécial du 17 Avril 2009 tenu à Bamako.

Avec l'appui de l'AT/GH, un **plan de mise en œuvre du PE** pour chaque année d'exécution a été élaboré et soumis à la tutelle (Ministère de la Santé) et aux PTF.

- Mutuelles : Finalement, le contrat de l'UTM (opérateur d'appui aux mutuelles) a été signé le 11 mai 2009. Il faut noter que les activités auraient dû démarrer en janvier 2009, ce qui fait que 6 mois de retard sont à déplorer. Une mission d'évaluation des activités de l'UTM par un expert devait être réalisée en janvier 2010, mais elle a été annulée en raison du faible taux de réalisation des activités. Pendant le dernier semestre 2009, les formations des relais ont été réalisées ainsi que les études de faisabilité de 5 mutuelles. Pour autant, le retard pris n'est pas rattrapé et il a été demandé lors du CTP du mois de décembre à l'UTM de réviser budget et chronogramme.
- CSCOM : initialement, le PADSS était conçu comme un programme permettant de médicaliser les CSCOM avec comme mesure d'accompagnement la construction / réhabilitation / équipement des CSCOM médicalisés. Or, il est rapidement apparu que les médecins ne pouvaient être installés rapidement que dans des CSCOM en bon état. La maîtrise d'ouvrage pour le programme de réhabilitation est assurée par l'AGETIPE et doit couvrir 5 CSCOM. La date de limite de dépôt des offres pour le recrutement du groupement de maîtrise d'œuvre était fixée au 11 juillet 2009. le processus d'analyse des offres et d'ANO sur les propositions de la commission a duré jusqu'au 3 novembre, date de l'ANO sur l'attribution à CAURA HYDRAXE. Quant au bureau de contrôle technique, la demande de propositions est toujours en cours de correction. L'année 2009 a été consacrée à la contractualisation et l'année 2009 sera dédiée aux études.

Encadré 2 : liste des CSCOM réhabilités en 2010

CSCOM de Dinangourou (cercle de Koro),
 CSCOM de Diallobé (cercle de Mopti),
 CSCOM de Dourou (cercle de Bandiagara),
 CSCOM de N'Gouma (cercle de Douentza),
 CSCOM de Ouenkoro (cercle de Bankass).

En plus de cette première phase de réhabilitation de 5 CSCOMs, le PADSS prévoyait également la réhabilitation de 5 autres CSCOMs, Une mission exploratoire de la DRS / DAF / CEPRIS / Appui Conseil et Santé Sud a été réalisée du 29 mars au 05 mai 2009. Il est malheureusement apparu au cours des différents arbitrages financiers que le financement du PADSS ne permettait plus de couvrir ce volet du programme.

3.1.6 Evolution des dépenses

Alors que l'année 2009 a été une année difficile pour le programme, le volume des décaissements a été important (voir tableau 3 et figure 3).

Les raisons sont les suivantes : (i) le 1^{er} semestre des PO 2009 a été financé à hauteur de 100%, et (ii) la composante centrale a été alimentée pour pouvoir effectuer le paiement des études et le versement de l'avance sur le démarrage des travaux.

Tableau 3 : Montants versés en FCFA depuis le démarrage du PADSS (part AFD et CTB)

	2005	2006	2007	2008	2009
Semestre 1		268 234 894		240 011 219	951 878 828
Semestre 2		294 000 003	362 828 498	249 999 999	738 662 445
Compte A	0	562 234 897	362 828 498	490 011 218	1 690 541 274
Semestre 1		126 316 998	180 000 003	125 036 828	358 375 522
Semestre 2	76 934 600		218 742 324	65 496 397	68 474 379
Compte B	76 934 600	126 316 998	398 742 327	190 533 226	426 849 901
Compte A + B	76 934 600	688 551 895	761 570 825	680 544 444	2 117 391 174

Figure 3 : Evolution des montants versés sur les comptes A et B en millions de FCFA et par an

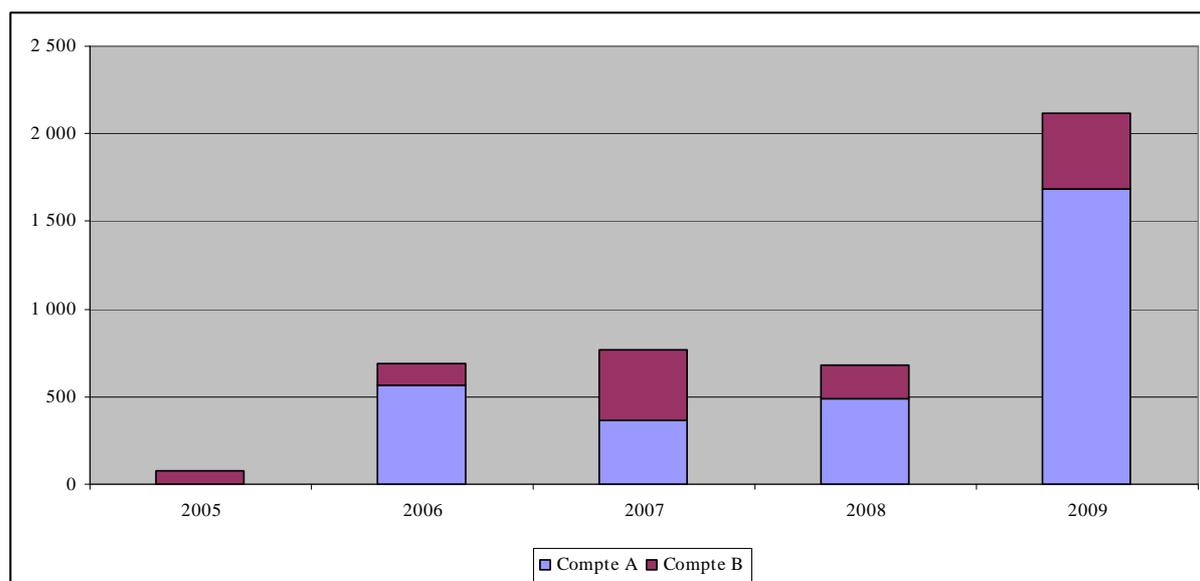
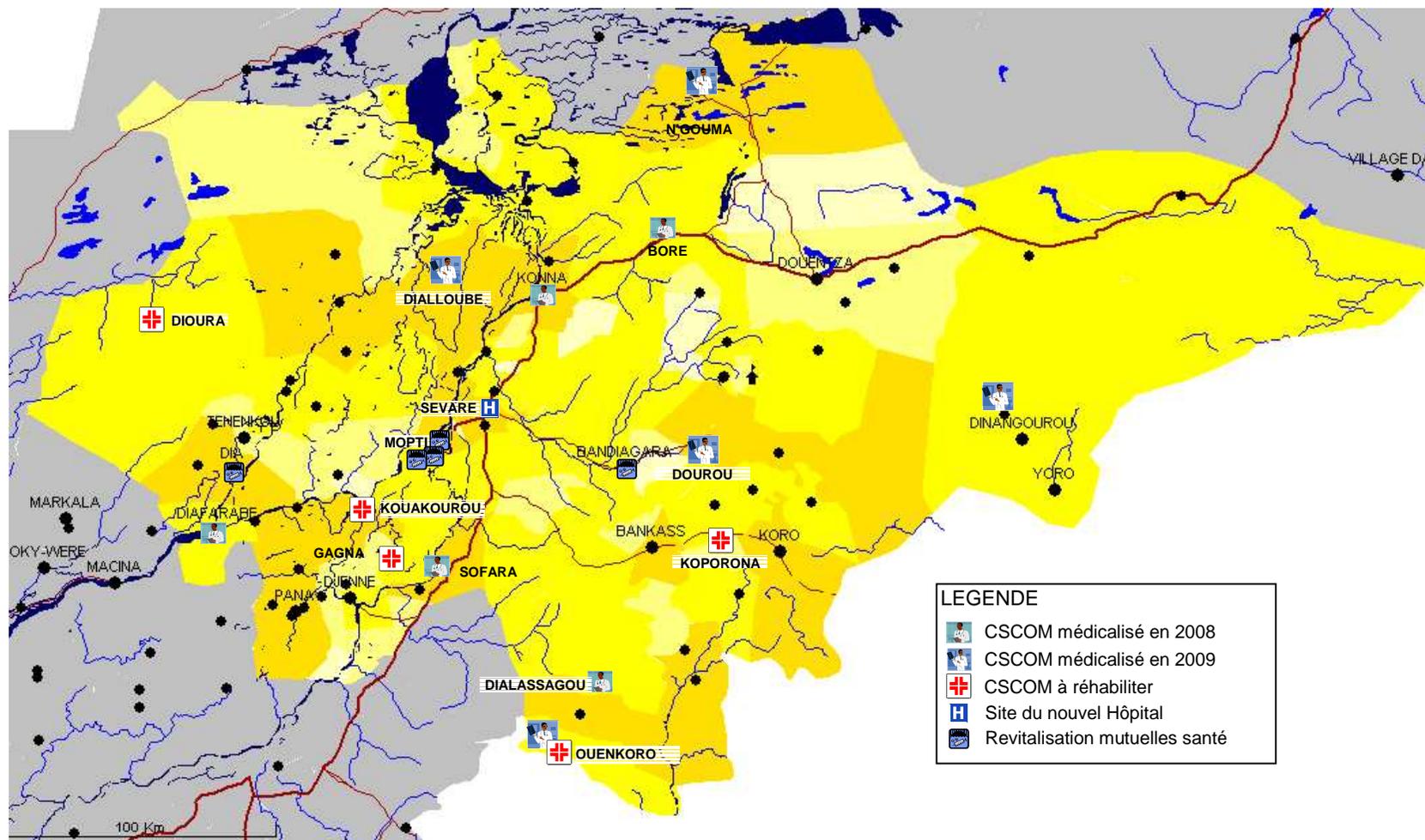


Figure 4 : Répartition géographique des interventions du PADSS



3.2 Analyse de la planification des activités (1 page)

Comparaison entre la situation fin 2009 et la planification réalisée en 2008

Composante centrale :

- Marché de recherche action : Le marché avec l'INRSP n'a pas abouti. La gestion de cette question reste compliquée, entre difficulté de mener à bien ce type d'actions qui doivent s'inscrire dans le temps et la date limite du PADSS fin 2001. La question de la qualité de ce marché reste entière.
- Audit Phase 2 : bien que la procédure se soit déroulée dans les temps, il aura fallu 6 mois pour finaliser le circuit des signatures.
- Assistance à la MO : le nouveau contrat permettant d'aller jusqu'à la fin des travaux fera l'objet d'un appel d'offres.

Composante centrale – Infrastructures :

- L'AGETIER, maîtrise d'ouvrage déléguée de ce volet a manqué d'efficacité et de réactivité dans la gestion de ce dossier.
- Construction du site de Sévaré : alors que tout semblait aboutir au mois de juin 2009, les fausses déclarations de l'entreprise sélectionnée ont abouti à une relance du processus, de plus largement perturbé par le dysfonctionnement du groupement de maîtrise d'œuvre avec comme conséquence, un retard supplémentaire de 8 mois pour le démarrage des travaux.
- Construction du site de Youwarou : la faible qualité des APS et des APD associée aux tensions de la maîtrise d'œuvre n'a pas permis de finaliser l'AO dans les délais prévus.

Composante Régionale :

- Construction des CSCOMs : l'année 2009 devait être quasiment dédiée aux études. L'AGETIPE a accumulé les retards (à ce jour 8 mois par rapport aux chronogrammes prévus). Les études seront donc réalisées assurant l'année 2010 et la réhabilitation s'étalera sur toute l'année 2011.

Prolongation de la convention de financement :

La convention de financement se terminant le 31/12/2009, il a été impératif de procéder à une prolongation. Les nouveaux délais sont donc le 31/12/2011 pour la date limite de versement des fonds et le 30/06/2012 pour la date limite d'utilisation des fonds.

Estimation de l'incidence des écarts sur les résultats

Pour la recherche action, la question reste posée et sera débattu lors du CTP du 1^{er} semestre 2010.

Pour la construction, les délais sont encore une fois repoussés. Les travaux de l'Hôpital devraient démarrer en avril 2010 pour une durée de 14 mois et ceux du CSREF de Youwarou en fin 2010 pour une durée de 10 mois.

Pour la MOD CSCOMs, les études seront donc réalisées assurant l'année 2010 et la réhabilitation s'étalera sur toute l'année 2011.

4 BILAN DES FINANCES

4.1 Aperçu des dépenses par rapport au planning financier

Annual Planning vs Actuals (Year to Month) of MLI0201011						
Project Title :		PRODESS				
Planning Version:		2009Q1				
End date last closing :		31/12/2009				
Currency :		EUR				
Status	Fin Mode	Forecast 2009 (version 2009Q1)	Actual Expenses YtM	Planning vs actuals	% Exec	
A AIDE-PROGRAMME ET AIDE SOUS FORME DE		2.257,00	1.613,98	643,02	72%	
01 Améliorer la qualité de la prestation de soins et la		0,00	0,00	0,00	?	
	01 Financement du Prodess	COGES	0,00	0,00	0,00	?
02 Amélioration de la demande		0,00	0,00	0,00	?	
	01 Financement du Prodess	COGES	0,00	0,00	0,00	?
03 Renforcer le partenariat entre les acteurs publics, privés		0,00	0,00	0,00	?	
	01 Financement de Prodess	COGES	0,00	0,00	0,00	?
04 Composante Centrale		1.658,00	1.288,61	369,39	78%	
	01 Financement PRODESS	COGES	1.658,00	1.288,61	369,39	78%
05 Composante Régionale		599,00	325,37	273,63	54%	
	01 Financement PRODESS	COGES	599,00	325,37	273,63	54%
Z GENERAL MEANS		0,00	0,02	-0,02	?	
01 General means		0,00	0,02	-0,02	?	
	01 Sous traitance (appui	COGES	0,00	0,00	0,00	?
	02 Imprévu (hausse prix construction)	COGES	0,00	0,02	-0,02	?
		REGIE				
		COGEST	2.257,00	1.614,00	643,00	72%
		TOTAL	2.257,00	1.614,00	643,00	72%

Budget vs Actuals (Year to Date, Last 5 years) of MLI0201011

Project Title : PRODESS
 Budget Version : C2
 Currency : EUR
 YTD : Report includes all valid transactions, registered up to today

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2008	2007	2008	2009	Expenses 2010	Total	Balance	% Exec
A AIDE-PROGRAMME ET AIDE SOUS			7.450.000,01	586.198,33	580.503,24	516.478,97	1.613.978,28	0,00	3.297.154,81	4.152.845,20	44%
01 Améliorer la qualité de la prestation de soins			0,01	0,00				0,00	0,00	0,01	0%
01 Financement du Prodess		COGEST	0,01	0,00				0,00	0,00	0,01	0%
02 Amélioration de la demande			0,00					0,00	0,00	0,00	??%
01 Financement du Prodess		COGEST	0,00					0,00	0,00	0,00	??%
03 Renforcer le partenariat entre les acteurs			0,00					0,00	0,00	0,00	??%
01 Financement de Prodess		COGEST	0,00					0,00	0,00	0,00	??%
04 Composante Centrale			5.350.000,00	428.566,04	276.563,86	373.508,65	1.288.606,78	0,00	2.387.245,33	2.982.754,67	44%
01 Financement PRODESS		COGEST	5.350.000,00	428.566,04	276.563,86	373.508,65	1.288.606,78	0,00	2.387.245,33	2.982.754,67	44%
05 Composante Régionale			2.100.000,00	157.632,28	303.939,38	142.968,32	325.369,50	0,00	929.909,48	1.170.090,52	44%
01 Financement PRODESS		COGEST	2.100.000,00	157.632,28	303.939,38	142.968,32	325.369,50	0,00	929.909,48	1.170.090,52	44%
Z GENERAL MEANS			549.999,99	5,26	230,53	15,78	15,78	0,00	267,35	549.732,64	0%
01 General means			549.999,99	5,26	230,53	15,78	15,78	0,00	267,35	549.732,64	0%
01 Sous traitance (appui		COGEST	0,00					0,00	0,00	0,00	??%
02 Imprévus (hausse prix construction)		COGEST	549.999,99	5,26	230,53	15,78	15,78	0,00	267,35	549.732,64	0%

REGIE

COGEST	8.000.000,00	586.203,59	580.733,77	516.492,74	1.613.992,05	0,00	3.297.422,16	4.702.577,84	41%
TOTAL	8.000.000,00	586.203,59	580.733,77	516.492,74	1.613.992,05	0,00	3.297.422,16	4.702.577,84	41%

4.2 Analyse du planning financier (1 page)

Fin 2009, 41% du budget total du programme a été exécuté, soit autant pendant la seule année 2009 que depuis le début du programme. Ceci s'explique par le montant important versé sur la composante régionale (PO 2009) et par le versement des fonds pour l'avance des travaux sur la composante centrale.

Concernant la planification financière, fin 2008, il avait été programmé pour 2009 un montant total de 2 257 000 euros. Cependant seul 72% ont été exécutés.

Sur la composante centrale, 78% ont été exécutés et le retard pris sur la composante infrastructure (annulation du marché de construction, relance du processus de passation de marché...) explique à lui seul cet écart.

Quant à la composante régionale, la non réalisation de l'audit n'a pas permis de décaisser les montants programmés. Seuls 54% ont donc été exécutés. De plus, ce faible taux s'explique également par les tranches relatives à la réhabilitations des CSCOMS qui a été supprimée du fait des arbitrages budgétaires.

En conclusion :

La tendance est la même que 2008 avec une amélioration de la composante régionale, mais une dégradation au niveau global même si le risque reste faible (72% au lieu de 92% en 2008) :

- ⇒ Pour la composante centrale, le risque est faible (78%).
- ⇒ Pour la composante régionale, le risque est médium (54%)
- ⇒ Pour le montant global, le risque est faible (72%).

Il faut noter que seule la moitié du financement apparaît dans les tableaux FIT présentés, ce qui correspond à la part versée par la CTB. En réalité, pour avoir le volume de décaissement (et d'absorption réel), il faut multiplier par deux les montants indiqués.

5 SUIVI DES INDICATEURS (MAX. 3 PAGES)

5.1 Objectif spécifique

Pour l'évolution des indicateurs, il est possible de se reporter au cadre logique de l'annexe 10.8. Plusieurs remarques :

- ⇒ Le PADSS est un programme d'appui aux plans opérationnels de la région (aide budgétaire sectorielle régionale). Il est très difficile de pouvoir disposer d'un rapportage particulier des activités du programme.
- ⇒ Le rapportage du programme se confond donc avec le rapportage des deux Directions régionales (santé et développement social). Celui-ci n'est disponible qu'à la fin du mois de mars de l'année 2010 pour l'année N, rendant difficile son exploitation pour la remise du rapport annuel du programme à la DGCD.
- ⇒ Le programme disposait d'un cadre logique qui a été fondu dans le PRODESS (programme sectoriel) qui dispose de son propre cadre logique, le but étant de ne pas disposer d'un outil de suivi propre au programme et de s'intégrer au mieux dans la politique sanitaire de l'Etat Malien, ce qui n'a pas posé de problème dans la mesure où les indicateurs prévus dans le PADSS sont identiques à ceux du PRODESS. Cependant, même si le cadre logique n'est plus suivi en tant que tel, les actions financées en priorité sont celles qui correspondent à celles identifiées dans le cadre logique. Une marge de manœuvre est donnée à la DRS pour pouvoir financer des activités non prévues mais qui apparaissent comme indispensable pour améliorer la santé des populations et qui ne trouvent pas de financement.

Conclusion : il n'existe pas d'indicateurs propres au projet. Les informations disponibles à ce jour sont les données relatives à 2008 et quelques unes à 2009 et présentées plus bas en fonction du cadre logique du PRODESS. Les indicateurs globaux de la région pour 2008 seront disponibles mi 2009 et présentés lors du comité technique de suivi du PRODESS. Les chiffres présentés pour 2009 dans le tableau en infra sont des estimations et ne sont pas encore consolidés.

5.2 Résultats

Tous les résultats présentés ne sont pas imputable au seul PADSS, mais il est intéressant de présenter une évolution des indicateurs sur la région en fonction des objectifs du PADSS.

Objectif I: Améliorer la qualité des prestations de soins et la couverture sanitaire de la population

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Mortalité maternelle (MM)	582 /100000	582 /100000	464 /100000	464 /100000	464 /100000	464 /100000
Nombre moyen d'enfants par femme	6,6	6,6	6,3	6,3	6,3	6,3
Prévalence contraceptive moderne (%)	6,9	6,9	2	2	2	2
Prévalence du retard de croissance des enfants de moins de cinq ans (taille pour âge) (%)	42	42	41	41	41	41
Mortalité néonatale (MN) pour 1000			61	61	61	61
Mortalité postnatale (MPN) pour 1000			47	47	47	47
Mortalité infantile (MI) pour 1000			108	108	108	108
Mortalité Juvénile (MJ) pour 1000			133	133	133	133
Mortalité infanto juvénile (MIJ) pour 1000			227	227	227	227
Proportion de femmes enceintes ayant reçu au moins deux doses de VAT avant l'accouchement (%)			51	62	64	47
Taux d'enfants moins de 12 ans complètement vaccinés au Penta 3 (%)			80	83	85	85
Taux d'enfants moins de 12 ans complètement vaccinés au VAR (%)			75	83	85	85

L'EDSM-IV, édition 2006, a indiqué que la prévalence contraceptive moderne est de 2% à Mopti contre 17% à Bamako, 9% à Kidal, 7% à Koulikoro et Ségou, 6% à Sikasso et 6,9% pour le Mali.

Stratégie 1: Contribuer à l'installation de personnels qualifiés dans les CSCOM

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
% de la population ayant accès aux soins dans un rayon de moins de 5 km d'1 CSCOM fonctionnel (%)		37%	39%	41%	42%	44%
Ratio médecin/Habitant		1 /41561	1 /62 624	1 /51 814	1 /30 409	
Ratio infirmier/Habitant		1 /23 130	1 /22 988	1 /6 858	1 /7 202	
Ratio IDE/habitant		1 /16 792	1 /12 310	1 /10 510	1 /10 513	
Taux d'utilisation de la consultation curative		0,16	0,15	0,16	0,17	0,18
Taux d'accouchement assistés		27%	37%	38%	39%	47%

Le nombre de CSCOMs fonctionnel est passé de 119 en 2005 à 123 en 2006. Quatre nouveaux CSCOM ont été lancés (Songho à Bandiagara, Soubala et Endé à Bankass et Guinawolo à Koro). Les CSCOMs Fonctionnels ont passé de 123 en 2006 à 128 en 2007 dont cinq nouveaux CSCOMs lancés (Niakongo à Mopti; Koulou à Bankass et Kora, Malimana, Sénébamana à Ténenkou). Quatre nouveaux CSCOMs ont été ouverts en 2009.

Stratégie 2: Renforcer la qualification des personnels des CSCOM

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
% de personnel soignant ayant fait au moins un stage dans un CSREF			100%	100%	100%	
Nombre de supervisions intégrées réalisées dans les CSCOM		360	243	289	264	
Nombre d'autres supervisions réalisées dans les CSCOM		693	783	770	731	
% d'accouchements compliqués diagnostiqués et transférés			36%	37%	38%	
Nombre de personnel des CSCOM ayant reçu la formation initiale d'orientation				43	83	44
Proportion de personnel des CSCOM ayant bénéficié d'une formation initiale d'orientation				100%	100%	100%

Stratégie 3: Renforcer la qualité de la prise en charge des patients référés dans les CSREF

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Ratio sage-femme/habitant		1 /83 122	1 /100 894	1 /66 618	1 /51 778	
% de CSREF qui ont bénéficié d'au moins une supervision par l'HR		100%	0%	50%	50%	
% de personnel soignant dans les CSREF qui ont bénéficié d'un stage dans l'HR				71%	86%	
% d'accouchement référés/évacués pris en charge dans CSREF/total accouchement effectués dans CSREF		56%	64,67%	45%		
% de césarienne réalisés dans les CSREF /total accouchement effectué dans CSREF			42%	47%		

Stratégie 4 : Renforcer les capacités de prise en charge de l'hôpital régional

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Taux d'occupation des lits (TOL)	48,10%	47,40%				
Taux de mortalité intra- hospitalier moins de 48 Heures	8,5 %	6,70%				

Objectif II : Renforcer le partenariat entre les acteurs publics, privés et élus pour une gestion efficace et rationnelle des structures sanitaires

Stratégie 5: Renforcer les capacités institutionnelles de la DRS

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de supervisions intégrées par an réalisées par la DRS et la DRDSES			317	125	125	
Nombre d'autres supervisions par an réalisées par la DRS et la DRDSES			753	62	62	
% de cercles ayant bénéficié d'au moins 2 supervisions de la DRS et DRDSES			49%	54%	54%	
% de CSCOM ayant bénéficié d'au moins une supervision de la DRS et DRDSES			57%	65%	50%	

Stratégie 8: Renforcer la gestion des CSREF et des dépôts répartiteurs de cercle

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
% de CSREF et dépôts ayant bénéficié d'une formation en gestion				50%	75%	
% de CSREF ayant bénéficié d'au moins une supervision en gestion par la DRS				100%	100%	

Objectif III : Appuyer le développement des ressources humaines

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de médecins ayant reçu une formation par spécialité			5	6	6	
Nombre de personnels ayant reçu une formation en maintenance et biomédicale			0	0	0	
Nombre de personnels ayant reçu une formation en gestion et informatique				10	15	

Stratégie 10: Former des personnels paramédicaux qualifiés

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de paramédicaux issus d'une filière (ex INFSS)				8 SF, 16 IDE	10 SF, 15 IDE	8 SF, 17 IDE
d'enseignants ayant bénéficié d'une formation en pédagogie (ex INFSS)				25	20	30
% de paramédicaux issus d'une filière/total paramédicaux (ex INFSS)				89%	96%	93%

Stratégie 11: Rechercher avec l'ensemble des acteurs la faisabilité de mécanismes de financements alternatifs des soins

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de mécanismes de financements alternatifs expérimentés			8			

Stratégie 12: Appuyer le développement de mutuelles

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de mutuelles de santé fonctionnelles		2	3			
Nombre d'adhérents aux mutuelles de santé			808			
Nombre de bénéficiaires des mutuelles de santé			2303			

Stratégie 13 : Mettre en place un mécanisme de solidarité régional pour la prise en charge des cas d'indigents à l'HR

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre d'indigents pris en charge par le service social de l'HR			114	319	1631	1 886

Stratégie 15 : Mettre à disposition un fonds pour le financement de projets mis en œuvre par les associations

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre d'associations agréées ayant reçu un appui au fonctionnement		2				

Source: Données Statistiques de la DRS & DRDSES, 2009.

6 APPRÉCIATION DES CRITÈRES DE SUIVI (MAX. 3 PAGES)

6.1 Efficience

Les ressources du programme sont engagées sur la base d'activités figurant dans les Plans Opérationnels. Ceux-ci ont été validés vers le mois de mars 2008 pour l'année 2009.

Chaque activité est financée sur la base de sa pertinence par rapport aux objectifs du programme et sur la base d'un budget propre à chaque activité (micro budget). L'AC SOFRECO est en charge d'appuyer la micro budgétisation et l'audit contrôle les dépenses.

Le volet infrastructures a pris du retard du fait de la réalisation de l'étude d'actualisation des infrastructures (pour mémoire : identification en 2002 et démarrage en 2006 du programme).

Une prolongation, de la convention de financement est envisagée pour permettre la réalisation de volet jusqu'à son terme.

6.2 Efficacité

Le cadre logique initial du programme a été "fondu" dans le cadre logique du PRODESS pour assurer l'unicité des outils de programmation et d'exécution.

De ce fait, il devenait difficile pour le programme de disposer de son propre système de reporting et de ses propres indicateurs. Les indicateurs globaux donnés par la région deviennent ceux du programme.

6.3 Durabilité

Le programme suivant totalement les procédures de l'Etat et considéré comme un appui budgétaire sectoriel, il est conséquemment durable. L'AC est en charge d'apporter le renforcement de capacité nécessaire à la DRS et à la DRDSES.

Concernant cet aspect en particulier, l'AC a eu la charge d'effectuer, en conformité avec son contrat, une stratégie de retrait. Celle-ci est une description des processus qui ont été initiés ou renforcés par le PADSS et se veut des guidelines pour la mise en œuvre et le suivi évaluation de ces processus (médicalisation, formations...).

L'évaluation à mi-parcours qui a eu lieu en février – mars a permis de donner un éclairage sur ces différents aspects. Le consultant a mis en évidence les ambiguïtés entre la conception du programme et sa mise en œuvre. Il indique que « *Dans sa formulation, il s'agissait d'un appui au PRODESS dans le cadre de « l'approche programme ». Cependant, dans sa mise en œuvre, il s'agit d'une véritable approche projet avec : (i) une Convention de Financement (2002), (ii) une Convention d'Exécution (2003); (iii) des procédures spécifiques de gestion (par exemple : audits spécifiques, validation PO/PADSS; ...); (iv) un montage institutionnel spécifique (CTP, MO, MOD, ..); (v) une forte implication des PTF dans la gestion. Un autre aspect du programme, non des moins importants, est la multiplicité des intervenants de mise en œuvre (sous-traitance / DAO; bureaux d'étude; ONGs; recherche-action par un prestataire externe...) ».*

Il s'est également prononcé sur un certain nombre de critères qui sont présentés dans l'encadré 3.

Encadré 3 : Etat d'avancement de la Composante Régionale, résultats, pertinence, pérennisation

La mission a pu observer certains effets **positifs** des activités menées par le PADSS :

- (i) le renforcement du plateau technique des CSREF, et l'amélioration de la qualité et la continuité des soins (p.ex. chirurgie; gynéco-obstétrique.) ;
- (ii) l'amélioration et l'augmentation de la prise en charge des cas référés à l'HSD et,
- (iii) la contribution au renforcement du transfert des compétences aux collectivités (santé; social).

La mission tient également à noter une absence - ou une incertitude - de résultats dans d'autres domaines importants, tels que :

- (i) la faible identification des zones / aires problématiques, qui mériteraient d'un appui spécifique ;
- (ii) la persistance de certains problèmes de gestion au niveau communautaire (exemples: décapitalisation de DV; participation au financement de la caisse de solidarité);
- (iii) l'incertitude de l'impact de la médicalisation des CSCOM sur la prévention ;
- (iv) l'accessibilité financière pour les indigents demeure problématique.

Source : Rapport final de l'évaluation à mi-parcours du PADSS, mars 2009

7 MESURES ET RECOMMANDATIONS (MAX. 2 PAGES)

7.1 Synthèse des critères d'appréciation

CODE PROJET : C. des mesures s'imposent.

En 2009, de nombreux facteurs sont venus éroder la confiance entre les acteurs.

A titre d'exemple, il est possible de citer : au niveau central, les retards pris dans la composante infrastructure et dans les passations de marchés de manière globale (audit KMPG) ou le changement d'interlocuteurs. Au niveau régional, le départ de l'équipe d'appui conseil et l'arrivée quasiment concomitante d'un nouveau DRS ne va pas faciliter la poursuite du PADSS et son rapportage.

Des mesures doivent s'imposer pour assurer la poursuite du PADSS et le respect des calendriers. Il s'agira notamment de demander aux MOD (AGETIER et AGETIPE) de respecter les calendriers et de mettre en place un système de suivi au niveau régional suite au départ de l'AC.

7.2 Recommandations

7.2.1 Recommandations de l'évaluation à mi parcours (février / mars 2009)

- (i) Accorder une **phase d'extension** du PADSS de façon *budget-neutre*.
- (ii) Organiser (MO/SG), dans un proche délai, une **rencontre de concertation** avec les acteurs principaux de mise en œuvre du PRODESS et du PADSS
- (iii) **Redynamiser le Comité Tripartite** par le SG et son équipe, en limitant la participation des personnes ressources (max. 3-5) en fonction de l'ordre de jour, et en rendant les réunions efficaces avec prise de décision
- (iv) Ordonner des **audits externes semestriels**, en respectant un délai normal (1 mois après la fin de chaque semestre écoulé), et dissocier les dates des audits des dates de versement des fonds
- (v) Amener l'équipe d'AC et les équipes cadres à **analyser les résultats** intermédiaires des activités menées (enquêtes / formation; qualité des soins dans les CSCOM médicalisés, etc.), afin d'identifier les leçons apprises – « *best practices* » – pour le Mali
- (vi) Préparer une **stratégie de retrait** de l'équipe d'Appui Conseil (le coordonnateur international, l'expert national en santé publique, l'expert national en mobilisation sociale) et l'appliquer à partir de mi-2009
- (vii) Préparer un Avenant au contrat SOFRECO (ou passer en direct avec l'expert) pour assurer la **continuité des activités à mener par l'expert en gestion hospitalière**
- (viii) Renforcer au niveau régional **l'esprit d'équipe** (DRS, DRDSES, AC) : améliorer le flux d'informations, mener des réunions du collectif, exécuter les activités de routine en équipe.
- (ix) Mettre en place des fonds pour couvrir des dépenses récurrentes (perdiems, carburant) afin d'assurer **un meilleur suivi des activités par le niveau central** du programme
- (x) Adapter les **per diems**, selon les normes nationales retenues.
- (xi) Mieux impliquer les représentants des collectivités (p.ex. en responsabilisant le représentant de l'Assemblée Régionale – membre du Comité Tripartite – dans la gestion du PADSS) dans la gestion du PADSS.

- (xii) La mission propose d'assainir et *redéfinir les activités éligibles* du PADSS, afin de faciliter et rendre plus efficiente la validation des PO. Elle recommande de donner la priorité aux activités pertinentes, qui ont montré un impact direct et indiscutable
- (xiii) *Investir* dans : équipements CSREF/CSCOM, logistique (zones enclavées!), communication, énergie, eau
- (xiv) Réhabiliter (et/ou construire ?) de *10 autres CSCOM*
- (xv) Préparer un *Avenant sur le Contrat avec AGETIPE*, après la prise de décision sur d'autres CSCOM à réhabiliter (recommandation xiii)
- (xvi) Accélérer / intensifier la *formation clinique du personnel* à l'HSD et avec d'autres hôpitaux de proximité (Ségou, Sikasso)
- (xvii) Initier des activités de suivi des agents formés, après chaque session de formation, afin de faciliter l'application des notions apprises et d'optimiser les mesures d'accompagnement nécessaires au bon déroulement des activités aux centres de santé
- (xviii) Considérer une formation de l'équipe de l'Ecole de Formation privée
- (xix) Rendre opérationnelle la *supervision facilitante intégrée*, avec élaboration et suivi des plans de résolution des problèmes rencontrés (tâches; responsables)
- (xx) Préparer avec les collectivités les modalités d'accès au FAM
- (xxi) Diligenter l'harmonisation de la gestion *du financement de la caisse de solidarité* et mettre en œuvre un plan de communication
- (xxii) Poursuivre avec l'UTM la mise en place des *mutuelles*, et en assurer la supervision (services de développement social)
- (xxiii) Pour le financement des *activités peu- ou non-éligibles* pour le PADSS d'autres sources de financement devront être exploitées (appui budgétaire, UNICEF, USAID, autres...).

7.2.2 Recommandation de la mission conjointe AFD – CTB (mai 2009)

1. Régler dans des conditions optimales de sécurité juridique et contractuelle les difficultés rencontrées dans le fonctionnement du groupement de maîtrise d'œuvre qui affectent sa production (qualité et délais) et sont susceptibles de retarder le démarrage des travaux.
2. Valider et si besoin ajuster les propositions de réaffectations budgétaires et les conséquences opérationnelles sur le champ du PADSS en fonction des résultats de l'appel d'offres en cours ; indiquer à l'AFD et à la CTB si l'Etat malien peut inscrire sur son budget 2010 les dépenses correspondant aux logements d'astreinte, à l'INFSS et à l'équipement du CSREF de Youwarou.
3. Valider la liste des équipements neufs à acquérir sur financement PADSS dans le cadre de l'équipement du nouvel hôpital régional à Sévaré.
4. Suivre les travaux de l'UTM sur la revitalisation et la création de mutuelles.
5. Soumettre à l'AFD et à la CTB les propositions de l'INRSP (méthodologie /calendrier /budget) sur le volet recherche-action.
6. Assurer la mise en œuvre des recommandations de l'évaluation à mi-parcours.
7. Veiller à ce que l'Assistance Conseil produise une stratégie de retrait et soit en mesure d'appuyer l'élaboration des PO 2011.
8. Préparer, sur requête des autorités, la prolongation d'une expertise en gestion hospitalière.
9. Préparer le transfert et la mise en œuvre des activités sur le nouveau site de l'hôpital Somine Dolo.
10. Mener une réflexion sur l'avenir du site de l'actuel hôpital régional à Mopti.
11. Valider et signer les propositions d'avenants à la convention de financement et à la convention d'exécution visant d'une part à repousser la DLVF au 31/12/2011 et la DLUF au 30/06/2012 et d'autre part à réviser le champ du PADSS si cette nécessité était confirmée à l'issue du dépouillement de l'appel d'offres en cours en fonction des contraintes budgétaires.

8 NOUVEAU PLANNING (ANNÉE 2010) (MAX. 4 PAGES)

8.1 Planning des activités de l'année 2010

8.1.1 Composante Centrale :

Instance de pilotage et monitoring du PADSS

- CTP en mars / avril 2010 et fin 2010 à organiser.
- Mission conjointe prévue en mars – avril 2010 mais qui serait déplacée au mois de septembre 2010 (pour permettre de mesurer l'étendue des zones inondées).
- Organisation des discussions sur les arbitrages budgétaires (Mali / France / Belgique) dès janvier / février 2010 (voir point 8.1.3).
- Les avenants à la convention de financement et d'exécution doivent être rédigés pour permettre de redéfinir le périmètre du programme et les changements de ligne budgétaire, notamment la mobilisation de 100% des imprévus sur la ligne infrastructures (avril – mai 2010).

Contrats sur la composante centrale

- Contrat SCO : la mission d'octobre 2009 peut être financée sur le contrat n°2 (sous réserve de faire un avenant pour retirer la prestation relative au DAO équipement et en ajoutant 4 500 euros). La mission de décembre 2009 ne peut pas être régularisée dans ce cadre. Elle sera régularisée via l'AGETIER. Des discussions seront menées avec le Ministère de la Santé.
- Contrôle indépendant des travaux : comme cela était le cas avec le contrat SCO il s'agit d'avoir un contrôle indépendant des travaux pour pallier aux difficultés rencontrées par AGETIER. un AO sera organisé à cet effet.
- Contrat SOFRECO : le contrat se termine fin février 2010. Il reste à recevoir la stratégie de retrait et le rapport final de la prestation.
- Suivi du programme : Une réflexion et la mise en place d'un nouveau dispositif de suivi (suite au départ de SOFRECO) est à discuter début 2010 et à valider en CTP.
- Contrat d'audit KPMG II doit être réalisé en priorité et au premier trimestre 2010 pour pouvoir régulariser les paiements. Un deuxième rapport d'audit devra être produit pour la période 01/2009 – 03/2010. Toutefois, il restera une période non couverte par l'audit du fait de la prolongation de la CF (voir audit phase 3).
- Point focal DAF : Ce financement devrait être poursuivi pour 2010 – 2011. Ceci sera décidé en CTP.
- Recherche Action : du fait des difficultés rencontrées avec l'INRSP, la volonté serait de passer par un consultant – chercheur qui coordonnerait les activités. L'avantage est de définir un processus plus léger, mais il en devient moins ambitieux. Il existe un risque de ne pas pouvoir investir les 80 millions prévus sur la composante régionale à cet effet.
- Audit phase 3 : Obligation de lancer un AO (car >15 millions). Vérifier si offre pourrait être réalisée par avenant avec KPMG si travail jugé satisfaisant par MS et PTF.
- Evaluation finale : Les Termes de Référence doivent être rédigés dès mars 2010 pour pouvoir finaliser le marché dans les temps (cf. expérience sur les autres marchés : 1 an depuis la rédaction des TDR au démarrage du marché).

Contrats sur la composante centrale - infrastructures

- Contrat de maîtrise d'œuvre (études) : après la résiliation du contrat de MOE, il est prévu de poursuivre le marché sur une base individuelle (sauf si un des prestataires ne le souhaite pas). Dans ce cas, consultation restreinte sur base de 3 CV. Le contrat de la MOE sera revu à la baisse en termes de tâches, notamment en retirant suivi des travaux pour INFSS + Logements.
- Construction de l'hôpital : la signature du contrat prévue en février 2010 et le démarrage des travaux en mars 2010. La durée des travaux est contractuellement de 14 mois (condition : résolution du conflit de MOE et clarifications des missions de suivi).
- Etudes INFSS / CSREF / Logement : les études en sont encore au stade de prise en charge des commentaires fin 2009. L'INFSS et les logements seront très probablement pris en charge par l'Etat malien.
- DAO de construction du CSREF de Youwarou : le lancement du DAO est prévu pour avril – mai 2010 et démarrage des travaux en décembre 2010 et la durée des travaux est estimée à 10 mois. Il existe une contrainte : le budget maximum prévu de 800 millions et le calendrier serré.
- DAO équipement : le DAO devait être initialement contrôlé par SCO qui l'a sorti de sa prestation pour réaliser les analyses des offres de l'hôpital. Il a été prévu le recrutement obligatoire (consultation restreinte car < 15 millions de FCFA) d'un ingénieur biomédical qui devra valiser / participer aux ouvertures / valider les propositions d'attribution et faire les réceptions. Le montant des équipements pris en charge par le programme sera fonction des arbitrages budgétaires.

8.1.2 Composante régionale

- Financement des PO 2010 : le financement est soumis à la réalisation de l'audit par KMPG (voir supra). Cependant, eu égard au retard constaté, il est probable que le versement ne sera effectif au mieux qu'en avril 2010. Par contre, le versement du 2^{ème} semestre qui peut être fait dans les temps.
- MOD CSCOM : même si l'AGETIPE respecte son chronogramme, il sera difficile de lancer le DAO avant la fin de l'année. Attention, il faudra suivre avec attention ses activités en prenant en compte les délais serrés.
- Contrat UTM (opérateur mutuelles) : un nouveau chronogramme est attendu. Il est fort probable que l'UTM ne soit pas en mesure de réaliser 100% de sa prestation.
- Recherche action : du fait des difficultés sur ce dossier, une provision de 50% des fonds (40 millions) a été réservée.

8.1.3 Arbitrages financiers

Avec l'ouverture des plis et l'attribution du marché de construction de l'hôpital pour un montant de 4,357 milliards de FCFA, les décideurs sont désormais en capacité de faire les arbitrages qui leur permettront de définir correctement l'engagement de l'Etat malien dans la réalisation du programme d'infrastructures du PADSS.

Le tableau 4 permet de faire un point sur le montant du solde par ligne budgétaire en fonction des engagements déjà réalisés et des engagements à venir.

Tableau 4 : Budget et engagements du PADSS au 31/12/2009

Ligne budgétaire (FCFA)	Budget (a)	Engagements réalisés	Solde prévisionnel	Montant total (b)	Engagements prévus (c)	Solde (a) - (b) - (c)
Total Infrastructures et aléas	5 641 230 200	842 086 790	0	842 086 790	0	4 799 143 410
Total AC suivi évaluation	2 099 062 400	1 608 774 077	142 112 000	1 466 662 077	138 302 001	494 098 323
Total Composante régionale	2 755 019 400	1 653 377 048	0	1 653 377 048	407 437 922	694 204 430
Total	10 495 312 000	4 104 237 915	142 112 000	3 962 125 915	545 739 923	5 987 446 163

La mission conjointe de juin 2009 avait privilégié un scénario d'arbitrages budgétaires afin que le programme soit en mesure de financer la construction et l'équipement de l'hôpital. Ce scénario s'était basé sur un coût de construction de l'hôpital de 4.1 Mds de FCFA. Il avait été également convenu (i) que l'INFSS et les logements d'astreinte sortaient du périmètre du PADSS et (ii) de financer la construction du CSREF de Youwarou à hauteur de 800M FCFA (ce qui implique que l'éventuel dépassement de ce montant ainsi que les équipements du CSREF soient pris en charge par l'Etat Malien). L'offre de l'entreprise Checec, dont l'attribution provisoire a été approuvée par ANO du 18 décembre, s'élève à 4 356 654 724 FCFA HT, soit un surplus de plus de 256 M FCFA par rapport au scénario de juin. Enfin, un nouvel élément est à prendre en compte dans l'arbitrage budgétaire : avec la privatisation de la SOTELMA, l'Etat malien a prévu de mobiliser 1 milliard de ressources additionnelles sur le programme de Mopti. Deux scénarii sont discutés en janvier 2009 et sont présentés ci-dessous.

Tableau 5 : Scénario 1 - le financement de l'hôpital est réparti entre les trois partenaires (AFD / CTB et Etat malien)

	Construction Hôpital	Equipement Hôpital	Construction CSREF	Equipement CSREF	Logement	INFSS	TOTAL
AFD/CTB	4 100 000 000	800 000 000	800 000 000				5 700 000 000
Etat Malien	256 000 000			350 000 000	150 000 000	515 000 000	1 271 000 000
TOTAL	4 356 000 000	800 000 000	800 000 000	350 000 000	150 000 000	515 000 000	6 971 000 000

Avantages

Les trois partenaires financent l'hôpital (responsabilité mutuelle)
Le risque de non paiement par l'Etat est faible

Inconvénients

Modification de la convention AGETIER et complexification des modalités de financement
L'Etat devra payer des honoraires à l'AGETIER
L'entreprise peut ne pas maintenir son offre car elle a proposé sur la base d'un financement AFD CTB.

Tableau 6 : Scénario 2 : le financement des équipements de l’HSD est réparti entre les trois partenaires (AFD / CTB et Etat malien)

	Construction Hôpital	Equipement Hôpital	Construction CSREF	Equipement CSREF	Logement	INFSS	TOTAL
AFD/CTB	4 356 000 000	550 000 000	800 000 000				5 706 000 000
Etat Malien		250 000 000		350 000 000	150 000 000	515 000 000	1 265 000 000
TOTAL	4 356 000 000	800 000 000	800 000 000	350 000 000	150 000 000	515 000 000	6 971 000 000

Deux modalités possibles :

(i) Lancement de deux AO distincts : un géré par AGETIER (équipements complexes sur contribution conjointe AFD-CTB), l’autre géré directement par l’Etat (équipements simples sur financement Etat).

Avantages

L’Hôpital constitue un lot unique
Meilleure visibilité sur le financement conjoint (AFD / CTB)
L’état malien finance un lot d’équipements estimé à 250 millions et le gère sous le contrôle de la DGMP
Pas d’ANO AFD CTB sur le lot de 250 millions

Inconvénients

Obligation de disposer de l’engagement de l’Etat dans la Convention à ce que l’ensemble de l’équipement soit réceptionné et installé en même temps.

(ii) 1 seul DAO avec un seul lot :

Avantages

Les trois partenaires financent les équipements (responsabilité mutuelle)

Inconvénients

Modification de la convention AGETIER et complexification des modalités de financement
L’Etat devra payer des honoraires à l’AGETIER

Projet : MLI 0201011 – Programme D'appui Au Développement Socio Sanitaire de la Région De Mopti

A AIDE PROGRAMME ET AIDE

04 : COMPOSANTE CENTRALE

Activités	Sous-activités	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Responsable	Remarques - difficultés points d'attention
<i>Appui au cabinet</i>	Versement 2010 – semestre 2								X					DAF	
<i>Contrat SCO</i>	Régularisation mission octobre 2009						X							DAF	
	Régularisation mission décembre 2009								X					AGETIER	Via AGETIER ?
<i>Contrôle indépendant des travaux</i>	Rédaction des TDR		X	X										AFD / CTB	
	Lancement de la consultation				X	X								DAF	
	Signature du contrat						X							DAF	
	Démarrage de la prestation							X						DAF	Démarrage tardif
	Décaissement sur compte A								X					DAF	
<i>AC SOFRECO</i>	Païement facture (ex : billet avion)								X					DAF	Dernière facture
<i>Convention AGETIER</i>	Travaux HSD – signature du contrat		X											AGETIER	
	Travaux HSD			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	CHECEC	
	Travaux HSD – paiements								X					AGETIER	
	MOE – annulation du marché		X											AGETIER	
	MOE – signature contrat de suivi			X										AGETIER	
	MOE – paiements								X					AGETIER	
	MOD – paiements honoraires								X					DAF	
	Travaux CSREF – validation du DAO		X	X										AGETIER SCO – AFD/CTB	
	Travaux CSREF – lancement du DAO				X	X								AGETIER	
	Travaux CSREF – remise des offres						X							AGETIER	
	Travaux CSREF – analyse des offres							X						AGETIER	
	Travaux CSREF – ANO sur attribution								X					SCO – AFD/CTB	
	Travaux CSREF –projet contrat									X				AGETIER	
	Travaux CSREF – ANO contrat										X			SCO – AFD/CTB	
	Travaux CSREF – négociation + signature											X		AGETIER	
Travaux CSREF – démarrage des travaux												X	ENTR		
Equipements – validation du DAO									X				SCO – AFD/CTB		
Equipements – lancement du DAO										X	X	X	AGETIER		
Equipements – remise des offres												X	AGETIER		

Activités	Sous-activités	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Responsable	Remarques - difficultés points d'attention
<i>Appui contrôle équipements (ingénieur biomédical)</i>	Rédaction des TDR		X	X										AFD / CTB	Risque de non financement sur PADSS – fonds propres ?
	Lancement de la consultation				X									DAF	
	Analyse des offres et demandes d'ANO					X	X							DAF	
	Signature du contrat							X						DAF	
	Démarrage de la prestation								X					DAF	
	Décaissement sur compte A								X					DAF	
<i>Audit KPMG</i>	Démarrage prestations audit 2009		X											DAF.	A surveiller en priorité pour 2010 Q1
	R apport			X										KPMG	
	Validation du rapport				X									CTP	
	Audit 2009 – mars 10				X									KPMG	
	R apport					X								KPMG	
	Validation du rapport						X							CTP	
	Paiement sur compte A								X					DAF	
<i>Point focal DAF</i>	Paiement sur compte A – juillet déc 2010								X					DAF	A discuter lors du CTP de février 2010
<i>Recherche action</i>	Rédaction des TDR		X	X										MS	Risque sur cette composante (délai / prestataire...)
	Lancement de la consultation				X									DAF	
	Analyse des offres et demandes d'ANO					X	X							AFD/CTB	
	Signature du contrat							X						DAF	
	Démarrage de la prestation								X					CONS.	
	Décaissement sur compte A								X					DAF	
<i>Audit phase 3</i>	Validation des TDR						X	X	X					AFD/CTB	Commencer les démarches tôt (cf. KPMG)
	Lancement de la consultation									X	X			DAF	
	Analyse des offres et demandes d'ANO											X	X	DAF	
<i>Evaluation finale</i>	Rédaction des TDR			X	X	X								DAF	Commencer les démarches tôt (cf. KPMG)
	Lancement de la consultation										X	X		DAF	
	Analyse des offres												X	DAF	

05 : COMPOSANTE REGIONALE

Activités	Sous-activités	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Responsable	Remarques - difficultés points d'attention
<i>PO 2010 Activités santé et social</i>	Versement 2010 – semestre 1				X									DRS	Soumis à la validation des audits
	Versement 2010 – semestre 2								X					DRS	
<i>Contrat AGETIPE</i>	Réalisation des études		X	X	X	X	X	X	X	X				ENTR.	
	Lancement du DAO										X	X		AGETIPE	
	Analyse des offres												X	AGETIPE	
	Paiement – tranche 2								X					DRS	
<i>Contrat UTM</i>	Proposition de chronogramme		X	X										UTM	Risque de non réalisation d'une partie de la prestation
	Etude de faisabilité		X	X	X									UTM	
	Poursuite du contrat						X	X	X	X	X	X	X	UTM	
	Paiement – tranche 2								X					DRS	
<i>Boursiers</i>	Paiement annuel – 2010				X									DRS	
<i>Recherche action</i>	Identification d'activité								X					CONS.	Risque engagement 50% des fonds seulement

Z GENERAL MEANS

07 : IMPREVUS ET HAUSSE DE PRIX

Activités	Sous-activités	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	Responsable	Remarques - difficultés points d'attention
Mobiliser 100% des aléas sur la ligne infrastructures	Rédiger et valider les avenants		X	X	X									MS/ CTB / AFD / DGCD	Attendre arbitrages et CTP

X Décaissement sur le compte A ou B

8.2 Planning financier de l'année 2010

Financial Planning of MLI0201011

Project Title : PRODESS

Fin Plan Version: 2010Q1

Budget Version: C02

Donor: DGD

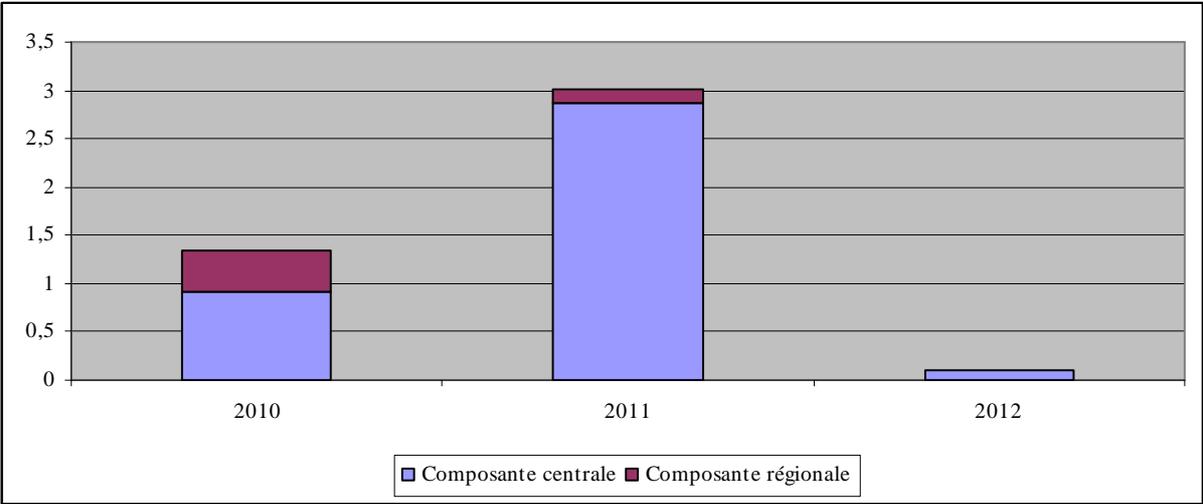
Currency: EUR

Amounts in 1000 EUR

Status	Fin Mode	Budget	TtY-1	Balance	2010				Total	2011 to end	Est. end Proj. Bal.	Est. % exec.
					Q1	Q2	Q3	Q4				
A AIDE-PROGRAMME ET AIDE		7.450,00	3.297,16	4.152,84	0,00	180,00	1.170,00	0,00	1.350,00	3.111,00	-308,16	104%
01 Améliorer la qualité de la		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7%
01 Financement du Prodess	COGEST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7%
02 Amélioration de la demande		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7%
01 Financement du Prodess	COGEST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7%
03 Renforcer le partenariat entre les		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7%
01 Financement de Prodess	COGEST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7%
04 Composante Centrale		5.350,00	2.367,25	2.982,75	0,00	1,00	913,00	0,00	914,00	2.960,00	-891,25	117%
01 Financement PRODESS	COGEST	5.350,00	2.367,25	2.982,75	0,00	1,00	913,00	0,00	914,00	2.960,00	-891,25	117%
05 Composante Régionale		2.100,00	929,91	1.170,09	0,00	179,00	257,00	0,00	436,00	151,00	583,09	72%
01 Financement PRODESS	COGEST	2.100,00	929,91	1.170,09	0,00	179,00	257,00	0,00	436,00	151,00	583,09	72%
Z GENERAL MEANS		550,00	0,27	549,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	549,73	0%
01 General means		550,00	0,27	549,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	549,73	0%
01 Sous traitance (appui	COGEST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	7%
02 Imprévus (hausse prix	COGEST	550,00	0,27	549,73	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	549,73	0%

Les dépenses vont s'étaler sur les trois prochaines années, avec un pic pour l'année 2011 (paiement des travaux de l'HDSO mais aussi du CSREF). La part de la composante régionale va diminuer drastiquement dans la mesure où les PO ne sont financés que pour l'année 2010.

Figure 5 : Prévisions des dépenses de 2010 à 2012 en millions d'euros (part CTB uniquement)



9 CONCLUSIONS

9.1 Activités et Finances

L'année 2006 a été une année installation du programme, l'année 2007 a été l'année une année de mise en place de réel démarrage des activités avec un travail non seulement sur le contenu, mais aussi sur des modalités d'amélioration des activités en travaillant sur le renforcement des capacités (rédaction systématique de termes de référence et de budget pour chaque activités). Enfin pendant l'année 2008, les efforts entrepris ont été poursuivis avec notamment la passation de marchés (donc d'engagement) et une année de réalisation des études.

En 2009, les activités ont subi un ralentissement du fait des retards pris au niveau de la composante infrastructure et de la réalisation de l'audit du programme. Pour autant, le volume de décaissement planifié au début de l'année 2009 n'a pas subi les conséquences de ces retards et le risque est resté globalement faible avec 72% des montants planifiés exécutés. Ces retards ont pourtant beaucoup gêné le programme notamment en détériorant le climat de confiance mutuelle entre les acteurs.

L'année 2010 devra être une année de suivi des chronogrammes du programme avec un respect des délais qui deviennent très serrés, même avec la prolongation de la convention de financement et de la convention d'exécution. Ce sera également l'année des arbitrages financiers : la contribution conjointe ne permettant pas de couvrir l'ensemble du programme d'infrastructures, il sera demandé à l'Etat Malien de s'engager. Celui-ci avait d'ors et déjà bloqué 1 milliard de CFA sur la privatisation de la SOTELMA pour la région de Mopti.

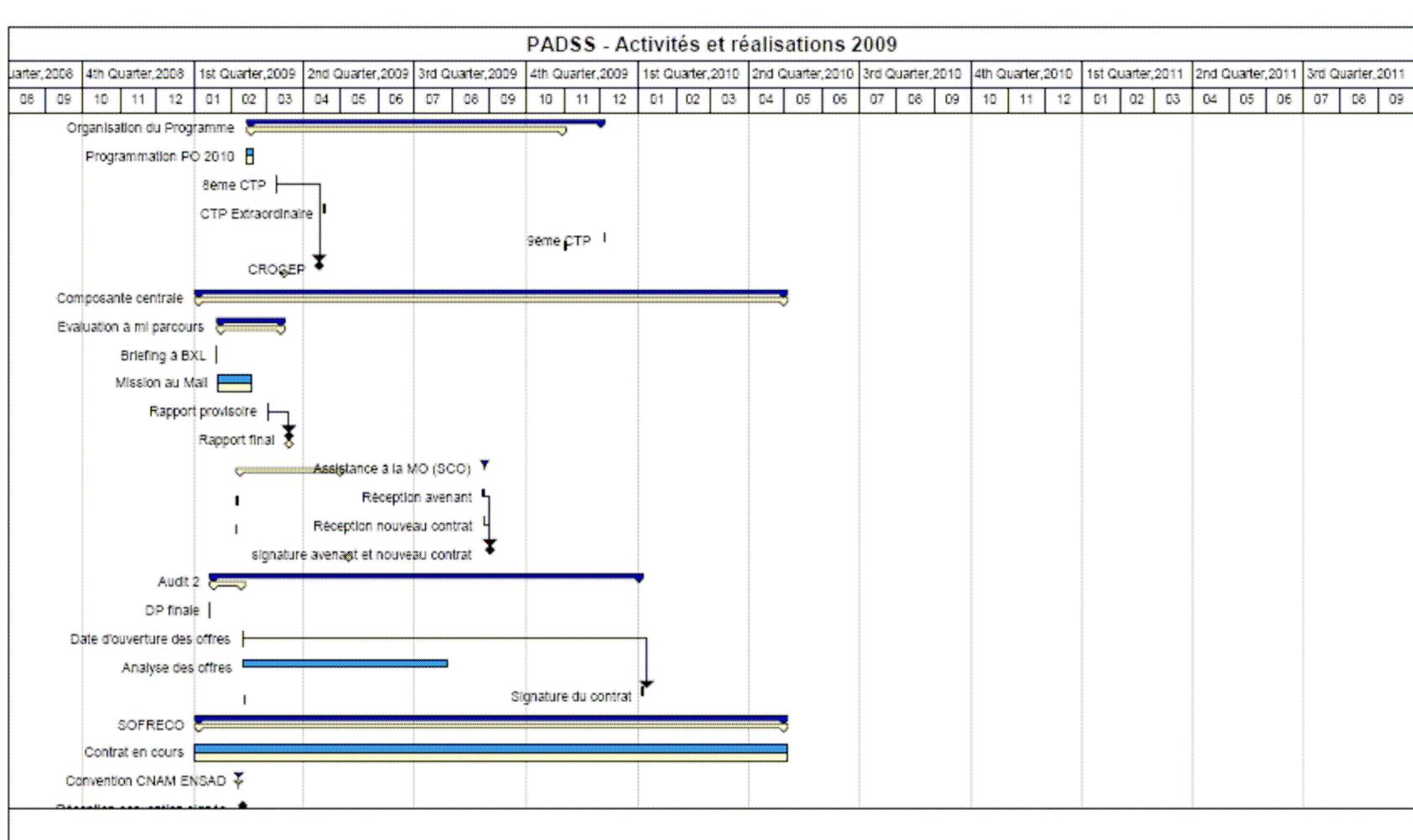
Enfin des montants importants ont été engagés sur le PO 2010 et il reste à définir, après le départ de l'appui conseil, les modalités de suivi et rapportage des activités menées au niveau régional.

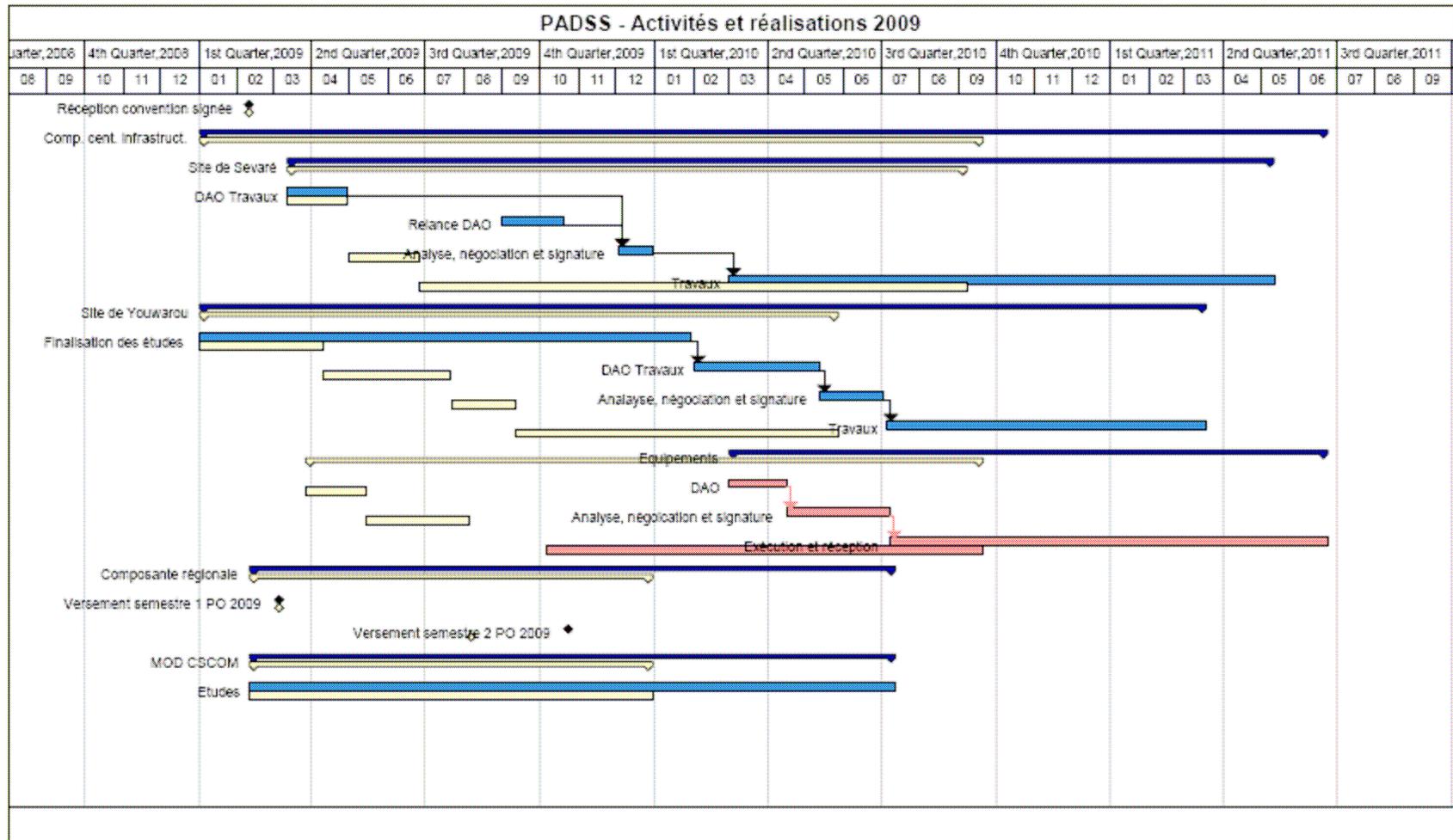
9.2 Critères de suivi

Comme cela a été indiqué tout au long de ce rapport, le programme ne dispose pas d'indicateurs spécifiques dans la mesure où il est un appui au PRODESS en 5^{ème} région. De plus, le PADSS n'a pas de cadre logique propre et le CTP a largement insisté sur ce point. Il doit atteindre les volets du PRODESS (dont le cadre logique fait 60 pages) en fonction de stratégies définies aussi bien pour la demande que l'offre de soins.

10 ANNEXES

10.1 Tracking Gantt view / Activités réalisées en 2009





10.2 Rapport de base / Activités (AdeptTracker)

Différence fournie dans l'annexe 10.1

10.3 Cadre logique

Le cadre logique du PADSS est celui du PRODESS.

Dans sa version originale, les volets et extraits du Programme d'appui au développement sanitaire et social (PADSS) en 5ème région ont été tirés du Programme de développement sanitaire et social - première phase (1998-2002) ou PRODESS I. Avant son démarrage effectif en 2005, le PRODESS II (2005-2009) était déjà entré en vigueur. Le cadre logique original du PADSS est celui de la convention d'exécution signée le 16 juin 2004 entre les représentants du Gouvernement du Mali et les représentants des partenaires techniques et financiers du Programme.

Le PADSS a démarré en 2005 et les responsables ont indiqué que des besoins non définis initialement existaient : ils étaient non couverts mais impactaient fortement de la réalisation du programme. De cinq volets et 15 extraits au démarrage du programme, le cadre logique est passé à six volets et 18 extraits au cours de la deuxième année et à sept volets et 25 extraits au cours de la troisième année de mise en œuvre du PADSS. Les volets et extraits révisés du programme sont déclinés comme indiqué dans le Tableau 1 ci-après.

Tableau 7 : Evolution des Volets et extraits révisés du PADSS

Volets du PADSS	Extraits
Volet 1 : Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires	1. L'accessibilité géographique en soins primaires (PMA) par stratégie fixe a augmenté par la création de nouveaux CSCOM 2. L'accessibilité géographique en soins primaires (PMA) par stratégie fixe a augmenté par la réhabilitation des CSCOM existants et par la relance de CSCOM non fonctionnels. 5. L'accessibilité géographique en soins de 1 ^{re} référence a amélioré par la disponibilité d'un plateau technique approprié au niveau des CSREF, y compris la chirurgie d'urgence 6. L'accessibilité géographique en soins de 1 ^{re} référence a améliorée à travers la mise en place et perfectionnement des systèmes de (contre)référence et d'évacuation.
Volet 2 : Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines	1. La capacité totale de production de l'ensemble des écoles paramédicales de formation (publiques et privées) est suffisante pour couvrir les besoins du système de santé, notamment dans les zones de pauvreté 4. Les formations continues sont pertinentes et mieux coordonnées ; l'impact des formations/recyclages est systématiquement évalué et les modules sont révisés selon les besoins 5. Le personnel est disponible en qualité et quantité suffisante dans les structures de santé (CSCOM, CSREF, hôpitaux régionaux).
Volet 3 : Disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux	1. La disponibilité des médicaments essentiels, vaccins et consommables ainsi que des tests de laboratoire est assurée au niveau des CSCOM et CSREF dans toutes les zones, en particulier dans les zones pauvres et celles d'accès difficile 2. Les médicaments essentiels sont financièrement accessibles sur l'ensemble du territoire national, en particulier dans les zones pauvres et dans les zones d'accès difficile et l'usage des médicaments est amélioré
Volet 4 : Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie dans le district sanitaire	1. L'approche Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR) a permis de réduire l'incidence et la létalité dues aux maladies à potentiel épidémique 4. Les malades référés/évacués sont pris en charge correctement au niveau des CSREF ou des cliniques privées 7. La supervision des établissements de santé publics et privés ainsi que des agents de santé communautaires dans les districts sanitaires est effectuée régulièrement

Volets du PADSS	Extrants
Volet 5 : Accessibilité financière, soutien à la demande et participation	1. Le mécanisme de tiers payant a favorisé l'accès des pauvres aux soins de qualité dans les CSCOM et les CSREF 5. Les populations participent activement à la résolution des problèmes de santé dans 50% des CSCOM qui offrent un PMA de qualité
Volet 6 : Reforme des établissements hospitaliers et des autres établissements de recherche	2. Les tarifs révisés des hôpitaux assurent à la fois l'accessibilité financière des soins hospitaliers pour l'ensemble de la population cible 3. Chacun des hôpitaux met en oeuvre son projet d'établissement validé 4. La qualité des soins et de la prise en charge générale des malades est améliorée 5. Les hôpitaux sont correctement entretenus à travers un système de maintenance hospitalier qui est basé sur la politique et le plan stratégique national en maintenance 6. Les hôpitaux jouent un rôle d'appui en formation aux services de santé des districts
Volet 7 : Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation	1. Le partenariat entre les collectivités territoriales, les ASACO et les autres acteurs est structuré (dont l'application du décret 02-314) 2. Les ASACO, les Collectivités territoriales, les ONG et associations participent à la mise en oeuvre de la politique de santé sur base de contrats et procédures clairement établies 4. Les collectivités décentralisées ont mis en place un mécanisme d'allègement de coût des prestations pour les couches défavorisées 6. La réforme et le renforcement des DRS et des CSREF en cours de planification, ont été exécutés 7. Le SLIS, la surveillance épidémiologique et la recherche action contribuent efficacement à la prise de décision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire 8. La collaboration intersectorielle entre les équipes DRS/District sanitaire et les services techniques déconcentrés d'autres départements est formalisée et est efficace

Légende :

Extrants originaux dont les activités ont été exécutées au cours de l'année 2006 de mise en oeuvre



Extrants additionnels dont les activités ont été mises en oeuvre au cours de l'année 2007



Extrants additionnels dont les activités ont été mises en oeuvre au cours de l'année 2008

VOLET 1 : ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE AUX SERVICES DE SANTÉ DES DISTRICTS SANITAIRES**EFFET SPECIFIQUE**

L'accessibilité géographique aux soins primaires et de 1^{ère} référence est améliorée, notamment dans les zones de pauvreté.

INDICATEURS

- accès aux structures fixes de 41% à 50% à < 5km et de 66% à 80% à < 15km
- accès aux activités CSCOM et stratégies avancées de 67 % à 77 %
- accès aux activités menées au niveau ménage et communautaire de 32% à 60%
- taux de couverture en PEV : enfants complètement vaccinés
- taux de référence au niveau dans CSREF

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS
1	L'accessibilité géographique en soins primaires (PMA) par <u>stratégie fixe</u> a augmenté par la création de nouveaux CSCOM.	Le nombre de nouveaux CSCOM créés par zone de pauvreté, dans le respect de la carte sanitaire et avec une perspective de viabilité économique
2	L'accessibilité géographique en soins primaires (PMA) par stratégie fixe a augmenté par <u>la réhabilitation</u> des CSCOM existants et par la relance de CSCOM <u>non fonctionnels</u> .	1. Le nombre de CSCOM réhabilités (et dotés en équipements complémentaires) par zone de pauvreté. 2. Le nombre de CSCOM relancés (PMA), sur le nombre de CSCOM non fonctionnels (%).
5	L'accessibilité géographique en soins de 1re référence a amélioré par la disponibilité d'un <u>plateau technique approprié</u> au niveau des CSREF, y compris la chirurgie d'urgence	Le pourcentage de cercles, où le CSREF offre un plateau technique selon les normes.
6	L'accessibilité géographique en soins de 1re référence a améliorée à travers la mise en place et perfectionnement des <u>systèmes de (contre)référence</u> et d'évacuation.	Le pourcentage de cercles où un système d'évacuation/ référence fonctionne (critère : communication, transport, prise en charge financier, continuité des soins et documentation)

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Responsable	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
Des médecins et des infirmiers diplômés d'état sont installés dans des CSCOM nouveaux ou existants	Evolution du nombre de médecins / IDE en poste dans les CSCOM	DRS/SS/CSREF/AC	0	0	5	7	5 médecins en 2008 et 7 en 2009
	Taux de fréquentation des CSCOM nouvellement créés	Méd /CPM/ASACO	0	0	0.23		Taux CC : 0.23 NC/an/hbt en moyenne (Konna : 0.29 ; Boré : 0.17 ; Sofara : 0.24 ; Diarrassagou : 0.19 ; Diafarabé : 0.26 Il s'agit là des CSCOMs médicalisés.
Le montant de la subvention nécessaire au fonctionnement optimal de chaque CSCOM nouvellement créé est connu et le dossier est transmis aux autorités locales et sanitaires.	Résultat étude de faisabilité	DRS/SS/AC					Le subventionnement n'a pas été retenu par la DRS, pour ne pas mettre en place un système qui n'aurait pas pu être repris par l'Etat.
	Dossiers transmis	DRS/SS/AC					
Le CSREF de Youwarou dispose de locaux et d'équipements adaptés à la prise en charge des patients et à leur transfert dans les	Locaux et équipements du CSREF fonctionnels	PTF/DRS/MS					Rénovation du CSREF de Youwarou en 2007 et équipement réalisé en 2008 et en 2009. Le nouveau CSREF n'est pas encore construit. Réception prévue en 2011.

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Responsable	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
patients et à leur transfert dans les conditions spécifiques du cercle	Evolution du nombre de patients transférés	CPM/CSREF/ASACO	1525	1656	1776		Ce sont les patients référés des CSCoM aux CSREF
	Evolution du nombre de césariennes réalisées	CSREF/Comité gestion	761	876	996		Ce sont les césariennes réalisées sur les sept districts sanitaires sur huit
Les personnels des CSCoM sont formés au diagnostic précoce des complications de l'accouchement et à leur transfert par les équipes des CSREF (voir aussi...)	Nombre de supervisions de chaque CSREF dans les CSCoM du cercle	ECD/CPM	243	289	264		Ces chiffres représentent le nombre de supervisions réalisées en moyenne dans les CSCoM fonctionnels : CSCoM en 2006 (123) ; en 2007 (128) ; en 2008 (132)
	% de personnels des CSCoM en stages dans les CSREF	MC/DRS/HR	100%	100%	101%		Tous les agents de santé des CSCoM retenus dans les PO pour les formations ont bénéficié de stage dans les CSREF.
	Evolution du nombre d'accouchements compliqués transférés	CPM/MC/Comité Gestion	300	341	390		Ce sont des accouchements évacués des CSCoM aux CSREF par an
Les équipes des centres de santé de référence de la région sont mieux en mesure de prendre en charge les références, en particulier les accouchements compliqués et les césariennes	Nombre de supervisions réalisées par anesthésiste et gynécologue de l'hôpital régional dans chaque CSREF	Équipe HR/CSREF	0	2/2	1/2		Deux supervisions sur deux prévues ont été réalisées en 2007 et une sur deux réalisée en 2008.
	% de médecins, de sages femmes et d'infirmiers anesthésiste ayant été en stage à l'HR.	DRS/HR/CSREF/AC	0	5/7 (71%)	5/5(100%)	24 /24(100%)	Au 1 ^{er} semestre 2009, il a été prévu dans les PO 24 agents à former.
	% de césariennes réalisées	ECD/comité gestion	42%	47%	49%		Proportion des césariennes réalisées par les sept districts chaque année
	Evolution du taux d'accouchements compliqués assistés	ECD/comité gestion	36 %	37%	38%		
Le transfert et la prise en charge des patients en urgence dans les CSREF et l'HR sont améliorés par la mise en place de dispositifs de financement incluant le transport et les soins médicaux	Nombre de bénéficiaires	CPM/MC/comité gestion					Données non disponibles
	Evolution du nombre de patients référés dans les CSREF et à l'HR	CPM/MC/comité gestion	1525	1656	1776		Ce sont les patients référés des CSCoM aux CSREF

VOLET 2 : DISPONIBILITÉ, QUALITÉ ET GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**EFFET SPECIFIQUE**

Les populations reçoivent des soins décernés dans les structures à tous les niveaux par de personnel qualifié, motivé et en nombre suffisant

INDICATEURS

- Degré de satisfaction des utilisateurs par rapport à la prise en charge technique, l'accueil et l'attitude du personnel
- la disponibilité d'au moins 1 infirmier par CSCOM à 100% dans les zones 1 et 2
- la disponibilité de 2 infirmiers par CSCOM dans au moins 80% des CSCOM de la zone 1
- la disponibilité d'une équipe mobile renforcée (1 infirmier, 1 infirmière obstétrique, 1 chauffeur) dans 100% des cercles de la zone 2 et dans tous les cercles des régions de Koulikoro et Ségou pour la zone 1
- la disponibilité de trois médecins dans tous les CSREF dont un à tendance médecine interne, un médecin à tendance chirurgicale et un médecin à tendance santé publique.

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS
1	La capacité totale de production de l'ensemble des écoles paramédicales de formation (publiques et privées) est suffisante pour couvrir les besoins du système de santé, notamment dans les zones de pauvreté.	La capacité totale de l'ensemble des écoles de santé en nombre de diplômés/catégorie par an par rapport aux besoins
4	Les formations continues sont pertinentes et mieux coordonnées : l'impact des formations/recyclages est systématiquement évalué et les modules sont révisés selon les besoins	Nombre d'agents formés et évalué sur le lieu de travail. % de formations non programmées (PO annuel au niveau central pour la formation continue) mais effectuées.
5	Le personnel est disponible en qualité et quantité suffisante dans les structures de santé (CSCOM, CSREF, hôpitaux régionaux).	% de structures de santé dotées de personnels selon le cadre qualifiés suivant leur cadre organique (quantitative et qualitative) : 1 infirmier par CSCOM à 100 % dans les zones 1 et 2 2 infirmiers par CSCOM dans au moins 80 % des CSCOM de la zone 1 équipe mobile renforcée (1 infirmier, 1 infirmière obstétricienne, 1 chauffeur) dans 100 % des cercles de la zone 2 et dans tous les cercles des régions de Koulikoro et Ségou pour la zone 1.

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Responsables	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
Le cahier des charges de l'Ecole secondaire de la santé de Mopti a été élaboré	Document technique disponible	Dir Ecole		X	X	X	Le cahier de charge de l'INFSS a été élaboré et mis en œuvre à partir de 2007
L'école de Mopti a ouvert dans des locaux provisoires	Ecole ouverte	MS/Dir école	X				Deux écoles de formations des paramédicaux existent sur le territoire de Mopti : l'INFSS créée en 2001 en 2 filières (infirmier d'Etat et Sage-femme) et l'Ecole privée de santé de Mopti ouvert en 2006-2007 avec 3 filières (Santé publique, santé communautaire et formations des formateurs).
L'école secondaire de la santé de Mopti dispose de locaux et d'équipements fonctionnels et adaptés à la formation de 15 sages femmes et 20 infirmiers diplômés d'Etat chaque année	Bâtiments et équipements de l'école fonctionnels	PTF/MS/DRS					L'INFSS a commencé en 2001 dans des locaux provisoires en bail. Equipements prévus au PO 2009. L'INFSS est toujours en bail dans des locaux provisoires.
	Nombre d'élèves dans chaque filière	MS/Dir école					En moyenne dans la filière IDE : 25 élèves et Sage-femme : 15 élèves par an.

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Responsables	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
Deux formateurs de l'équipe d'encadrement de l'école secondaire de la santé de Mopti ont suivi une formation en pédagogie	Nombre d'enseignants ayant obtenu le diplôme en sciences pédagogiques	MS/Dir école		X	X	X	Plusieurs formations ont été réalisées en direction des chargés de cours et encadreurs de stage en 2007, 2008 et 2009 : En 2007 par exemple, 25 chargés de cours et 10 encadreurs de stage ont bénéficié d'une formation en pédagogie (cf. document évaluation à mi-parcours février mars 2009).
Un protocole pour l'attribution de bourses de spécialisation à des médecins a été signé	Document disponible	MS/DRS/PTF					Un document de protocole existe au niveau du Ministère de la Santé
	Nombre de médecins en cours de spécialisation	MS/DRS/PTF		5	6	6	5/6 sont à leur 3ème année et 1/6 en 2ème année.
Les médecins formés sont affectés	Présence des médecins	MS/DRS/PTF					La fin de la formation des spécialistes est prévue en 2011 pour 5/6 et 1/1 en 2012.
Des médecins sont en cours de spécialisation en vue d'une affectation à l'hôpital régional de Mopti. Un protocole d'engagement est signé entre le médecin boursier et le ministère.	Engagement signé	MS/DRS/PTF		X	X		Cinq engagements ont été signés en 2007 et un en 2008.

VOLET 3 : DISPONIBILITE DES MEDICAMENTS ESSENTIELS, DES VACCINS ET DES CONSOMMABLES MEDICAUX**EFFET SPECIFIQUE**

Les populations du Mali ont accès, de façon continue, à toute la gamme de médicaments essentiels de qualité et abordable, y compris les vaccins et les consommables, dans les établissements de santé qu'elles utilisent.

INDICATEURS

% des médicaments prescrits que les malades des CSCom, CSREF et hôpitaux ont du acheter dans les pharmacies commerciales.

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS
1	La disponibilité des médicaments essentiels, vaccins et consommables, ainsi que les tests de laboratoire est assurée au niveau des CSCom et CSREF dans toutes les zones, en particulier dans les zones pauvres et celles d'accès difficile.	La disponibilité en médicaments essentiels (tétracycline ophtalmique) et vaccins est bonne en général. (CDMT !)
		La disponibilité en vaccins, vit A, SRO dépasse 90% pour les soins curatifs des enfants. (CDMT !)
		La disponibilité des médicaments qui constituent les kits d'urgence doit passer de 50% à 100% en zone 1 et 10% à 100% en zone 2. En zone 3 elle est de 100%. (CDMT !).
2	Les médicaments essentiels sont <u>financièrement accessibles</u> sur l'ensemble du territoire national, en particulier dans les zones pauvres et dans les zones d'accès difficile et l' <u>usage</u> des médicaments est amélioré.	% des prescriptions selon les protocoles dans le guide thérapeutique.
		Prix moyen par ordonnance

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Responsables	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
Les gérants des dépôts régionaux, des CSREF et des CSCom ont été formés/recyclés en matière de planification, de l'organisation et du contrôle de l'approvisionnement en médicaments essentiels et consommables.	Nombre de gérants formés/recyclé	ECD	0	54	30		En 2007, neuf gérants de CSREF, et l'HR ont été formés en SDAME, 45 gérants des CSCom formés en gestion des ME En 2008, trente gérants des CSCom ont été formés en gestion des ME
Les équipes techniques des CSCom sont formés en prescription rationnelle de médicaments essentiels (ME)	Nombre de personnel des CSCom formés en prescription rationnelle des ME	ECD		43/43	83/83		Il s'agit des personnels de santé formés des CSCom anciens et nouveaux n'ayant pas eu la formation en prescription rationnelle des ME.
	Coût moyen de l'ordonnance dans les CSCom	ECD	1200	1310	1500		

VOLET 4 : AMELIORATION DE LA QUALITE DES SERVICES DE SANTE, AUGMENTATION DE LA DEMANDE ET LUTTE CONTRE LA MALADIE DANS LE DISTRICT SANITAIRE**EFFET SPECIFIQUE**

Les populations bénéficient des services de qualité dans les établissements de santé des districts sanitaires, ainsi que des programmes spécifiques de lutte contre les maladies prioritaires

INDICATEURS

Nombre de césariennes réalisées/nombre de césariennes attendues : de 50%-80% en zone 1 ; de 20%-60% en zone 2 et de 90%-90% en zone 3

Proportion de cas de tuberculose et de lépreux guéris après traitement

Taux de référence entre CSCom et CSREF : de 1% à 5%

Taux d'achèvement du PEV : de 55%-88% en zone 1 ; de 42%-63% en zone 2 et 82%-85% en zone 3.

% d'enfants ayant bénéficié de la supplémentation en VIT A : de 36%-60% en zone 1 ; 47%-60% en zone 2 et de 58%-70% en zone 3.

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS
1	L'approche Surveillance Intégrée de la maladie et la Riposte (SIMR) a permis de réduire l'incidence et la létalité dues aux maladies à potentiel épidémique	d'agents de santé formés en SIMR au niveau des CSREF, des CSCom, des secteurs privé lucratif, parapublic et confessionnel.
		Les cas suspects de tuberculose (TBC) et les cas dépistés de lèpre sont pris en charge selon la méthode DOT et la PCT.
		Taux d'abandon au traitement anti-tuberculeux : de 24,67% à moins de 10%
		Le % de décès spécifiques dus aux maladies à potentiel épidémique est réduit, létalité : Moins de 2% dus au cholera, moins de 7% à la méningite...
4	Les malades référés/évacués qui nécessitent un traitement ou un diagnostic approprié sont pris en charge correctement au niveau des CSREF ou des cliniques privées.	de femmes en âge de procréer vues en consultation et suspects de cancer du sein et du col de l'utérus référés aux établissements hospitaliers.
		de filles/femmes avec complications dues à l'excision prises en charge ou référées au niveau des établissements de santé compétents.
		de femmes en grossesse à risque référées précocement aux établissements de santé compétents par des ATR (accoucheuses traditionnelles recyclées).
		Taux de référence entre CSCom et CSREF : de 1% à 5%
7	La supervision des établissements de santé publics et privés, ainsi que des agents de santé communautaires dans les districts sanitaires est effectuée régulièrement	Proportion de CSREF supervisés semestriellement
		Proportion de CSCom et proportion d'agents de santé communautaires supervisés trimestriellement
		Proportion d'établissements de santé parapublics, confessionnels et privés à but lucratif supervisés trimestriellement.

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Resp.	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
Les équipes cadres des huit districts sanitaires et celles des CSCom sont formées en SIMR	Nombre d'équipes cadres formées en SIMR	ECD/DRS/AC		8			Formation des équipes cadres des huit districts sanitaires (DS) par l'équipe de la DRS avec l'appui de l'AC
	Nombre de personnel des CSCom formés en SIMR	ECD/DRS/AC			167		Chaque équipe cadre de district sanitaire a formé le personnel des CSCom avec l'appui de la DRS et de l'AC
Les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes des districts sanitaires sont formées en SOU/SONU	Nombre de sages-femmes et d'infirmières formées en SONU	ECD/DRS/AC	0	0	0	6	Il s'agit de l'application des propositions de formations issues de l'étude sur l'ABF
Les districts sanitaires de la région ont organisé leur système de référence/évacuation	Nombre de districts sanitaires ayant organisé leur système de référence/évacuation	ECD/DRS/AC	7/8	1/8	8/8	8/8	Sept DS sur huit ont organisé leur système de référence/évacuation en 2006. Le cercle de Youwarou l'a organisé courant 2007.

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Resp.	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
	Nombre de caisse de solidarité de la référence / évacuation fonctionnelle	ECD/DRS/AC	3/8	3/8	4/8		La caisse de solidarité mise en place dans les cercles de Douentza, Bankass, Koro et Youwarou arrive à assurer le transport des cas référés/évacués des CSCom vers les CSREF en 2006 et 2007 pour les trois CSREF hormis Youwarou et en 2008 pour les quatre DS. Pour les autres cercles le transport est assuré par les patients ou leurs familles.
Les équipes cadres des districts sanitaires ont effectués des supervisions intégrées au niveau du personnel des CSCom et des relais communautaires.	Nombre de supervisions intégrées réalisée au niveau des CSCom	ECD/DRS/AC	243	289	264		Il s'agit des supervisions intégrées réalisées par an pour les huit DS dans les CSCom fonctionnels durant les 3 dernières années du PADSS.
Les établissements de santé parapublics, privés et confessionnels sont suivis trimestriellement	Nombre d'établissements de santé ayant bénéficié d'un suivi au cours du trimestre	ECD/DRS	123	128	132		Il s'agit du nombre de CSCom fonctionnels sur l'ensemble de la région par an et suivi une fois par trimestre par les équipes des Districts Sanitaires (DS).

VOLET 5 : ACCESSIBILITE FINANCIERE, SOUTIEN A LA DEMANDE ET PARTICIPATION**EFFET SPECIFIQUE**

L'accessibilité financière aux soins de santé de qualité est améliorée notamment dans les zones pauvres.

INDICATEURS

% de population ayant accès aux soins de qualité

% de pauvres ayant accès aux soins de qualité par zone

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS
1	Le <u>mécanisme de tiers payant</u> a favorisé l'accès des pauvres aux soins de qualité dans les CSCOM et les CSREF	de districts sanitaires (par zone de pauvreté) avec système de référence soutenue par une caisse de solidarité par zone de pauvreté % de cas référés / évacués pris en charge par la caisse de solidarité Le taux de réduction du coût moyen par ordonnance
5	Les <u>populations participent</u> activement à la résolution des problèmes de santé dans 50% des CSCOM qui offrent un PMA de qualité.	% de CSCOM dont le Comité de Gestion s'est réuni au moins une fois par mois. Pourcentage de CSCOM dont les organes de gestion ont été renouvelés au cours des 12 mois passés. Pourcentage des ASACO ayant signé une convention avec la commune

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Responsables	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
Des mutuelles sont créées pour la prise en charge des soins de premier niveau et de première référence	Nombre de mutuelles créées	DRDSES/CIDR/UTM	1	1		2	En 2009 les mutuelles de Sangha et Dourou ont été créés
	Evolution du nombre d'adhérents aux mutuelles	CA		2 269	1 156		Quatre mutuelles sont concernées (Ku-gala, MIPROMO, KENEYASO et Koloni)
	Nombre de consultations par an des adhérents des mutuelles	CA		568	271		La mutuelle de KENEYASO de Mopti n'a pas fonctionné en 2008
Des produits d'assurance santé pour le risque hospitalier à l'hôpital régional sont proposés aux populations	Nombre d'adhérents à la mutualisation du risque hospitalier	CA		923	373		Seule la MIPROMO couvre le risque hospitalier dans la région de Mopti
Les responsabilités de tous les acteurs impliqués dans la gestion des structures et activités sanitaires sont clarifiées et leur interprétation harmonisée	Actes du colloque régional	DRDSES			X		Rapport Technique du colloque réalisé du 28 au 30 janvier 2008 à Mopti
	Nombre de participants au colloque	DRDSES			70		Collectivités, membres des ASACO, agents SDSES, société civile
Des associations locales de femmes et de jeunes ont été identifiées comme partenaires des services de santé et des collectivités locales de la région	Publication de la liste des associations accréditées auprès de la DRS						Volet qui n'a pas été financé suite rapport du consultant A. LETOURMY
Les associations de femmes et de jeunes sont en mesure de développer des actions de	Nombre de responsables des associations formées aux principes de base de gestion	DRDSES			30		La formation était axée sur la mobilisation sociale et communautaire. Elle a concerné les leaders des associations et des chargés de programme des

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Responsables	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
développer des actions de mobilisation sociale et de santé publique	Nombre d'animateurs formés sur les problèmes spécifiques de mobilisation sociale et de santé publique	DRDSES			30		associations et des chargées de programme des femmes
Des associations locales de femmes et de jeunes collaborent sur un mode contractuel avec la DRS et les centres de santé de cercle de la région	Nombre de contrats signés avec des associations partenaires	DRDSES/ASACO /FELASCOM		60	102	122	Celles qui ont signé sont les ASACO et les collectivités de la convention d'assistance mutuelle (CAM)
Les Asaco des CScOm nouvellement créées sont représentatives et fonctionnelles	Organisation de l'Assemblée Générale annuelle						
	Nombre de réunions du Conseil de gestion	SDSESC/FELASCOM/Comité gestion	16	16	16		Le conseil de gestion du cercle se réunit deux fois par an.
	Nombre de réunions du Comité de gestion		738	768	792		Le comité de gestion de l'ASACO se réunit une fois par mois statutairement.
Des dossiers de subventionnement sont soumis par les structures sanitaires aux CT ou à l'Etat	Nombre de dossiers déposés						
	Nombre de structures sanitaires bénéficiant de subventions dans le cadre de contrats de performance						

VOLET 6 : REFORME DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET DES AUTRES ETABLISSEMENTS DE RECHERCHE**EFFET SPECIFIQUE**

- Les malades référés aux hôpitaux sont pris en charge selon les normes, y compris les pauvres.
- Les établissements spécialisés, y compris les institutions de recherche, concourent à l'amélioration de l'état de santé des populations, notamment des pauvres, par la mise en oeuvre de leur plan d'action.

INDICATEURS

- Taux de réalisation des plans d'action
- Taux de mortalité intra hospitalière

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS
1	Les établissements hospitaliers fonctionnent selon une <u>logique d'entreprise</u> , qui est basée sur la loi de la réforme hospitalière et leur statut d' EPH et ils tiennent compte du plan économique des projets d'établissement (<u>viabilité</u> à long terme)	moyen de réunions du Conseil d'administration (CA) Taux de récupération des tarifs pour consultation, hospitalisation et ordonnances.
2	Les tarifs révisés des hôpitaux assurent à la fois l' <u>accessibilité financière</u> des soins hospitaliers pour l'ensemble de la population cible.	Prix moyen par hospitalisation et autres actes
3	Chacun des hôpitaux met en oeuvre son <u>projet d'établissement validé</u> .	% d'hôpitaux dont le projet d'établissement a été validé et intégré dans les PO/budgets annuels.
4	La <u>qualité des soins</u> et de la prise en charge générale des malades est améliorée.	Taux de satisfaction des utilisateurs/utilisatrices de jours de rupture de stock en médicaments et consommables traceurs
5	Les hôpitaux sont correctement entretenus à travers un système de <u>maintenance</u> hospitalier qui est basé sur la politique et le plan stratégique national en maintenance.	% d'équipements non fonctionnels
6	Les hôpitaux jouent un rôle d'appui en formation aux services de santé des districts.	Nombre moyen de supervisions de CSREF dans l'année

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Resp.	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
Un mécanisme régional de prise en charge des indigents est mis en place à l'hôpital régional	Nombre d'indigents pris en charge par an à l'HR	HSD	114	319	1631	1886	Les données de 2007 et de 2008 sont les personnes démunies prises en charge médicalement par les services de développement social. Cependant l'hôpital a fait une projection pour la gratuité en 2009 comme suit :- Consultation 8%- hospitalisation 1%- interventions chirurgicales 2%
	% des engagements des différents financeurs respectés						
Les conditions de passage à l'autonomie de gestion de l'HR sont préparées (voir aussi extrait 4)	Projet d'établissement élaboré et validé	AC/HR/CPS/DNS					Projet d'établissement (PE) de l'HSD de Mopti a été élaboré à partir de 2007 pour être validé en 2009 en réunion extraordinaire du CTP du PADSS en avril 2009.
La qualité de prise en charge des malades à l'hôpital régional est progressivement améliorée	Nombre de majors ayant bénéficié d'une formation à l'hôpital de St Malo	PTF/HR	0	0	(10)	(2)	Les formations qui étaient prévues initialement à l'Hôpital St Malo ont été reportées pour être réalisées au CHU de Bamako
	Nombre de missions formatives de l'hôpital de St Malo – rapports de mission		0	0	0		Les formations n'ont pas été réalisées à Saint Malo qui n'a pas souhaité poursuivre le partenariat.
	Evolution de nombre d'admissions	HSD	3 359	3 400	3 700		Ce sont les malades reçus en urgence à l'HR par an

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Resp.	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
	% de patients résidents hors de la ville de Mopti – Sévaré	HSD					Collecte d'informations par une enquête au niveau de l'HSD Mopti
	Nombre de patients référés par les CSREF	ECD/HR	536	530	557		Ce sont les patients référés des CSREF vers l'HSD
	Contrats de sous-traitance pour l'entretien de l'HR et la préparation des repas signés	HSD	0	0	0		Aucun contrat n'a été signé avec un opérateur privé
Les conditions de passage à l'autonomie de gestion de l'HR sont préparées	Systèmes d'information sanitaire et de gestion fonctionnels et personnel formé	HSD/CPS/AC	10	0	0		10 agents de l'HSD ont été formés en informatique. Les supports du SIH ont été mis en place depuis 2002 et une mise à niveau du personnel sur les supports du SIH a été réalisée par l'équipe de la CPS/Santé en 2008.
Les locaux et les équipements de l'hôpital régional de Sévaré sont fonctionnels et répondent aux standards fixés par le Ministère de la santé pour un hôpital régional.	Procès verbal de réception définitive des équipements	MS/AGETIERE	X	X	X	X	Nouvel Hôpital qui sera réceptionné en 2011. Néanmoins l'HSD de Mopti a bénéficié des équipements médicaux et chirurgicaux en 2006, 2007, 2008 et 2009.
	Formation d'un électricien à l'Hôpital de St Malo	PTF/HR					La formation n'a pas été financée.
Les équipes des CSREF de la région sont mieux en mesure de prendre en charge les références, en particulier les accouchements compliqués et les césariennes.	Nombre de supervisions réalisées par anesthésie et gynécologue de l'hôpital régional dans chaque cercle.	HSD/ECD	0	2/2	1/2	1/2	Il a été prévu dans les PO de l'HSD deux supervisions dans l'année
	% de médecins, de sages-femmes et d'infirmiers anesthésistes ayant été en stage à l'hôpital régional	DRS/HSD/AC/CS REF	0	5/7 (71%)	5/5 (100%)	24 /24 (100%)	Au 1 ^{er} semestre 2009, il a été prévu dans les PO des DS 24 agents à former
	% de césariennes réalisées	ECD	42%	47%	48%		Proportion de césariennes réalisées par les ECD formées.

VOLET 7: RENFORCEMENT DES CAPACITES INSTITUTIONNELLES & DECENTRALISATION**EFFETS SPECIFIQUES**

- Les collectivités territoriales, auxquelles le Ministère de la santé a transféré une partie de ses compétences techniques et financières (cf. décret 02- 314), sont capables de gérer efficacement les problèmes de santé dans les communes, les cercles et les régions
- les Services de santé accomplissent leur mission et rôle redéfinis dans la mise en oeuvre du PRODESS II.

INDICATEURS

- % de communes dans lesquelles le transfert des compétences (technique et financière) du Ministère de la santé aux collectivités est effectif et ou le(s) conseil(s) communal/de cercle jouent un rôle active dans la gestion du système de santé : de 10% à 60%
- % de services au niveau central et régional dont les missions ont été redéfinies, qui ont été restructurés et qui disposent des ressources nécessaires (humaines, matérielles et financières)

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS
1	Le <u>partenariat</u> entre les collectivités territoriales, les ASACO et les autres acteurs est structuré (dont l'application du décret 02-314)	% de communes ayant signé une convention spécifique tripartite avec le Médecin chef, l'ASACO ou les ONG/Association et la commune: 90%
2	Les ASACO, les Collectivités territoriales, les ONG et associations <u>participent</u> à la mise en oeuvre de la <u>politique</u> de santé sur base de contrats et procédures clairement établies	% de conseils de cercle et de conseils communaux impliqués dans le contrôle ex -post et l'audit financier des CSREF et CSCOM
4	Les collectivités décentralisées ont mis en place un mécanisme d'allègement de coût des prestations pour les couches défavorisées	% de communes où l'accessibilité financière pour les couches défavorisées est organisée et assurée.
6	La <u>réforme</u> et le <u>renforcement</u> des DRS et des CSREF en cours de planification, ont été exécutés	% de DRS, ESC et CSREF dont l'équipe est conforme au cadre organique révisé
7	Le <u>SLIS</u> , la <u>surveillance épidémiologique</u> et la <u>recherche action</u> contribuent efficacement à la prise de décision à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.	% de cercles ayant systématiquement rédigé des notes analytiques qui accompagnent les rapports trimestriels d'activités (RTA).
8	La collaboration intersectorielle entre les équipes DRS/District sanitaire et les services techniques déconcentrés d'autres départements est formalisé et efficace.	Nombre de CSCom disposant de points d'eau potable Nombre de CSREF disposant d'adduction d'eau.

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Resp.	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
Les cercles de la région ont élaboré des plans de développement	% de plans élaborés	ECD/DRS					Les PDSC des huit districts sanitaires en 5 ^{ème} région ont été élaborés en 2004 par les ECD avec l'appui de la région. Les huit les PDSC des équipes cadres des districts sanitaires (ECD) ont été validés à tous les niveaux par les organes de gestion du PRODESS II en décembre 2004 et leur mise en œuvre a démarré en 2005 par la tranche annuelle que constituent les PO.
	Nombre de plans validés	ECD/DRS/MS		8	8	8	
Les ASACO de la région ont été renouvelés et sont constitués de 30% des femmes	% d'ASACO renouvelés	DRDSES/SDSES	0	0	32		
	Proportion de femmes en moyenne dans les ASACO et présidents d'ASACO						
Les membres des Asaco, les personnels des Communes, le responsable technique et le gérant	Nombre de sessions de formation organisées						
	Nombre de participants	DRDSES			201	173	

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Resp.	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
du dépôt des structures sanitaires ont suivi une formation continue à la gestion des structures sanitaires	Nombre de missions de supervision réalisées	DRDSES			201	204	Ces supervisions sont strictement menées dans le cadre du suivi des ASACO par les SDSES dans le cadre du PADSS pour les huit cercles
	Rapport d'évaluation	DRDSES			X		Evaluation des ASACO dans le cadre du PADSS
Des dispositifs de financement alternatifs des services de santé sont conçus et mis en place par les collectivités territoriales, les services de santé et les populations	Rapport d'étude			X			L'étude de faisabilité pour la mise en place de systèmes de solidarité pour le financement de la santé en 5 ^{ème} Région LETOURMY/BOCOUM
	Actes de l'atelier régional	DRDSES			X		Documents préparatoires de l'atelier (TDR)
	Nombre de participants à l'atelier régional	DRDSES			50		Les participants étaient composées des collectivités territoriales, la société civile et les représentants des services Techniques chargés de la protection sociale
Les capacités humaines et matérielles des CT et des structures de soins à assurer leur fonction gestionnaire ont été évaluées	Rapport d'étude	DRS/DRDSES			X		Cet atelier tenu du 07 au 19 juillet 2008 à Mopti s'est penché sur les mécanismes de prise en charge médicale des indigents à l'hôpital. Les TDR ont été élaborés et adoptés
Les personnels ayant des responsabilités en matière de gestion dans les centres de santé de cercle, les dépôts répartiteurs de cercle et les conseils de cercle ont bénéficié d'un recyclage et d'une formation continue	Nombre de sessions de formation réalisées						Cette activité a été prise en compte dans le volet 3.
	Nombre de participants						
	Nombre de missions de supervision						
	Rapport d'évaluation						Cette partie a été prise en compte par les formations continues des agents de CSREF à l'HSD et les supervisions de l'AC et les audits.
Les projets des associations sont financés par un fonds d'appui mis en place.	Nombre d'appels d'offres lancés	DRDSES					Les recommandations formulées par l'étude LETOURMY/BOCOUM ont conduit à l'abandon de financement des associations.
	Nombre de projets financés						
	Rapport d'évaluation des projets	DAF					
	Bilan d'utilisation des fonds						

10.4Aperçu des marchés publics

Intitulé	Titulaire	Numéro de marché	Date de signature	Date de fin de contrat	Montant du marché
Assistance conseil auprès des services régionaux de la Santé et du Développement Social et de l'Hôpital Régional de Mopti dans le cadre de l'appui franco-belge au PRODESS en 5 ^{ème} région	SOFRECO	553/DGMP 2005	19/08/2005	19/08/2010	1 311 176 900 FCFA 1 998 876 €
Avenant au contrat d'assistance conseil	SOFRECO	539/DGMP 2008	25/04/2008	Avril 2010	Sans incidence financière
Harmonisation des procédures du PADSS	SEC DIARRA	027/DGMP 2005	29/12/2005	29/01/2005	6 000 000 FCFA 9 147 €
Audit Administratif, comptable et financier du PADSS	SEC DIARRA	093/DGMP 2005	24/02/2005	24/02/2008	30 672 000 FCFA 46 760 €
Maîtrise d'Ouvrage Déléguée	AGETIER	177/2007/IP	17/08/2007	01/01/2011	4 919 677 500 FCFA 7 171 983 € <i>dont 215 165 500 FCFA 328 018 € (honoraires)</i>
Maîtrise d'ouvre des travaux de construction de l'hôpital régional de Sévaré, d'un atelier de maintenance du CSREF de Youwarou, de l'INFSS et de logements d'astreintes	PYRAMIDION BEN MILED SIRABA	S1-BTN2-177-01	01/07/2008	01/05/2010	588 355 040 FCFA 896 941€
Bureau de contrôle technique du projet de construction de l'hôpital régional de Sévaré, d'un atelier de maintenance du CSREF de Youwarou, de l'INFSS et de logements d'astreintes	ALPAGES	C1-BTN2-177-01	20/06/2008	20/07/2010	32 566 250 FCFA 49 647 €

Intitulé	Titulaire	Numéro de marché	Date de signature	Date de fin de contrat	Montant du marché
Contrat d'assistance à la maîtrise d'ouvrage	SCO	1038/DGMP 2008	09/06/2008	09/12/2009	24 598 388 FCFA 37 500 €
Avenant au contrat d'assistance à la maîtrise d'ouvrage	SCO	617/DGMP 2009	01/06/2009	31/12/2009	3 934 742 FCFA 6 000 €
Convention de MOD travaux de construction et ou rénovation de 5CSCOM dans la région de Mopti	AGETIPE	018/2008/IP	22/12/2008	22/12/2011	400 000 000 FCFA 609 796 €
Evaluation à mi-parcours du PADSS dans la région de Mopti	HERA	1638/DGMP 2008	09/01/2009	19/004/2009	41 424 640 FCFA 62 694,11 €
Contrat d'assistance à la maîtrise d'ouvrage n°2	SCO	618/DGMP 2008	10/06/2008	31/12/2009	11 807 226 FCFA 18 000 €
Audit Administratif, comptable et financier du PRODESS en 5 ^{ème} région	KPMG - Sénégal	1439/DGMP 2009	18/11/2009	18/05/2012	78 300 000 FCFA 119 367,58 €
Travaux de construction du nouvel hôpital de Mopti à Sévaré	CHECEC	T1-BTN2-177-01-01/2007	En cours		4 356 654 724 FCFA 6 641 677,31 €
Etudes architecturales, techniques, environnementale et surveillance des travaux et équipements de CSCOM en 5 ^{ème} région	GROUPEMENT CAURA / HYDRAXE	E1-BNOE-2115-01-01/2010	En cours		19 436 000FCFA 29 630 €