

CTB

**AGENCE BELGE
DE DÉVELOPPEMENT**

RAPPORT ANNUEL 2010

**MLI 0201011 – PROGRAMME D'APPUI AU
DÉVELOPPEMENT SOCIO-SANITAIRE
RÉGION DE MOPTI**



Table des matières

1 FICHE PROJET	4
2 RÉSUMÉ.....	5
2.1 APERÇU DE L'INTERVENTION	5
2.2 POINTS SAILLANTS.....	7
2.3 LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS.....	7
3 EVOLUTION DU CONTEXTE.....	8
4 ANALYSE DE L'INTERVENTION	10
4.1 ANCRAGE INSTITUTIONNEL ET MODALITÉS D'EXÉCUTION	10
4.2 OBJECTIF SPÉCIFIQUE	12
4.2.1 Indicateurs.....	12
4.2.2 Analyse des progrès réalisés.....	13
4.2.3 Risques & hypothèses	15
4.2.4 Critères de qualité	16
4.2.5 Impact	16
4.2.6 Leçons apprises et recommandations	16
4.3 RÉSULTAT 1.1 : L'ACCESSIBILITÉ GÉOGRAPHIQUE AUX SOINS PRIMAIRES ET DE 1^{ÈRE} RÉFÉRENCE EST AMÉLIORÉE, NOTAMMENT DANS LES ZONES DE PAUVRETÉ	18
4.3.1 Indicateurs.....	18
4.3.2 Bilan activités	19
4.3.3 Analyse des progrès réalisés.....	19
4.3.4 Risques et hypothèses.....	20
4.3.5 Critères de qualité	20
4.3.6 Exécution budgétaire	21
4.3.7 Leçons apprises et recommandations	21
4.4 RÉSULTAT 1.2 : LES POPULATIONS REÇOIVENT DES SOINS DÉCERNÉS DANS LES STRUCTURES À TOUS LES NIVEAUX PAR DE PERSONNEL QUALIFIÉ, MOTIVÉ ET EN NOMBRE SUFFISANT	22
4.4.1 Indicateurs.....	22
4.4.2 Bilan activités	22
4.4.3 Analyse des progrès réalisés.....	23
4.4.4 Risques et hypothèses.....	23
4.4.5 Critères de qualité	23
4.4.6 Exécution budgétaire	24
4.4.7 Leçons apprises et recommandations	24

4.5 RÉSULTAT 1.3 : LES POPULATIONS 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	25
4.5.1 Indicateurs.....	25
4.5.2 Bilan activités	25
4.5.3 Analyse des progrès réalisés.....	25
4.5.4 Risques et hypothèses.....	26
4.5.5 Critères de qualité	26
4.5.6 Exécution budgétaire	26
4.5.7 Leçons apprises et recommandations	26
4.6 RÉSULTAT 1.4 : 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	27
4.6.1 Indicateurs.....	27
4.6.2 Bilan activités	27
4.6.3 Analyse des progrès réalisés.....	28
4.6.4 Risques et hypothèses.....	28
4.6.5 Critères de qualité	28
4.6.6 Exécution budgétaire	28
4.6.7 Leçons apprises et recommandations	28
4.7 RÉSULTAT 1.5 : LES MALADES RÉFÉRÉS AUX HÔPITAUX SONT PRIS EN CHARGE SELON LES NORMES, Y COMPRIS LES PAUVRES	29
4.7.1 Indicateurs.....	29
4.7.2 Bilan activités	30
4.7.3 Analyse des progrès réalisés.....	30
4.7.4 Risques et hypothèses.....	31
4.7.5 Critères de qualité	31
4.7.6 Exécution budgétaire	31
4.7.7 Leçons apprises et recommandations	31
4.8 RÉSULTAT 2.1 : L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE AUX SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ EST AMÉLIORÉE NOTAMMENT DANS LES ZONES PAUVRES.....	32
4.8.1 Indicateurs.....	32
4.8.2 Bilan activités	33
4.8.3 Analyse des progrès réalisés.....	33
4.8.4 Risques et hypothèses.....	34
4.8.5 Critères de qualité	34
4.8.6 Exécution budgétaire	34
4.8.7 Leçons apprises et recommandations	34
4.9 RÉSULTAT 3.1 : LES SERVICES DE SANTÉ ACCOMPLISSENT LEUR MISSION ET RÔLE REDÉFINIS DANS LA MISE EN ŒUVRE DU PRODESS II	35
4.9.1 Indicateurs.....	35

4.9.2 Bilan activités	36
4.9.3 Analyse des progrès réalisés.....	36
4.9.4 Risques et hypothèses.....	36
4.9.5 Critères de qualité	36
4.9.6 Exécution budgétaire	37
4.9.7 Leçons apprises et recommandations	37
5 BÉNÉFICIAIRES	38
6 SUIVI DES DÉCISIONS PRISES PAR LA SMCL	39
7 ANNEXES.....	42

1 Fiche projet

Nom Abrégé	PADSS	Navision	MLI 0201011	Gestion	Cogestion
Début CS	15/12/2003	Fin CS	30/06/2012	Secteur	Santé

15/10/2010 Signature de l'avenant n°2 à la convention d'exécution
03/09/2010 Signature de l'avenant n°2 à la convention de financement
22/01/2010 Signature de l'avenant n°1 à la convention d'exécution
13/01/2010 Signature de l'avenant n°1 à la convention de financement
28/04/2009 Transmission du rapport MTR au siège
15/12/2003 Signature de la Convention Spécifique

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. Ce programme 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 construction d'un nouvel Hôpital.

Objectif 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.

Objectifs Spécifiques

(i) Améliorer la qualité des prestations de soins et à renforcer la couverture sanitaire de la population, (ii) réduire les inégalités d'accès aux services de santé et améliorer l'offre de soins et (iii) développer la formation initiale des personnels de santé et des capacités de gestion des institutions déconcentrées et décentralisées.

Finance

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

¹ Programme de Développement Sanitaire et Social (programme décennal)

2 Résumé

2.1 Aperçu de l'intervention

Dès 2006, le cadre logique du PADSS (voir **Annexe 1**) a été refondu dans le cadre logique du PRODESS (voir

Annexe 2) pour assurer la cohérence du programme sectoriel. A ce titre, nous reprendrons les objectifs et les indicateurs du cadre logique du PADSS, tout en respectant les résultats attendus du PRODESS.

Finalité du PADSS

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.

Logique d'intervention	Efficienne	Efficacité	Durabilité
Objectif Spécifique 1 Contribuer à améliorer la qualité des prestations de soins et à renforcer la couverture sanitaire de la population	B	B	B
Résultat 1.1 L'accessibilité géographique aux soins primaires et de 1ère référence est améliorée, notamment dans les zones de pauvreté	B	B	B
Résultat 1.2 Les populations reçoivent des soins décernés dans les structures à tous les niveaux par de personnel qualifié, motivé et en nombre suffisant	B	B	B
Résultat 1.3 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	A	A	B
Résultat 1.4 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	B	B	B
Résultat 1.5 Les malades référés aux hôpitaux sont pris en charge selon les normes, y compris les pauvres	A	B	B
Objectif Spécifique 2 Contribuer à réduire les barrières culturelles et financières dans l'accès aux soins	B	B	C
Résultat 2.1 L'accessibilité financière aux soins de santé de qualité est améliorée notamment dans les zones pauvres	B	B	C
Objectif spécifique 3 Contribuer à développer les capacités de gestion du système régional de santé	B	B	B
Résultat 3.1 Les Services de santé accomplissent leur mission et rôle redéfinis dans la mise en œuvre du PRODESS II	B	B	B

Budget	Dépenses par année				Dépenses totales	Solde budget	Taux d'exécution
	2005 à 2007	2008	2009	2010			

Composante centrale	705 129,90	373 508,65	1 288 606,78	2 150 197,52	4 517 442,85	1 713 373,15	72,5%
Composante régionale	461 571,66	142 968,32	325 369,50	0	929 909,48	640 936,52	59,2%
	235,79	15,78	15,78	15,78	283,13	198 054,87	0,1%
Total	1 166 937,36	516 492,74	1 613 992,05	2 150 213,30	5 447 635,45	2 552 364,55	68%

2.2 Points saillants

- Changements institutionnels importants et absence de point focal au ministère pendant les $\frac{3}{4}$ de l'année 2010
- Les marchés les plus importants d'infrastructures ont été attribués : pour les infrastructures, il ne reste plus que la construction des CSCOM et les équipements.
- Les délais de réalisation sont très courts (fin du PADSS en décembre 2011 pour la date limite de versement des fonds et juin 2012 pour la date limite d'utilisation des fonds) et cela nécessite un suivi très rapproché
- Pas de versement de fonds sur la composante régionale en 2010 du fait des réserves des auditeurs.

2.3 Leçons apprises et recommandations

Au titre des leçons apprises, le PADSS a mobilisé énormément de ressources juridiques au cours de l'année 2010, tant le juriste local que l'AJ juriste. Cet appui a permis de garantir la qualité et la validité des choix juridiques de la CTB.

Recommandations	Source	Qui	Deadline
Le DAO des CSCOMS doit être finalisé	4.2.3	AGETIPE	avant le 25/02/2011
Les travaux du CSREF doivent être terminés	4.2.3	AGETIER	Avant le 31/12/2011
Le DAO équipement doit être lancé	4.2.3	AGETIER	fin février début mars 2011
Lancement de la phase 2 de mutualisation sous réserve validation programmation phase 2	4.2.3	UTM	Avant mars 2011
Faire valider et signer les avenants prenant en compte les nouveaux arbitrages financiers (CSREF Youwarou)	4.2.3.	MS / AFD / CTB	Avant juin 2011

3 Evolution du contexte

Au cours de l'année 2010, de nombreux événements sont venus impacter le programme.

De nombreux éléments ont eu une influence significative et sont venus influencer le déroulement de l'intervention. Ces éléments, extérieurs au programme, ont été principalement des changements institutionnels et ont influencé de manière négative le PADSS.

- Le départ de l'équipe d'appui conseil basée au niveau régional depuis février 2010,
- Changement de DRS et de comptable au niveau régional,
- Réintégration de l'ATN (financé sur fonds CTB) dans la fonction publique en avril 2010,
- Nomination de 3 points focaux par le Ministère en octobre 2010 : un point niveau central, un point focal à l'Hôpital et un point focal à la DRS,
- Changements de responsables très impliqués dans le PADSS : arrestation du Directeur Administratif et financier du Ministère de la Santé en août 2010, changement de Ministre de la Santé en novembre 2010 (suite au scandale du Fonds Mondial),
- Enfin, le point focal du PADSS à la DAF qui suivait le PADSS depuis le démarrage a été remplacé au mois de septembre 2010 suite à son départ.

Globalement, ces changements institutionnels ont eu un impact négatif sur le déroulement du PADSS. Le programme s'est donc retrouvé sans attache au niveau du Ministère et les activités ont été considérablement ralenties pendant les trois derniers trimestres de l'année 2010, avec une perte de mémoire institutionnelle importante.

Des éléments relatifs au programme lui-même ont aussi influencé l'intervention. Il y a eu des difficultés rencontrées lors des attributions des marchés de travaux (qui représentent près de 8,4 millions d'euros sur la composante centrale). L'augmentation des coûts a nécessité la réalisation des arbitrages financiers entre le Mali, la Belgique et la France pour assurer le financement du PADSS dans son intégralité avec comme conséquence signature des avenants (n°2) sur les conventions de financement et d'exécution relatifs à ces arbitrages financiers.

Les différends entre les membres du groupement de maîtrise d'œuvre n'ont pu être réglés et les contrats ont été résiliés. De ce fait, de nouveaux contrats ont été attribués et signés, entraînant des retards pour l'attribution du marché de travaux.

Des retards ont été constatés dans la réalisation des différentes étapes des dossiers

relatifs aux infrastructures avec des raisons très différentes : mobilisation des ouvriers sur d'autres chantiers inaugurés pour le cinquantenaire (construction de l'hôpital), faiblesse du suivi du dossier par la maîtrise d'ouvrage déléguée (construction des CSCOM) et manque de ressources spécialisée (élaboration du DAO équipements).

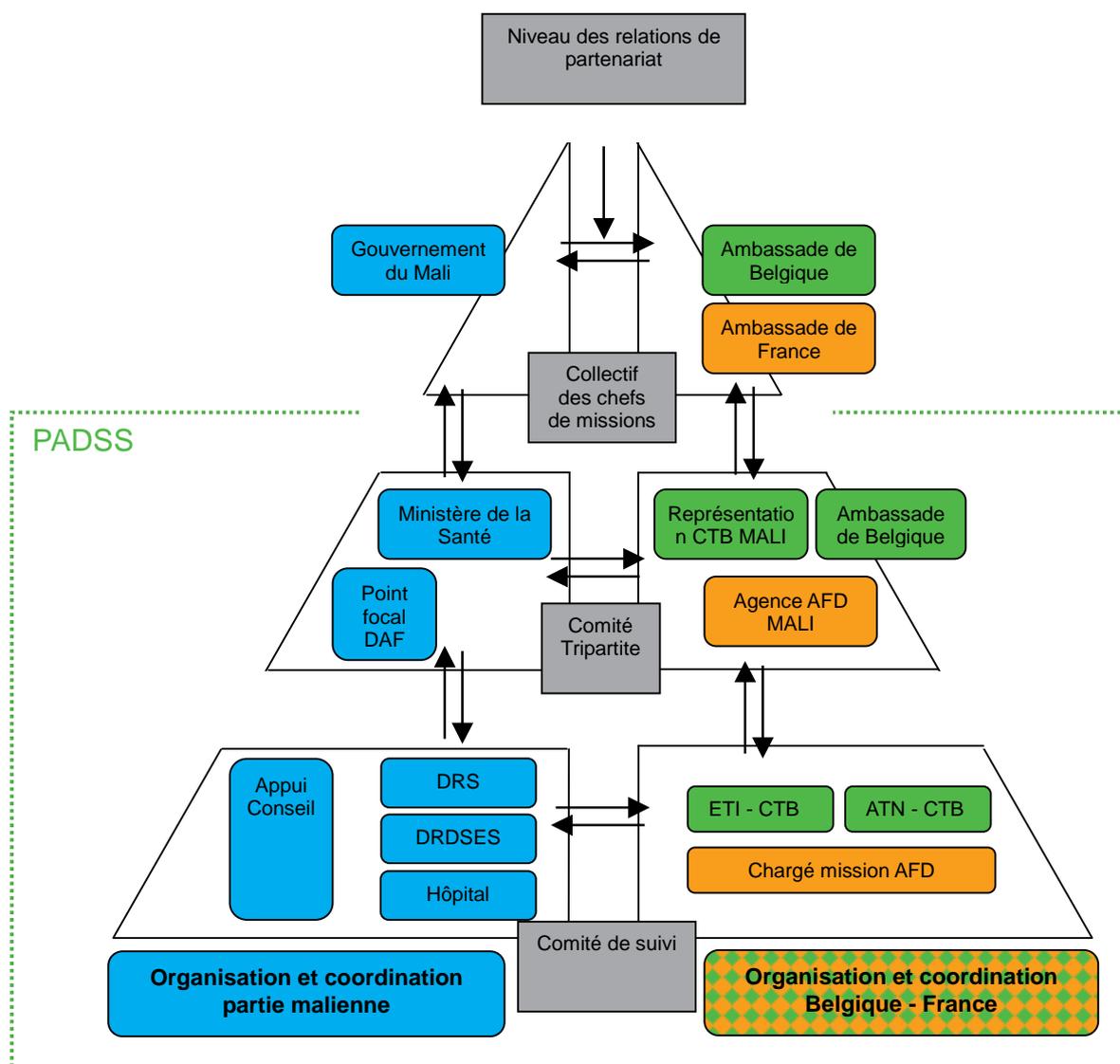
Au niveau régional, les auditeurs ont émis des réserves importantes sur la justification des Plans Opérationnels 2008 et 2009 (pour un montant d'environ 60 millions de FCFA). De ce fait, **il a été impossible de pouvoir décaisser les PO 2010 de la région de Mopti**. Pour rappel, le montant de ces PO était d'environ 600 millions de FCFA (915 000 euros). Le changement de DRS et de comptable a été un obstacle à la réalisation des audits de manière optimale. Aucune activité n'a donc été financée cette année. Cela a été de nature à pénaliser les activités de routine financées par le PADSS, mais aussi les acquis du programme. Fin 2010, la région a mobilisé ses ressources pour pouvoir répondre aux auditeurs.

4 Analyse de l'intervention

4.1 Ancrage institutionnel et modalités d'exécution

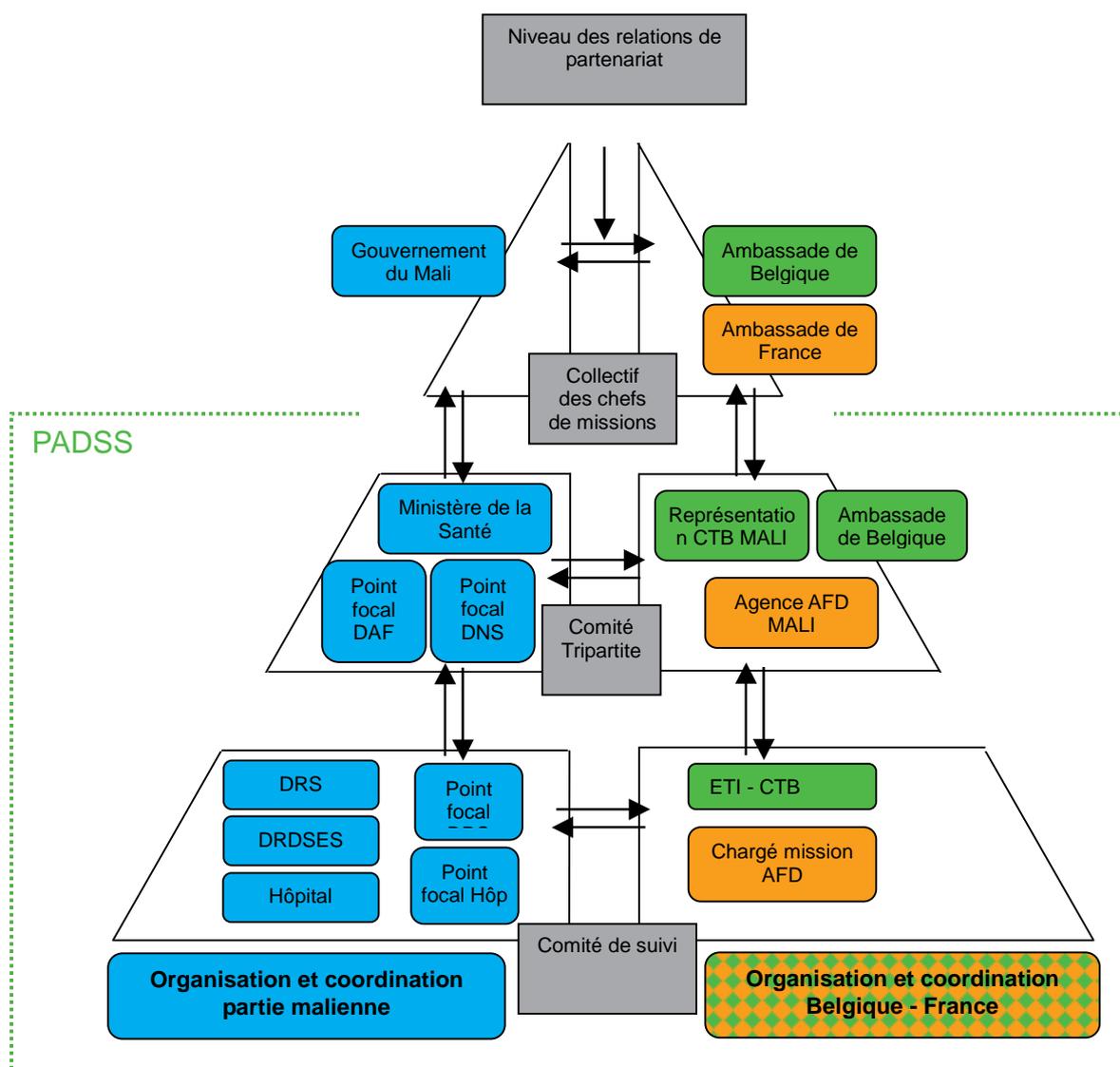
L'**ancrage institutionnel** a été fortement bouleversé au cours de l'année 2010. En effet, le programme a disposé jusqu'à cette date d'un binôme composé d'un ATI (Assistant technique international) et d'un ATN (Assistant technique national) financé sur contrat CTB. Côté Ministère de la Santé, l'équipe d'appui conseil soutenait le programme au niveau régional et un point focal avait été désigné côté DAF. Cet ancrage était très approprié, permettant à la CTB de disposer d'un appui important et influent au sein du Ministère de la Santé. Il faut noter que cet ancrage a cependant pu être ressenti comme une frustration par la partie française.

Figure 1 : Ancrage institutionnel jusqu'au mois d'avril 2010



Le nouvel ancrage ne s'est stabilisé qu'en novembre 2010, donc il n'y a que peu de temps pour en tirer des leçons.

Figure 2 : Ancrage institutionnel depuis le 25 octobre 2010



Les modalités d'exécution sont la cogestion. Seules les procédures maliennes sont utilisées, ce programme étant géré comme un appui budgétaire sectoriel.

Cependant des avis de non objection sont requis à toutes les étapes des procédures : de la passation des marchés aux paiements des factures, sur base de lettres rédigée et signées conjointement. Si le point fort reste l'alignement, le point faible est l'important travail de coordination, de suivi du programme et de mise en commun en aval de chaque requête. Ces modalités peuvent être considérées comme appropriées.

4.2 Objectif spécifique

4.2.1 Indicateurs

Au cours de l'année 2010, il n'a pas été versé de fonds sur la composante régionale en raison des réserves émises par les auditeurs sur les audits 2008 et 2009. A cet effet, le PADSS n'a pas financé d'activités et les résultats des indicateurs sont donc ceux enregistrés en 2009 et disponibles dans le rapport MLI 0201011 précédent.

Objectif spécifique : Contribuer à améliorer la qualité des prestations de soins et à renforcer la couverture sanitaire de la population					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline	Progrès année N	Commentaires
Locaux et équipements du CSREF fonctionnels	X	X	0	En cours	Plans validés et contra signé le 31/12/2010). Réception prévue fin 2011
Taux de fréquentation des CSCom nouvellement créés	X	X	0	En cours	APS validées APD en cours de validation
Présence des médecins			0	0	La fin de la formation des spécialistes est prévue en 2011 pour 5/6 et 1/1 en 2012
Procès verbal de réception définitive des équipements					Nouvel hôpital qui sera réceptionné en 2011
Objectif spécifique : Contribuer à réduire les barrières culturelles et financières dans l'accès aux soins					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline	Progrès année N	Commentaires
Nombre de mutuelles créées			1	5 (2010)	
Evolution du nombre d'adhérents aux mutuelles			2 269	1 156	Quatre mutuelles sont concernées (Ku-gala, MIPROMO, KENEYASO et Koloni)
Nombre de consultations par an des adhérents des mutuelles			568	271	La mutuelle de KENEYASO de Mopti n'a pas fonctionné en 2008
Nombre d'adhérents à la mutualisation du risque hospitalier			923	373	Seule la MIPROMO couvre le risque hospitalier dans la région de Mopti
Objectif spécifique : Contribuer à développer les capacités de gestion du système régional de santé					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline	Progrès année N	Commentaires

4.2.2 Analyse des progrès réalisés

Encadré 1 : Rappel de l'objectif spécifique 1 et des résultats associés

Objectif Spécifique 1 : Contribuer à améliorer la qualité des prestations de soins et à renforcer la couverture sanitaire de la population

Résultat 1.1 : L'accessibilité géographique aux soins primaires et de 1ère référence est améliorée, notamment dans les zones de pauvreté

Résultat 1.2 : Les populations reçoivent des soins décernés dans les structures à tous les niveaux par de personnel qualifié, motivé et en nombre suffisant

Résultat 1.3 : 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

Résultat 1.4 : 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

Résultat 1.5 : Les malades référés aux hôpitaux sont pris en charge selon les normes, y compris les pauvres

Lien entre résultat et objectif spécifique : les deux résultats concourent à la réalisation de l'objectif spécifique et se concentrent sur l'amélioration de l'offre de soins. Il s'agit d'améliorer, voire de créer des infrastructures sanitaires de 1^{ère} (CSCOM), 2^{ème} (CSREF) et 3^{ème} référence (Hôpital Régional) et une école de formation en santé, tout en renforçant la qualité des ressources humaines disponibles (médicalisation des CSCOM, formation court terme de médecins dans un établissement de référence supérieure et formation de long terme avec le financement de la spécialisation des médecins dans la sous région).

Points sensibles et facteurs d'influence : à ce jour, les résultats ne sont pas encore tous atteints. Au niveau infrastructures, le programme a souffert de tensions au sein de groupement d'architectes, ce qui a ralenti le programme. Le contrat a été résilié et de nouveaux contrats ont été signés.

Le marché des travaux de l'hôpital devait être signé au plus tard en juin 2010 pour permettre la réalisation des travaux dans les délais impartis, mais devait attendre la signature des contrats de maîtrise d'œuvre.

Le contrat des travaux du CSREF devait être signé au plus tard le 31/12/2010 pour permettre la réalisation des travaux dans les délais impartis. Le dépassement de l'enveloppe budgétaire implique la signature de nouveaux avenants.

Le coût des infrastructures a largement dépassé les estimations faites en 2000 – 2002 (étude de faisabilité) et par les maîtres d'œuvre. Il a fallu procéder à des arbitrages budgétaires.

L'évaluation à mi parcours a noté de très bons résultats quant aux formations dans les établissements de niveau supérieur. La médicalisation a donné des résultats satisfaisant dans une région où le taux de fréquentation est le plus bas du Mali (0,22 pour la région Mopti en 2009 contre 0,37 pour Diafarabé² ou 0,41 à Dialloubé³).

Les auditeurs ont émis des réserves sur les audits. Il n'a pas été possible de financer les activités au niveau régional (Plans Opérationnels) de l'année 2010. La Direction régionale de la Santé n'a pas pu compter sur le financement du PADSS, notamment sur des activités de routine qu'elle mettait en œuvre avec ce financement.

Résultats non prévus : l'Etat malien a pris en charge une partie importante des activités du PADSS (INFSS / Logements astreintes et équipements du CSREF et une partie de l'équipement de l'hôpital). La médicalisation a été considérée comme un succès et le Ministère a décidé d'étendre le principe au niveau national. Le PADSS a financé le système d'organisation de la référence / contre référence.

Dynamique Harmo : Ce programme est totalement aligné.

Intégration genre et environnement : La construction de ce type d'infrastructures a un impact sur l'environnement. Des études d'impact ont été réalisées pour les infrastructures. Dans les contrats de travaux, le respect des clauses environnementales et sociales est un point de discussion au cours des réunions mensuelles.

Encadré 2 : Rappel de l'objectif spécifique 2 et des résultats associés

Objectif Spécifique 2 : Contribuer à réduire les barrières culturelles et financières dans l'accès aux soins

Résultat 2.1 : L'accessibilité financière aux soins de santé de qualité est améliorée notamment dans les zones pauvres

Lien entre résultat et objectif spécifique : un premier résultat, relatif aux actions des associations de femmes et de jeunes, a été abandonné d'accord parties suite à une étude qui a démontré la faible corrélation entre les activités à mener, les faibles montants mobilisés et les résultats attendus. Il a été décidé de se concentrer sur les dispositifs de financement des soins, à sa voir la revitalisation et la création de mutuelles.

Points sensibles et facteurs d'influence : la pauvreté des populations, la faible monétarisation de l'économie et la fluctuation saisonnière des revenus est un facteur bloquant au développement des mutuelles.

² CSCOM médicalisé en 2008

³ CSCOM médicalisé en 2009

Résultats non prévus : La DRDSES s'est fortement impliquée dans le suivi des mutuelles de santé.

Dynamique Harmo : ce programme est totalement aligné.

Intégration genre et environnement : N/A (résultat 1 annulé)

Encadré 3 : Rappel de l'objectif spécifique 3 et des résultats associés

Objectif Spécifique 3 : Contribuer à développer les capacités de gestion du système régional de santé

Résultat 3.1 : Les Services de santé accomplissent leur mission et rôle redéfinis dans la mise en œuvre du PRODESS II

Activités réalisées au cours des années précédentes (voir rapport 2009) et pas de financement sur cette composante pour l'année 2010 : cet objectif spécifique ne sera donc plus abordé dans le reste du document.

4.2.3 Risques & hypothèses

Objectif Spécifique 1 : Contribuer à améliorer la qualité des prestations de soins et à renforcer la couverture sanitaire de la population

Risques / hypothèses (convention) :

- Travaux de l'hôpital non terminés au 31/12/2011 (niveau A)
- Travaux du CSREF non terminés au 31/12/2011 (niveau B)
- Travaux des CSCOMS non terminés au 31/12/2011 (niveau C)
- Livraison des équipements après le 31/12/2011 (niveau B)
- Médecins en spécialisation qui ne reviennent pas sur le poste d'origine (niveau B)

Pour les trois premiers points, des dates butoirs ont été fixées et doivent être respectées.

Pour le dernier point, il s'agira de faire des plaidoyers au retour des médecins auprès du Ministère.

Objectif Spécifique 2 : Contribuer à réduire les barrières culturelles et financières dans l'accès aux soins

Risques / hypothèses (convention)

- Volonté des populations pour la création de mutuelles (niveau B)

Risques / hypothèses (mise en œuvre)

- Faible capacité financière des populations (niveau C)
- Faible capacité de l'opérateur d'appui (niveau C)

4.2.4 Critères de qualité

Objectif Spécifique 1 : Contribuer à améliorer la qualité des prestations de soins et à renforcer la couverture sanitaire de la population

	Score	Commentaires
Efficacité	B	
Efficiency	B	
Durabilité	B	
Pertinence	A	

Objectif Spécifique 2 : Contribuer à réduire les barrières culturelles et financières dans l'accès aux soins

	Score	Commentaires
Efficacité	B	
Efficiency	B	
Durabilité	C	
Pertinence	A	

4.2.5 Impact

Le PADSS est totalement intégré dans le PRODESS qui est le programme sectoriel santé du Mali, et totalement aligné sur les procédures maliennes.

4.2.6 Leçons apprises et recommandations

Décisions	Source	Qui	Temps	Etat
Les trois parties ont procédé à des arbitrages budgétaires formalisés dans des avenants	4.2.2	Mali France Belgique	Q1 2010	Done
Le marché de maîtrise d'œuvre doit être résilié	4.2.2	AGETIER	Q2 2010	Done
De nouveaux marchés de maîtrise d'œuvre doivent être signés	4.2.2	AGETIER	Q2 2010	Done
Le contrat du marché des travaux de l'hôpital doit être signé et les travaux démarrés avant juin 2010	4.2.2	AGETIER	Q2 2010	Done
Le contrat du marché de travaux du CSREF de Youwarou doit être signé avant le 31/12/2010	4.2.2	AGETIER	Q4 2010	Done
La DRS doit mettre à la disposition	4.2.2	DRS	Q1 à Q4 2010	On-going

Décisions	Source	Qui	Temps	Etat
des auditeurs toutes les informations pour permettre la levée des réserves				

Recommandations	Source	Qui	Deadline
Le DAO des CSCOMS doit être finalisé	4.2.3	AGETIPE	avant le 25/02/2011
Les travaux du CSREF doivent être terminés	4.2.3	AGETIER	Avant le 31/12/2011
Le DAO équipement doit être lancé	4.2.3	AGETIER	fin février début mars 2011
Lancement de la phase 2 de mutualisation sous réserve validation programmation phase 2	4.2.3	UTM	Avant mars 2011
Faire valider et signer les avenants prenant en compte les nouveaux arbitrages financiers (CSREF Youwarou)	4.2.3.	MS / AFD / CTB	Aavant juin 2011

4.3 Résultat 1.1 : l'accessibilité géographique aux soins primaires et de 1^{ère} référence est améliorée, notamment dans les zones de pauvreté

4.3.1 Indicateurs⁴

Résultat :					Progrès : B	
Indicateurs	E	G	Baseline ⁵	Progrès année N ⁶	Commentaires	
<i>Evolution du nombre de médecins / IDE en poste dans les CSCom</i>			0	10 (2010) ⁷	5 médecins en 2008 et 7 en 2009	
Taux de fréquentation des CSCom nouvellement créés	X	X	0	En cours	APS validées APD en cours de validation	
Locaux et équipements du CSREF fonctionnels	X	X	0	En cours	Plans validés et contra signé le 31/12/2010). Réception prévue fin 2011.	
<i>Evolution du nombre de patients transférés</i>			1 525 (2006)	1 776 (2008)	Ce sont les patients référés des CSCom aux CSREF	
<i>Evolution du nombre de césariennes réalisées</i>		X	761 (2006)	996	Ce sont les césariennes réalisées sur les sept districts sanitaires sur huit	
<i>Nombre de supervisions de chaque CSREF dans les CSCom du cercle</i>			243	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)	
<i>% de personnels des CSCom en stages dans les CSREF</i>			100%	101%	Tous les agents de santé des CSCom retenus dans les PO pour les formations ont bénéficié de stage dans les CSREF.	
<i>Evolution du nombre d'accouchements compliqués transférés</i>		X	300	390	Ce sont des accouchements évacués des CSCom aux CSREF par an	
<i>Nombre de supervisions réalisées par anesthésiste et gynécologue de l'hôpital régional dans chaque CSREF</i>		X	0	1/2	Pas de financement du PADSS sur les PO 2010	
<i>% de médecins, de sages femmes et d'infirmiers anesthésiste ayant été en stage à l'HR.</i>			0	24/24 (2009)	Activité terminée en 2009.	
<i>% de césariennes réalisées</i>		X	42%	44%	Proportion des césariennes réalisées par les sept districts chaque année	
<i>Evolution du taux d'accouchements</i>		X	36 %	44% (2009) ⁸		

⁴ Les activités en italique n'ont pas été soutenues en 2010, seules les dernières données transmises sont reportées.

⁵ Sans indication : 2006

⁶ Sans indication : données 2008

⁷ Source : Rapport de suivi des centres médicalisés, Santé Sud, mai 2010

⁸ Source : SLIS, mai 2010

Résultat :					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline⁵	Progrès année N⁶	Commentaires
<i>complicés assistés</i>					
<i>Evolution du nombre de patients référés dans les CSREF et à l'HR</i>			1 525	3 040 (2009) ⁹	<i>Ce sont les patients référés des CSCom aux CSREF</i>

4.3.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
Des médecins et des infirmiers diplômés d'état sont installés dans des CSCom nouveaux ou existants				x	Retard importants sur la construction des CSCOMS – accord sur un échéancier à respecter
Le CSREF de Youwarou dispose de locaux et d'équipements adaptés à la prise en charge des patients et à leur transfert dans les conditions spécifiques du cercle			x		Date limite de signature du contrat (31/12/2010) respectée
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...)					Activités réalisées de 2006 à 2009
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					Activités réalisées de 2006 à 2009
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			x		Contrat UTM en cours

4.3.3 Analyse des progrès réalisés

Comme indiqué en 4.2.2, les Plans Opérationnels 2010 n'ont pas été financés du fait des réserves émises par les auditeurs. Il aura fallu trois missions de KPMG Sénégal pour qu'ils commencent à obtenir les éléments nécessaires. En cause, des changements institutionnels importants au niveau régional, avec l'affectation d'un nouveau DRS et d'un nouveau comptable. Au 31/12/2010, les comptes des PO 2008 et 2009 n'étaient toujours pas justifiés à 100%.

La signature du marché de construction du CSREF a pris du retard du fait du dépassement de l'estimation par les soumissionnaires. Des arbitrages ont été nécessaires.

La construction des CSCOMS a également pris beaucoup de retard, et des chronogrammes de suivi ont été validés entre toutes les parties. Une partie du retard

⁹ Source : Comité de suivi du PRODESS, novembre 2010

a été récupérée et la prochaine échéance se situe le 26/01/2011 (réception des APD corrigées).

L'activité de médicalisation (par l'ONG Santé Sud) et son suivi par la DRS reste un financement acquis en 2011.

Quant au contrat de l'opérateur d'appui aux mutuelles, il a permis de revitaliser 4 mutuelles et d'en créer 5. Cette activité a pris du retard (lenteur au démarrage, saison des pluies, activités de l'opérateur qui étaient en veille depuis quelques années...). La seconde phase sera dépendante de la qualité du rapport final et des propositions et du chronogramme d'activités pour l'année 2011.

4.3.4 Risques et hypothèses

L'enjeu est désormais (et pour tous les résultats à atteindre de la composante régionale) d'obtenir la justification à 100% des fonds versés au titre de 2008 et 2009. Selon les derniers rapports de KPMG, il y aurait encore une vingtaine de millions de FCFA à justifier au 31/12/2010. Si la DRS justifie les fonds, il serait possible de verser 20% des PO 2010 en 2011. Cela reste à négocier entre toutes les parties. Si la DRS ne justifie pas les fonds, il lui sera demandé de les rétrocéder.

Le risque principal est que les travaux du CSREF ne soient pas terminés au 31/12/2011 (niveau B) : Le calendrier d'exécution des travaux du CSREF de Youwarou doit être suivi de très près pendant 2011. Les équipements du CSREF ne sont pas financés par le PADSS mais il a été demandé à l'AGETIER de donner le maximum d'informations pour que les chronogrammes de construction et de fourniture des équipements soient cohérents.

Il en est de même avec la construction des CSCOMs pour lesquels les travaux doivent être terminés au 31/12/2011 (niveau C) : un calendrier de suivi rapproché et à respecter a été validé.

4.3.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	B	Les dossiers doivent être suivis au plus près pour assurer la réalisation dans les délais, notamment la construction du CSREF et des CSCOMs (Date limite de versement des fonds au 31/12/2011).
Efficienc	B	
Durabilité	B	
Pertinence	A	

4.3.6 Exécution budgétaire

Sur les 1,6 millions d'euros (mais le double pour le programme), 59% ont été versés à la composante régionale. Ce versement se fait sous la forme d'une dotation annuelle versée en deux tranches semestrielles. Aucune tranche n'a été versée en 2010.

4.3.7 Leçons apprises et recommandations

Même si les PO n'ont pas été financés en 2010, il sera nécessaire de soutenir en 2011 les acquis du programme, à savoir la médicalisation des CSCOMs, le paiement des bourses et éventuellement le soutien aux mutuelles.

Les travaux du CSREF doivent être terminés avant le 31/12/2011.

Le DAO des CSCOMS doit être finalisé avant le 25/02/2011 et les travaux au plus tard le 31/12/2010.

4.4 Résultat 1.2 : les populations reçoivent des soins décernés dans les structures à tous les niveaux par de personnel qualifié, motivé et en nombre suffisant

4.4.1 Indicateurs¹⁰

Résultat :					Progrès : B	
Indicateurs	E	G	Baseline ¹¹	Progrès année N ¹²	Commentaires	
<i>Document technique disponible</i>				Fait (2007)	Le cahier de charge de l'INFSS a été élaboré et mis en œuvre à partir de 2007	
<i>Ecole ouverte</i>					La construction de l'INFSS sera réalisée sur le budget de l'Etat sur la base des études financées par le PADSS.	
<i>Bâtiments et équipements de l'école fonctionnels</i>					L'INFSS est toujours en bail dans des locaux provisoires.	
<i>Nombre d'élèves dans chaque filière</i>					En moyenne dans la filière IDE : 25 élèves et Sage-femme : 15 élèves par an.	
<i>Nombre d'enseignants ayant obtenu le diplôme en sciences pédagogiques</i>				Fait	Plusieurs formations ont été réalisées en direction des chargés de cours et encadreurs de stage en 2007, 2008 et en 2009	
<i>Document disponible</i>				Fait	Un document de protocole existe au niveau du Ministère de la Santé	
<i>Nombre de médecins en cours de spécialisation</i>				6	5/6 sont à leur 3ème année et 1/6 en 2ème année.	
<i>Présence des médecins</i>			0	0	La fin de la formation des spécialistes est prévue en 2011 pour 5/6 et 1/1 en 2012.	
<i>Engagement signé</i>				Fait	Cinq engagements ont été signés en 2007 et un en 2008.	

4.4.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
<i>Le cahier des charges de l'Ecole secondaire de la santé de Mopti a été élaboré</i>					Exécuté
<i>L'école de Mopti a ouvert dans des locaux provisoires</i>				X	Financé sur le budget de l'Etat
<i>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</i>				X	Financé sur le budget de l'Etat

¹⁰ Les activités en italique n'ont pas été soutenues en 2010, seules les dernières données transmises sont reportées.

¹¹ Sans indication : 2006

¹² Sans indication : données 2008

Activités	Déroutement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
Deux formateurs de l'équipe d'encadrement de l'école secondaire de la santé de Mopti ont suivi une formation en pédagogie					Exécuté
Un protocole pour l'attribution de bourses de spécialisation à des médecins a été signé					Exécuté
Les médecins formés sont affectés		X			Dès leur retour, en 2011 et 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.					Exécuté

4.4.3 Analyse des progrès réalisés

La ligne constructions du PADSS s'est avérée insuffisante à couvrir l'ensemble du programme d'infrastructures. En janvier 2010, il a été procédé à des arbitrages financiers lors d'un Comité Tripartite extraordinaire. Les financements sont répartis comme suit (voir tableau ci-dessous). L'INFSS est les logements sont pris en charge sur le budget de l'Etat malien.

Tableau 1 : Arbitrages financiers pour la réalisation des infrastructures (en FCFA)

	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

Ces arbitrages doivent être revus car le montant prévisionnel pour le CSREF de Youwarou a été revu à la hausse. Le montant du marché est finalement de près de 1,153 milliards de FCFA.

Pour ce résultat, dans la mesure où la construction de l'INFSS est sortie du périmètre du PADSS, il ne reste plus que le financement des bourses des médecins (qui restent acquis en 2011).

4.4.4 Risques et hypothèses

Il faudra des échanges importants pour que le MS puisse garantir le retour des médecins à l'hôpital de Mopti comme ils s'y sont engagés (niveau B).

4.4.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires

Efficacité	B	Les dossiers doivent être suivis au plus près pour assurer la réalisation dans les délais, notamment la construction du CSREF et des CSCOMs (Date limite de versement des fonds au 31/12/2011).
Efficiences	B	
Durabilité	B	
Pertinence	A	

4.4.6 Exécution budgétaire

Voir 4.3.6

4.4.7 Leçons apprises et recommandations

L'implication financière du Ministère dans la réalisation du PADSS dans sa globalité a été un signe positif de la volonté politique du gouvernement malien comme de la pertinence des objectifs du PADSS pour l'ensemble des acteurs du programme. L'Etat Malien a affecté 1 milliard de FCFA (privatisation de la SOTELMA) sur le PADSS.

Le retour des médecins à Mopti est une des conditions de réussite du programme. La CTB devra être vigilante sur leur réaffectation.

4.5 Résultat 1.3 : Les populations 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

4.5.1 Indicateurs¹³

Résultat :					Progrès : A
Indicateurs	E	G	Baseline ¹⁴	Progrès année N ¹⁵	Commentaires
<i>Nombre de gérants formés/recyclé</i>			0	30	Activité réalisée et terminée
<i>Nombre de personnel des CSCom formés en prescription rationnelle des ME</i>				83/83	Activité réalisée et terminée
<i>Coût moyen de l'ordonnance dans les CSCom</i>			1200	1 260 ¹⁶ (2009)	

4.5.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
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.					Exécuté
Les équipes techniques des CSCom sont formés en prescription rationnelle de médicaments essentiels (ME)					Exécuté

4.5.3 Analyse des progrès réalisés

Activités terminées.

¹³ Les activités en italique n'ont pas été soutenues en 2010, seules les dernières données transmises sont reportées.

¹⁴ Sans indication : 2006

¹⁵ Sans indication : données 2008

¹⁶ Comité de suivi du PRODESS, novembre 2010

4.5.4 Risques et hypothèses

Activités terminées.

4.5.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	A	
Efficienc	A	
Durabilité	B	
Pertinence	A	

4.5.6 Exécution budgétaire

Voir 4.3.6

4.5.7 Leçons apprises et recommandations

Ces activités n'étaient pas prévues initialement dans le PADSS, mais ont été accordées pour permettre la réalisation d'activités connexes à celles du PADSS, ayant un impact sur le PADSS, mais sans financement.

4.6 Résultat 1.4 : 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

4.6.1 Indicateurs¹⁷

Résultat :					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline ¹⁸	Progrès année N ¹⁹	Commentaires
<i>Nombre d'équipes cadres formées en SIMR</i>					Activité réalisée et terminée
<i>Nombre de personnel des CSCoM formés en SIMR</i>				167	Activité réalisée et terminée
<i>Nombre de sages-femmes et d'infirmières formées en SONU</i>			0	6 (2009)	Activité réalisée et terminée
<i>Nombre de districts sanitaires ayant organisé leur système de référence/évacuation</i>			7/8	8/8 (2009)	Activité réalisée et terminée
<i>Nombre de caisse de solidarité de la référence / évacuation fonctionnelle</i>			3/8	4/8	Activité réalisée et terminée
<i>Nombre de supervisons intégrées réalisée au niveau des CSCoM</i>			243	264	Activité réalisée et terminée
<i>Nombre d'établissements de santé ayant bénéficié d'un suivi au cours du trimestre</i>			123	132	Activité réalisée et terminée

4.6.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
Les équipes cadres des huit districts sanitaires et celles des CSCoM sont formées en SIMR					Exécuté

¹⁷ Les activités en italique n'ont pas été soutenues en 2010, seules les dernières données transmises sont reportées.

¹⁸ Sans indication : 2006

¹⁹ Sans indication : données 2008

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
Les sages-femmes et les infirmières obstétriciennes des districts sanitaires sont formées en SOU/SONU					Exécuté
Les districts sanitaires de la région ont organisé leur système de référence/évacuation					Exécuté
Les équipes cadres des districts sanitaires ont effectués des supervisions intégrées au niveau du personnel des CSCom et des relais communautaires.					Exécuté
Les établissements de santé parapublics, privés et confessionnels sont suivis trimestriellement					Exécuté

4.6.3 Analyse des progrès réalisés

Il n'y a pas eu de financement des activités en 2010.

4.6.4 Risques et hypothèses

Activités terminées.

4.6.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	B	
Efficienc	B	
Durabilité	B	
Pertinence	A	

4.6.6 Exécution budgétaire

Voir 4.3.6

4.6.7 Leçons apprises et recommandations

Les formations ont influence positivement les résultats du PADSS et en constituent un des acquis majeurs. Il est prévu que cette expérience soit être reportée au niveau national par la DRH.

4.7 Résultat 1.5 : Les malades référés aux hôpitaux sont pris en charge selon les normes, y compris les pauvres

4.7.1 Indicateurs²⁰

Résultat :					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline ²¹	Progrès année N ²²	Commentaires
Nombre d'indigents pris en charge par an à l'HR			114	1886 (2009)	Pas de soutien en 2010
% des engagements des différents financeurs respectés					
Projet d'établissement élaboré et validé				Exécuté	Activité réalisée et terminée en 2009.
Nombre de majors ayant bénéficié d'une formation à l'hôpital de St Malo			0	(10)	Activité réalisée et terminée en 2009 (mais au CHU de Bamako).
Nombre de missions formatives de l'hôpital de St Malo – rapports de mission			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			3 359	3 700	Ce sont les malades reçus en urgence à l'HR par an
% de patients résidents hors de la ville de Mopti – Sévaré					Non disponible
Nombre de patients référés par les CSREF			536	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			0	0	Activité annulée
Systèmes d'information sanitaire et de gestion fonctionnels et personnel formé			10	0	Activité réalisée.
Procès verbal de réception définitive des équipements					Nouvel Hôpital qui sera réceptionné en 2011.
Formation d'un électricien à l'Hôpital de St Malo					Activité annulée. Electricien nommé par le MS.

²⁰ Les activités en italique n'ont pas été soutenues en 2010, seules les dernières données transmises sont reportées.

²¹ Sans indication : 2006

²² Sans indication : données 2008

Résultat :					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline ²¹	Progrès année N ²²	Commentaires
Nombre de supervisions réalisées par anesthésie et gynécologue de l'hôpital régional dans chaque cercle.			0	1/2	Pas de soutien en 2010
% de médecins, de sages-femmes et d'infirmiers anesthésistes ayant été en stage à l'hôpital régional			0	24/24 (100%)	Pas de soutien en 2010
% de césariennes réalisées			42%	44% (2009)	

4.7.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
Un mécanisme régional de prise en charge des indigents est mis en place à l'hôpital régional					Mise en place du RAMED (mécanisme national)
Les conditions de passage à l'autonomie de gestion de l'HR sont préparées (voir aussi extrait 4)					Exécuté
La qualité de prise en charge des malades à l'hôpital régional est progressivement améliorée		X			En cours
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.			X		En cours
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.					Exécuté

4.7.3 Analyse des progrès réalisés

La construction de l'hôpital est une des activités phares de ce résultat. A la fin de l'année 2009, la situation était très complexe : désaccord entre les maîtres d'œuvre, relance de l'évaluation des offres fin 2009 en raison de fausses déclarations de l'attributaire, résiliation du contrat de maîtrise d'œuvre, signature de nouveaux contrats sur base individuelle.

Le contrat de construction a été signé en mai 2010. Les travaux ont pris du retard au démarrage, mais l'entreprise se mobilise pour rattraper le retard.

4.7.4 Risques et hypothèses

Le passage de l'hôpital Somine Dolo au nouvel hôpital reste un défi majeur, tant en termes de logistique que d'amélioration de la prise en charge des patients.

Le DAO des équipements doit être finalisé rapidement. Une expertise externe doit intervenir pour la validation des listes et des spécifications techniques (financement CTB MLI 0903011) et pour l'ouverture des offres (financement PADSS).

Les principaux risques sont que les travaux de l'hôpital ne soient pas terminés au 31/12/2011 (niveau A) et une livraison trop tardive des équipements, c'est-à-dire après le 31/12/2011 (niveau B).

4.7.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	A	
Efficiences	B	
Durabilité	A	
Pertinence	A	

4.7.6 Exécution budgétaire

Voir 4.3.6

4.7.7 Leçons apprises et recommandations

Au titre des leçons apprises, le PADSS a mobilisé énormément de ressources juridiques au cours de l'année 2010, tant le juriste local que l'AJ juriste. Cet appui a permis de garantir la qualité et la validité des choix juridiques de la CTB.

Le DAO équipement doit être lancé avant fin février début mars 2011.

Les travaux doivent se terminer impérativement au 31/12/2011.

Enfin, de nouveaux avenants doivent être discutés et signés pour la prise en charge des nouveaux arbitrages financiers.

4.8 Résultat 2.1 : L'accessibilité financière aux soins de santé de qualité est améliorée notamment dans les zones pauvres

4.8.1 Indicateurs²³

Résultat :					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline ²⁴	Progrès année N ²⁵	Commentaires
Nombre de mutuelles créées			1	5 (2010)	En 2009 les mutuelles de Sangha et Dourou ont été créés
Evolution du nombre d'adhérents aux mutuelles			2 269	1 156	Quatre mutuelles sont concernées (Kugala, MIPROMO, KENEYASO et Koloni)
Nombre de consultations par an des adhérents des mutuelles			568	271	La mutuelle de KENEYASO de Mopti n'a pas fonctionné en 2008
Nombre d'adhérents à la mutualisation du risque hospitalier			923	373	Seule la MIPROMO couvre le risque hospitalier dans la région de Mopti
<i>Actes du colloque régional</i>				X	<i>Activité réalisée et terminée</i>
<i>Nombre de participants au colloque</i>				70	<i>Activité réalisée et terminée</i>
<i>Publication de la liste des associations accréditées auprès de la DRS</i>					<i>Volet qui n'a pas été financé suite rapport du consultant A. LETOURMY</i>
<i>Nombre de responsables des associations formés aux principes de base de gestion</i>				30	<i>Activité réalisée et terminée</i>
<i>Nombre d'animateurs formés sur les problèmes spécifiques de mobilisation sociale et de santé publique</i>				30	<i>Activité réalisée et terminée</i>
<i>Nombre de contrats signés avec des associations partenaires</i>			60	122 (2009)	<i>Activité réalisée et terminée</i>
<i>Organisation de l'Assemblée Générale annuelle</i>					<i>Activité réalisée et terminée</i>
<i>Nombre de réunions du Conseil de gestion</i>			16	16	<i>Activité réalisée et terminée</i>
<i>Nombre de réunions du Comité de gestion</i>			768	792	<i>Activité réalisée et terminée</i>

²³ Les activités en italique n'ont pas été soutenues en 2010, seules les dernières données transmises sont reportées.

²⁴ Sans indication : 2007

²⁵ Sans indication : données 2008

Résultat :					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline²⁴	Progrès année N²⁵	Commentaires
<i>Nombre de dossiers déposés</i>					<i>Activité non réalisée</i>
<i>Nombre de structures sanitaires bénéficiant de subventions dans le cadre de contrats de performance</i>					<i>Activité non réalisée</i>

4.8.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
Des mutuelles sont créées pour la prise en charge des soins de premier niveau et de première référence			X		Contrat UTM qui accuse du retard mais résultats atteints (phase 1)
Des produits d'assurance santé pour le risque hospitalier à l'hôpital régional sont proposés aux populations		X			Une seule Imutuelle
Les responsabilités de tous les acteurs impliqués dans la gestion des structures et activités sanitaires sont clarifiées et leur interprétation harmonisée					Exécuté
Des associations locales de femmes et de jeunes ont été identifiées comme partenaires des services de santé et des collectivités locales de la région					Annulé
Les associations de femmes et de jeunes sont en mesure de développer des actions de mobilisation sociale et de santé publique					Annulé
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					Annulé
Les Asaco des CSCom nouvellement créées sont représentatives et fonctionnelles					CSCOM en phase études
Des dossiers de subventionnement sont soumis par les structures sanitaires aux CT ou à l'Etat					Annulé

4.8.3 Analyse des progrès réalisés

Un opérateur d'appui à la revitalisation et à la création de mutuelles a été recruté. 4 mutuelles ont été revitalisées et 5 créées.

Le rapport final transmis par l'UTM n'a pas été validé à la réception. Il manque différents éléments et notamment la baseline et l'évolution des indicateurs en 2010. Il est donc difficile de se prononcer sur ce résultat à ce jour.

Cette activité doit être poursuivie en 2011 sous réserve de l'approbation du rapport

final et de la programmation d'activités réalistes et budgétisés pour 2011.

4.8.4 Risques et hypothèses

La création et l'appui pour une seule année ne sera pas suffisante pour avoir une durabilité de l'action. Trois risques majeurs sont identifiés pour ce résultat : la volonté des populations pour la création de mutuelles (niveau B), la faible capacité financière des populations (niveau C) et la faible capacité de l'opérateur d'appui (niveau C). Le risque est élevé de ne pas voir la prolongation du contrat UTM.

4.8.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	B	
Efficiences	B	
Durabilité	C	Prendre contact avec d'autres PTF pour voir si cette activité peut être soutenue après 2011.
Pertinence	A	

4.8.6 Exécution budgétaire

Voir 4.3.6

4.8.7 Leçons apprises et recommandations

La phase 2 de mutualisation devra être lancée avant mars 2011 (sous réserve de l'approbation du rapport finale et de la proposition de la phase 2).

Il sera pertinent de prendre contact avec des PTF qui pourront poursuivre l'appui aux mutuelles.

4.9 Résultat 3.1 : les services de santé accomplissent leur mission et rôle redéfinis dans la mise en œuvre du PRODESS II

4.9.1 Indicateurs²⁶

Résultat :					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline ²⁷	Progrès année N ²⁸	Commentaires
% de plans élaborés			0 (2007)	100%	Activité réalisée et terminée
Nombre de plans validés			0	8/8	Activité réalisée et terminée
% d'ASACO renouvelés					Non disponible en 2010
Proportion de femmes en moyenne dans les ASACO et présidents d'ASACO					Non disponible en 2010
Nombre de sessions de formation organisées					Activité réalisée et terminée
Nombre de participants				173	Activité réalisée et terminée
Nombre de missions de supervision réalisées				204	Activité non soutenue en 2010
Rapport d'évaluation			X		Activité réalisée et terminée
Rapport d'étude					Activité réalisée et terminée
Actes de l'atelier régional					Activité réalisée et terminée
Nombre de participants à l'atelier régional					Activité réalisée et terminée
Rapport d'étude					Activité réalisée et terminée
Nombre de sessions de formation réalisées					<i>Cette activité a été prise en compte dans le volet 3.</i>
Nombre de participants					<i>Cette activité a été prise en compte dans le volet 3.</i>
Nombre de missions de supervision					<i>Cette activité a été prise en compte dans le volet 3.</i>
Rapport d'évaluation					Activité réalisée et terminée
Nombre d'appels d'offres lancés					Activité annulée.
Nombre de projets financés					Activité annulée.
Rapport d'évaluation des projets					Activité annulée.
Bilan d'utilisation des fonds					Activité annulée.

²⁶ Les activités en italique n'ont pas été soutenues en 2010, seules les dernières données transmises sont reportées.

²⁷ Sans indication : 2007

²⁸ Sans indication : données 2009

4.9.2 Bilan activités

Activités	Déroutement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
Les cercles de la région ont élaboré des plans de développement					Exécuté
Les ASACO de la région ont été renouvelés et sont constitués de 30% des femmes					Non disponible en 2010
Les membres des Asaco, les personnels des Communes, le responsable technique et le gérant du dépôt des structures sanitaires ont suivi une formation continue à la gestion des structures sanitaires					Exécuté
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			X		Contrat UTM
Les capacités humaines et matérielles des CT et des structures de soins à assurer leur fonction gestionnaire ont été évaluées					Exécuté
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					Exécuté
Les projets des associations sont financés par un fonds d'appui mis en place.					Activité annulée

4.9.3 Analyse des progrès réalisés

Les PO 2010 n'ayant pas été financés, la seule activité réalisée est la revitalisation et la création de mutuelles par l'UTM (voir 4.7).

4.9.4 Risques et hypothèses

Activités terminées.

4.9.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	B	
Efficienc	B	
Durabilité	B	
Pertinence	A	

4.9.6 Exécution budgétaire

Voir 4.3.6

4.9.7 Leçons apprises et recommandations

Ce dernier résultat a été le plus difficile à mettre en œuvre, et ce principalement du fait de la spécialisation de l'équipe d'Appui Conseil dont le profil était plutôt de type santé publique. Un appui court terme en décentralisation sur ce résultat aurait été bénéfique.

5 Bénéficiaires

Partenaires au niveau central :

Les changements institutionnels au niveau central n'ont pas facilité le déroulement du programme pendant l'année 2010 alors que la stabilité des interlocuteurs avait permis pendant l'année 2009. Des informations plus détaillées sont fournies dans le rapport annuel MLI 0903011 sur les partenaires du PADSS. La nomination des points focaux en fin d'année va peut-être permettre de redynamiser les relations. Les partenaires maliens sont très impliqués dans le suivi et la gestion de la composante centrale, dont fait partie la construction de l'hôpital, mais ils sont moins impliqués sur les activités menées au niveau régional.

Partenaires au niveau régional :

L'impossibilité de financer les Plans opérationnels en 2010, couplée avec l'arrivée d'un nouveau Directeur Régional de la Santé n'a pas facilité les relations au niveau régional. In fine, les PO sont considérés comme des financements acquis et non comme des tranches versées en fonction des résultats des audits.

Le Directeur Régional de la Santé reconnaît pourtant les acquis du PADSS, notamment la médicalisation des CSCOM et soutient le développement des mutuelles.

Populations de la région de Mopti :

Ce programme étant un programme d'appui budgétaire, il n'est pas aisé de se faire une idée la perception des bénéficiaires finaux à savoir la population de la région de Mopti.

Après la pose de la 1^{ère} pierre en juin 2010, il aura fallu attendre une année pour que les travaux démarrent réellement (annulation de l'attribution, différend entre maître d'œuvre, réévaluation des offres de travaux, attribution retardée du marché de travaux...). Cette situation aura eu comme effet de perturber les populations. Finalement, le démarrage des travaux aura eu un effet positif sur la perception des populations.

6 Suivi des décisions prises par la SMCL

Au cours de l'année 2010, il y a eu 2 comités tripartites au cours desquels ont été émises un certain nombre de recommandations. Le suivi des recommandations est globalement satisfaisant.

Libellé des recommandations du CTP du 28 mars 2007	Responsable	Echéance	Etat de mise en œuvre
2. Il est proposé par le SEGAL qu'une fois les études architecturales réalisées, le gouvernement fasse un effort pour rentrer dans l'enveloppe de 7, 5 millions € sans pour autant réduire les prestations techniques prévues pour l'HR.	Secrétaire Général du MS	Sur la base des études architecturales	Fait lors des arbitrages de janvier 2010

Libellé des recommandations du CTP du 17 avril 2009	Responsable	Echéance	Etat de mise en œuvre
8. S'assurer du traitement dans les meilleurs délais par le juriste de l'AGETIER du dossier des dysfonctionnements du groupement MOE.	AGETIER	Juin 2009	Exécuté

Libellé des recommandations du CTP du 04 décembre 2009	Responsable	Echéance	Etat de mise en œuvre
2. Diligenter la réalisation de l'audit du PADSS dans les plus brefs délais.	DAF/MS	Fin décembre 2009	Exécuté
4. Diligenter l'allocation de fonds pour le financement des activités du second semestre du PO 2009 de l'HSD	MS	Fin décembre 2009	Non exécuté Le taux de justification des activités n'atteint pas 60% sur la composante régionale (rapports des audits 2008 et 2009).
7. La DAF doit vérifier si un financement est disponible sur le budget 2010 – 2011 pour permettre la participation de l'Etat dans la construction des CSCom à réhabiliter	DAF/MS	Fin décembre 2009	Pas de fonds disponibles pour 2011 – voir avec le Ministère des Finances pour l'exercice 2012
12. Pour les candidats ayant commencé leurs études en 2007, et en y incluant le candidat en traumatologie qui finit normalement sa formation en 2012, la DAF devra assurer le financement des coûts supplémentaires éventuels de ces formations en cas de redoublement d'un candidat, ce qui pourrait prolonger la durée des études au-delà de la date limite de versement ou d'utilisation des fonds du PADSS.	DAF/MS	Décembre 09 Janvier 2010	Exécution en cours Le comité tripartite du 4 décembre 2009 avait recommandé que cette recommandation soit exécutée en fonction du travail de compilation que la DRS devrait produire sur la situation des Médecins en formation. Evaluation en cours par la DRS/Mopti.

Libellé des recommandations du CTP du 04 décembre 2009	Responsable	Echéance	Etat de mise en œuvre
17. Inviter le CНИЕCS à participer au prochain CTP	DAF DG/HSD	Prochain CTP	Exécuté Le CНИЕCS a été invité et pris part à la réunion du comité du 28 mai 2010.
24. Diligenter la poursuite du dossier de recherche action	ATN DAF Santé	Prochain trimestre	Exécuté Des TDR ont été rédigés.
26. La date du prochain CTP sera fixée en temps opportun	ATN	Sans délai	Exécuté

Libellé des recommandations du CTP du 28 mai 2010	Responsable	Echéance	Etat de mise en œuvre
1 - Procéder à la ventilation et à la validation du rapport provisoire actuel dans les meilleurs délais et veiller à la réalisation de l'audit suivant (10/2009 au 03/2010) dans les délais.	MS/AFD/CTB/Région	07/06/2010	Exécuté Les audits ont eu lieu en mars 2010 et septembre 2010 conformément au calendrier des audits. Les rapports définitifs au 30/09/2010 sont attendus de l'auditeur KPMG.
2 - Transmettre une copie de la convention de la MOD signé aux bailleurs pour information.	DAF		Non Exécuté
3 - Le Ministère de la Santé finalisera les drafts de Termes de références pour le suivi du PADSS sous 15 jours et les différentes parties auront une semaine pour réagir.	MS	14/06/2010	Exécuté Points focaux nommés par décision 1622/MS-SG du 25/10/2010
4 - L'AFD et la CTB doivent se rapprocher de leur siège pour faire de nouvelles propositions de dates pour la mission conjointe, si cela est possible.	AFD/CTB	30/06/2010	Difficultés à concilier les calendriers. Mission AFD en novembre 2010.
5 - La DRS doit transmettre aux PTF les informations relatives à la répartition de l'ensemble des équipements de SOFRECO.	DRS/Mopti	30/06/2010	Exécuté. La répartition a été faite par la DAF et une copie de cette répartition est envoyée aux partenaires: lettre N° 2738/MS-DAF et lettre N°2739 /MS-DAF du 28 avril 2010
6 - Reporter la question de la recherche action, au CTP régional.	MS		Le CTP régional ne s'est pas tenu.

Libellé des recommandations du CTP du 28 mai 2010	Responsable	Echéance	Etat de mise en œuvre
7 - Demander à la CPS, de finaliser les TDR de l'évaluation finale d'ici le 15 juin 2010, sur la base des commentaires qui doivent venir des acteurs du PADSS.	DAF/MS	15 juin 2010	Exécuté. Les TDR ont été finalisés. Un Appel à manifestations d'intérêt des consultants a déjà été évalué, Le PV a été envoyé aux partenaires pour ANO
8 - Prise en charge par le Ministère, du surcoût des frais de formation sur la base de dossiers bien motivé.	DAF/MS		Pas de surcoût identifié jusqu'à ce jour.

7 Annexes

Cadre Logique

Activités M&E

Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

Planification opérationnelle Q1-2011

Acronymes

Annexe 1 : Cadre logique PADSS

Finalité
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.

Objectifs	Résultats attendus	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
OBJECTIF SPECIFIQUE 1 CONTRIBUER A AMELIORER LA QUALITE DES PRESTATIONS DE SOINS ET A RENFORCER LA COUVERTURE SANITAIRE DE LA POPULATION					
	Résultats attendus 1.1 Les services essentiels offerts à la population sont de meilleure qualité dans les zones de l'intervention²⁹				
	1. Des médecins et des infirmiers diplômés d'état sont installés dans des CSCOM nouveaux ou existants	Évolution du nombre de médecins / IDE en poste dans les CSCOM Taux de fréquentation des CSCOM nouvellement créés	DRS Statistiques DRS	Médecins et IDE candidats à l'installation	
	2. Les ASACO des CSCOM nouvellement créées sont représentatives et fonctionnelles	Organisation de l'Assemblée Générale annuelle Nombre de réunions du Conseil de gestion Nombre de réunions du Comité de gestion Pourcentage de femmes dans les comités de gestion nouvellement créés	Statistiques DRS, CSCOM Statistiques DRS, CSCOM Statistiques DRS, CSCOM Statistiques DRS, CSCOM	Directive nationale pour le renouvellement	
	3. 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 Dossiers transmis	PV transmission	Ressources Etat	
	4. Le CSREF de Youwarou dispose de locaux et d'équipements adaptés à la prise en charge des patients et à leur transfert dans les conditions spécifiques du cercle	Locaux et équipements du CSREF fonctionnels Évolution du nombre de patients transférés Évolution du nombre de césariennes réalisées	CSREF Youwarou CSREF Youwarou, HR Statistiques DRS	Travaux réalisés et équipements livrés en temps voulu	
	5. 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 Pourcentage de médecins, de sages femmes et d'infirmiers anesthésiste ayant été en stage à l'HR Pourcentage de césariennes réalisées Évolution du taux d'accouchements compliqués assistés	HR, CSREF CSREF, HR Statistiques DRS, CSREF Statistiques DRS, CSREF	Équipe de supervision appropriée	

²⁹ Dans la convention d'exécution, il existe 10 logiques d'intervention car la logique 4 est répétée deux fois. Cela a été corrigé dans cette annexe.

Objectifs	Résultats attendus	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
		6. 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 Évolution du nombre de patients référés dans les CSREF et à l'HR	CSREF Statistiques DRS, CSREF	
		7. Les conditions de passage à l'autonomie de gestion de l'HR sont préparées	Projet d'établissement élaboré et validé Systèmes d'information sanitaire et de gestion fonctionnels et personnel formé	HR HR	Affectation de gestionnaire d'hôpital
	8. La qualité de prise en charge des malades à l'hôpital régional est progressivement améliorée	Contrats de sous traitance pour l'entretien de l'HR et la préparation des repas signés		HR	
		Nombre de majors ayant bénéficié d'une formation à l'hôpital de St Malo		HR	
		Nombre de missions formatives de l'hôpital de St Malo – rapports de mission		HR	
		Évolution de nombre d'admissions		HR	
		Pourcentage de patients résidents hors de la ville de Mopti – Sévaré		HR	
		Nombre de patients référés par les CSREF		HR	
	9. 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		HR	Travaux réalisés et équipements livrés en temps voulu et recrutement d'un électricien qualifié
		Formation d'un électricien à l'Hôpital de St Malo		HR	
Résultats attendus 1.2 La région de Mopti dispose de personnel paramédical diplômé d'Etat et l'hôpital de Mopti de médecins spécialisés					
	1. Le cahier des charges de l'École secondaire de la santé de Mopti a été élaborés		Document technique disponible	MDRH, DRS	Plan de développement des RH élaboré
	2. L'école de Mopti a ouvert dans des locaux provisoires		École ouverte	DRS	Personnel d'encadrement disponible
	3. 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		DRS	
		Nombre d'élèves dans chaque filière		Ecole	
	4. 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/CPS	
	5. Un protocole pour l'attribution de bourses de spécialisation à des médecins a été signé		Document disponible	MS/CPS	Institutions de formation identifiées
	6. Les médecins formés sont affectés		Présence des médecins		Création de poste

Objectifs	Résultats attendus	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
		7. 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	Nombre de médecins en cours de spécialisation Engagement signé	MS/CPS MS/CPS	Accord des médecins
OBJECTIF SPECIFIQUE 2 CONTRIBUER A REDUIRE LES BARRIERES CULTURELLES ET FINANCIERES DANS L'ACCES AUX SOINS					
	Résultats attendus 2.1 Les associations de femmes et de jeunes développent des actions qui favorisent la mobilisation sociale, l'utilisation des services de santé et les actions sur les déterminants de la santé				
	1. 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	DRS		
	2. Les associations de femmes et de jeunes sont en mesure de développer des actions de mobilisation sociale et de santé publique	Nombre de responsables des associations formés aux principes de base de gestion	DRS		
		Nombre d'animateurs formés sur les problèmes spécifiques de mobilisation sociale et de santé publique	DRS		
	3. Des associations locales de femmes et de jeunes collaborent sur un mode contractuel avec la DRS et les centres de santé (CSREF)	Nombre de contrats signés avec des associations partenaires	DRS		Volonté des autorités sanitaires
	4. Les projets des associations sont financés par un fonds d'appui mis en place par l'AFD complémentaire du financement PRODESS	Nombre d'appel d'offres lancés	DRS		Financement PRODESS
		Nombre de projets financés	DRS		
		Rapport d'évaluation des projets	DRS		
		Bilan d'utilisation du fonds	BGP		
	Résultats attendus 2.2 A chaque niveau de la pyramide sanitaire, les inégalités d'accès aux soins sont réduites				
	1. 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 Actes de l'atelier régional Nombre de participants à l'atelier régional	DRS DRS DRS		Volonté des CT, de l'Etat et des populations
	2. 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	CT, DRS		Décentralisation et disponibilité des ressources effectives volonté des CT
	3. Des mutuelles sont créées pour la prise en charge des soins de premier niveau et de première référence	Nombre de mutuelles créées Evolution du nombre d'adhérents aux mutuelles Nombre de consultations par an des adhérents	DRS Mutuelles Mutuelles		Volonté des populations
	4. Des produits d'assurance santé pour le risque hospitalier à l'HR sont proposés aux populations	Nombre d'adhérents à la mutualisation du risque hospitalier	Mutuelles		
	5. 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 Pourcentage des engagements des différents financeurs respectés	HR HR		Volonté des CT, de l'HR, de l'Etat

Objectifs	Résultats attendus	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
OBJECTIF SPECIFIQUE 3 CONTRIBUER A DEVELOPPER LES CAPACITES DE GESTION DU SYSTEME REGIONAL DE SANTE					
	Résultats attendus 3.1 Les responsabilités des collectivités territoriales, des représentants des populations et des responsables sanitaires en matière de gestion des services et activités sanitaires sont connues et la gestion est assurée conjointement par chacun d'entre eux				
	1. Les capacités humaines et matérielles des CT et des structures de soins à assurer leur fonction gestionnaire ont été évaluées		Rapport d'étude	DRS	Textes législatifs et réglementaires disponibles
	2. Les responsabilités de tous les acteurs impliqués dans la gestion des structures et activités sanitaires sont clarifiées et leur interprétation harmonisée		Document cadre sur attributions Actes du colloque régional Nombre de participants au colloque	DRS DRS DRS	
	3. Les cercles de la région ont élaboré des plans de développement		Pourcentage de plans élaborés Nombre de plans validés	Cercles Cercles	
	4. Les ASACO de la région ont été renouvelées et sont constituées de 30% des femmes		Pourcentage d'ASACO renouvelés Proportion de femmes en moyenne dans les ASACO et présidentes d'ASACO	DRS statistiques DRS	Directive nationale
	5. Les membres des ASACO, les personnels des Communes, le responsable technique et le gérant du dépôt des structures sanitaires ont suivi une formation continue à la gestion des structures sanitaires		Nombre de sessions de formation organisées Nombre de participants Nombre de missions de supervision réalisées Rapport d'évaluation	DRS DRS	Volonté des CT
	6. 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 Nombre de participants Nb de missions de supervisions Rapport d'évaluation	DRS DRS	Volonté des CT

Annexe 2 : Cadre logique PADSS refondu dans le cadre logique du PRODESS

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 des CSCOM existants</u> 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 financière, continuité des soins et documentation)

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement mesurables (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 ; Diallassagou : 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 conditions spécifiques du cercle	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.
	Evolution du nombre de patients transférés	CPM/CSREF/ASAC O	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	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/A C	0	5/7 (71%)	5/5(100%)	24 /24(100%)	Au 1er 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 <u>capacité totale de production de l'ensemble des écoles paramédicales de formation (publiques et privées)</u> 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 <u>personnel est disponible</u> 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	

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 ouverte 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.
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.

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Responsables	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
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 <u>disponibilité des médicaments</u> 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

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Responsables	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
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

N°	EXTRANTS DU VOLET	INDICATEURS
	sanitaires est effectuée régulièrement	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.
	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.

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Resp.	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
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

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Responsables	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
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 mobilisation sociale et de santé publique	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 chargées de programme des femmes
	Nombre d'animateurs formés sur les problèmes spécifiques de mobilisation sociale et de santé publique	DRDSES			30		
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.

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Responsables	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
	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	

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/DN S					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
	% 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.

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Resp.	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
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/C SREF	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 œuvre 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 où 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 partenariat 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 participent à la mise en œuvre de la politique 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 réforme et le renforcement 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 SLIS, la surveillance épidémiologique et la recherche action 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	

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.
	Nombre de plans validés	ECD/DRS/MS		8	8	8	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.
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 du dépôt des structures sanitaires ont suivi une formation continue à la gestion des structures sanitaires	Nombre de sessions de formation organisées						
	Nombre de participants	DRDSES			201	173	
	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

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Resp.	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
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						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.
	Rapport d'évaluation						
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						

Annexe 3 : Activités M&E

Aucune activité M&E cette année (pas de mission conjointe)

Annexe 4 : Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

Project Title :	PRODESS
Budget Version :	C3
Currency :	EUR
YTD :	Report includes all valid transactions, registered up to today

	Status	Fin Mode	Amount	Start to 2007	2008	2009	2010	Expenses 2011	Total	Balance	% Exec
A AIDE-PROGRAMME ET AIDE SOUS			7.801.662,00	1.166.701,57	516.476,97	1.613.976,28	2.150.197,52	0,00			
01 Améliorer la qualité de la prestation de soins			0,00	0,00			0,00	0,00			
01 Financement du Prodess		COGES	0,00	0,00			0,00	0,00			
02 Amélioration de la demande	Deleted		0,00					0,00			
01 Financement du Prodess	Deleted	COGES	0,00					0,00			
03 Renforcer le partenariat entre les acteurs	Deleted		0,00					0,00			
01 Financement de Prodess	Deleted	COGES	0,00					0,00			
04 Composante Centrale			6.230.816,00	705.129,90	373.508,65	1.288.606,78	2.150.197,52	0,00			
01 Financement PRODESS		COGES	6.230.816,00	705.129,90	373.508,65	1.288.606,78	2.150.197,52	0,00			
05 Composante Régionale			1.570.846,00	461.571,66	142.968,32	325.369,50	0,00	0,00			
01 Financement PRODESS		COGES	1.570.846,00	461.571,66	142.968,32	325.369,50	0,00	0,00			
Z GENERAL MEANS			198.338,00	235,79	15,78	15,78	15,78	0,00			
01 General means			198.338,00	235,79	15,78	15,78	15,78	0,00			
01 Sous traitance (appui	Deleted	COGES	0,00					0,00			
02 Imprévus (hausse prix construction)		COGES	198.338,00	235,79	15,78	15,78	15,78	0,00			
99 Conversion rate adjustment			0,00					0,00			
99 Conversion rate adjustment		COGES	0,00					0,00			

DONNEES

ERRONÉES

REGIE										
COGEST	8.000.000,00	1.166.937,36	516.492,74	1.613.992,05	2.150.213,30	0,00	5.447.635,45	2.552.364,55	68%	
TOTAL	8.000.000,00	1.166.937,36	516.492,74	1.613.992,05	2.150.213,30	0,00	5.447.635,45	2.552.364,55	68%	



Annexe 5 : Planification opérationnelle 2011 Q1

Project Title : **PRODESS**

Fin Plan Version: **2011Q1**

Budget Version: **C03**

Donor: **DGD**

Currency: **EUR**

Amounts in 1000 EUR

Status	Fin Mode Budget	TtY-1	Balance	2011				Total	2012 to end	Est. end Proj. Bal.	Est. % exec.	
				Q1	Q2	Q3	Q4					
A AIDE-PROGRAMME ET AIDE		7.801,67	5.447,35	2.354,32	1.153,60	0,00	1.130,00	0,00	2.283,60	92,00	-21,28	100%
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	??%
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	??%
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	??%
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	??%
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	??%
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	??%
04 Composante Centrale		6.230,82	4.517,44	1.713,38	1.042,40	0,00	944,10	0,00	1.986,50	92,00	-365,12	106%
01 Financement PRODESS	COGEST	6.230,82	4.517,44	1.713,38	1.042,40	0,00	944,10	0,00	1.986,50	92,00	-365,12	106%
05 Composante Régionale		1.570,85	929,91	640,94	111,20	0,00	185,90	0,00	297,10	0,00	343,84	78%
01 Financement PRODESS	COGEST	1.570,85	929,91	640,94	111,20	0,00	185,90	0,00	297,10	0,00	343,84	78%
Z GENERAL MEANS		198,34	0,28	198,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	198,06	0%
01 General means		198,34	0,28	198,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	198,06	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	??%
02 Imprévus (hausse prix	COGEST	198,34	0,28	198,06	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	198,06	0%
99 Conversion rate adjustment		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%
99 Conversion rate adjustment	COGEST	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	??%

REGIE												
COGEST	8.000,01	5.447,63	2.552,38	1.153,60	0,00	1.130,00	0,00	2.283,60	92,00	176,78	98%	
TOTAL	8.000,01	5.447,63	2.552,38	1.153,60	0,00	1.130,00	0,00	2.283,60	92,00	176,78	98%	



Annexe 6 : Acronymes

AFD	Agence française de développement
AGETIER	Agence d'exécution des travaux d'intérêt public et équipements ruraux
AGETIPE	Agence d'exécution des travaux d'intérêt public pour l'emploi
ANO	Avis de non objection
APD	Avant projet détaillé
APS	Avant Projet Sommaire
ATN	Assistant Technique national
BCT	Bureau de contrôle Technique des travaux
CEPRIS	Cellule d'exécution des projets et réhabilitations des infrastructures Sanitaires
CSCOM	Centre de santé communautaire
CSREF	Centre de santé de référence
CTB	Coopération technique belge
CTP	Comité tripartite
DAO	Dossier d'appel d'offre
DFM	Direction des finances et du matériel
DNS	Direction nationale de la santé
DRDSES	Direction régionale du développement social et de l'économie solidaire
DRS	Direction régionale de la santé
HR	Hôpital Régional
HSD	Hôpital Sominé DOLO
IBM	Ingénieur Bio-médical
INFSS	Institut national de formation en sciences de la santé
MOD	Maître d'ouvrage délégué
MS	Ministère de la Santé
PADSS	Programme d'appui au développement socio-sanitaire de la 5 ^{ème} Région
PO	Plan opérationnel
UTM	Union Technique des Mutualités