



CTB

**AGENCE BELGE
DE DÉVELOPPEMENT**

RAPPORT ANNUEL 2011

**PROGRAMME D'APPUI AU
DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET
SOCIAL DE LA REGION DE
MOPTI(PADSS).**

Table des matières

1 FICHE PROJET	4
2 RÉSUMÉ	5
2.1 APERÇU DE L'INTERVENTION	5
2.2 POINTS SAILLANTS	5
2.3 LEÇONS APPRISSES ET RECOMMANDATIONS	6
3 EVOLUTION DU CONTEXTE	8
3.1 COORDINATION, SUIVI ET ORGANISATION DU PROGRAMME	8
3.2 EXPERTISE / SUIVI DU PADSS	9
4 ANALYSE DE L'INTERVENTION	10
4.1 ANCRAGE INSTITUTIONNEL ET MODALITÉS D'EXÉCUTION	10
4.2 ETAT DES LIEUX SYNTHÉTIQUE	11
4.3 OBJECTIF SPÉCIFIQUE	12
4.3.1 Indicateurs	12
4.3.2 Analyse des progrès réalisés.....	13
4.3.3 Risques & hypothèses liés à la réalisation de l'objectif spécifique.	13
4.3.4 Critères de qualité.....	14
4.3.5 Impact.....	14
4.3.6 Leçons apprises et recommandations	15
4.4 RÉSULTAT 1	16
4.4.1 Indicateurs	16
4.4.2 Bilan activités	17
4.4.3 Analyse des progrès réalisés.....	17
4.4.4 Risques et hypothèses.....	18
4.4.5 Critères de qualité.....	18
4.4.6 Exécution budgétaire (Voir en Annexe 7.3)	19
4.4.7 Leçons apprises et recommandations	19
4.5 RÉSULTAT 2	20
4.5.1 Indicateurs	20
4.5.2 Bilan activités	20
4.5.3 Analyse des progrès réalisés.....	20
4.5.4 Risques et hypothèses.....	21
4.5.5 Critères de qualité.....	21
4.5.6 Exécution budgétaire (Voir en Annexe 7.3)	21
4.5.7 Leçons apprises et recommandations	21
5 BÉNÉFICIAIRES	23
6 SUIVI DES DÉCISIONS PRISES PAR LA SMCL	24

7 ANNEXES	25
7.1 CADRE LOGIQUE : VOIR PAGE 27	25
7.2 ACTIVITÉS M&E.....	25
7.3 RAPPORT « BUDGET VERSUS ACTUELS (Y – M) ».....	25
7.4 PLANIFICATION OPÉRATIONNELLE Q1-2012.....	26

1 Fiche projet

CONVENTIONS DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none">▪ C/Financement N°CML 12 10 01L-NI19199/11-MLI 02 01 011 du 15 Décembre 2003.▪ C/Exécution N°CML 12 10 01L-NI19199/11-MLI 02 01 011 du 16 Juin 2004▪ Avenant N°1, 2 et 3/CF et CE.
CODE NAVISION/CTB :	MLI 0201011
MISE EN ŒUVRE / PARTENAIRES	<ul style="list-style-type: none">▪ CTB/ETAT BELGE▪ AFD/France▪ Ministère de la santé, Direction nationale de la santé, Direction Régionale de la santé Mopti, Ministère du Développement Social, de la Solidarité et des personnes Agées, Direction régionale du développement social , de la solidarité, de l'économie solidaire et personne âgées, Assemblée Régionale de Mopti, Gouvernorat de la Région de Mopti
BENEFICIAIRES	République du Mali. Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) / Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social(PDDSS).
LOCALISATION/CIBLES	Région de Mopti, Collectivités décentralisées.
DUREE	96 MOIS (2004-2009). Démarrage effectif : Mars 2006. Extension à juin 2012 par les avenants ci-dessus mentionnés.
BUDGET	<ul style="list-style-type: none">▪ La Belgique : 8.000.000 € (50%)▪ La France : 8.000.000 €(50%)▪ Le Mali : 600.000.000 FCFA (914 694 €)▪ Total : 16.914.694 €

OBJECTIF GLOBAL :

Contribuer à l'amélioration de l'accès aux soins des populations de la région de Mopti et de la prise en charge des malades et de leurs pathologies.

OBJECTIFS SPECIFIQUES :

1. Améliorer la qualité des prestations de soins et renforcer la couverture sanitaire de la population ;
2. Réduire les inégalités d'accès aux services de santé et améliorer l'offre de soins ;
3. Développer la formation initiale des personnels de santé et des capacités de gestion des institutions déconcentrées et décentralisées.

Résultats attendus

- Les services essentiels offerts à la population sont de meilleure qualité ;
- La région de Mopti dispose de personnel paramédical diplômé malien et l'hôpital de Mopti de médecins spécialisés ;
- A chaque niveau de la pyramide sanitaire, les inégalités d'accès aux soins sont réduites ;
- 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.

2 Résumé

2.1 Aperçu de l'intervention

Logique d'intervention	Efficacité	Effizienz	Durabilité	Pertinence
Objectif Spécifique1	B	A	B	A
Résultat 1	B	A	B	A
Résultat 2	B	A	B	A
Objectif Spécifique2	x	x	x	A
Résultat 1	x	x	x	A
Résultat 2	x	x	x	A
Objectif Spécifique3	x	x	x	A
Résultat 1	x	x	x	A

Les objectifs et résultats marqués d'un « x » ne peuvent être évalués, pour les raisons suivantes :

- L'avenant 2 C/F signé le 03 Septembre 2010 recentre le financement conjoint sur la construction et l'équipement du nouvel hôpital régional à Sévaré, la construction du CsRef de Youwarou.
- L'avenant N°3-C/F signé le 8 juillet 2011 réaménage le financement du programme et stipule que le programme financera entièrement la totalité de la construction et des équipements du nouvel hôpital régional de Mopti à Sévaré et du CsRef de Youwarou, il ne financera plus les activités relatives aux CsCOMs, aux objectifs spécifiques 2 et 3.

2.2 Points saillants

Trois points saillants sont intervenus au cours de l'année. Il s'agit de :

- L'application de l'avenant N° 2 à la convention financière signé le 03 septembre 2010 et son avenant N°2 à la convention d'exécution : ces avenants N° 2 ont eut pour objet de modifier le périmètre des activités du programme, le cout par rubrique, par composante ainsi que son plan de financement comme suit :
 - ✓ la composante centrale désigne le projet de construction et d'équipement de l'hôpital régional et du centre de référence de youwarou ;
 - ✓ Les ouvrages et équipements de l'hôpital régional de la Vème région du Mali financés au moyen de la contribution conjointe et de la contribution Malienne ;
 - ✓ Le bénéficiaire est engagé à : 1.°affecter la contribution Malienne au financement des dépenses relatives à l'équipement du CsRef de Youwarou et le complément des équipements de l'hôpital régional, 2. financer tout éventuel dépassement qui se dégagerait au cours de l'exécution des travaux d'infrastructures et l'acquisition des équipements du programme
- L'avenant N°3 à la convention financière signé le 8 juillet 2011 modifie une

nouvelle fois le périmètre des activités du programme, le cout par rubrique, par composante ainsi que son plan de financement précédemment définis dans l'avenant N°2. Elles se présentent comme suit :

- ✓ Les ouvrages et équipements de l'hôpital régional de la Vè région du Mali sont financés au moyen de la seule contribution conjointe.
 - ✓ Le bénéficiaire n'est plus engagé à affecter la contribution Malienne au financement des dépenses relatives à l'équipement du CsRef de Youwarou et le complément des équipements de l'hôpital régional
 - ✓ La subvention permettra le transfert de l'hôpital régional à Sévaré.
 - ✓ Le cout global de la composante hospitalière comprenant la construction et les équipements médicaux et généraux de l'hôpital régional de Mopti à Sévaré et du CsRef de youwarou est évalué à 11 696 509 Euros entièrement financés par la contribution conjointe.
 - ✓ Le CTP est chargé de superviser l'exécution du programme et de se prononcer sur l'utilisation de la contribution conjointe..
- Les problèmes sécuritaires apparus dans le septentrion du Mali ont imposé des mesures à toutes les missions diplomatiques et tous expatriés au Mali. Leur conséquence a influé sur certaines activités majeures et délais d'exécution.

2.3 Leçons apprises et recommandations

Les recommandations clés les plus importantes issues des points 4.2.6, 4.3.7 et 4.4.7 et suivants, par ordre de priorité sont les suivantes :

1. Le Comité demande au Ministère de la Santé de diligenter la signature des avenants n°3 à la convention de financement et à la convention d'exécution qui conditionnent le décaissement des fonds du second semestre 2011.
2. Le Comité tripartite demande au Ministère de la Santé de diligenter la signature de l'avenant n°2 à la convention 177/2007/IP de l'AGETIER afin de permettre aux partenaires de valider les futures propositions d'attribution des marchés d'équipement.
3. Le Comité Tripartite recommande à l'AGETIER de chercher les sources d'économie possibles pour éviter tout gap de financement.
4. L'inauguration de l'hôpital est fixée en mars 2012; en marge de cette inauguration, la prochaine réunion du CTP sera organisée à Mopti. L'inauguration devra coïncider avec l'ouverture fonctionnelle de l'hôpital.
5. Le Comité tripartite demande que soit rajouté dans les TDR de l'expert qu'il appuiera la DRS et le directeur de l'hôpital pour autant que cela réponde au mandat de l'expert et aux objectifs du PADSS. Le CTP recommande un démarrage rapide des missions d'appui du consultant en ressources humaines dans la Vème région
6. Le Comité Tripartite recommande à la Direction de l'Hôpital Sominé Dolo de compléter le travail de programmation des effectifs en faisant la part du besoin de personnel adressé à l'Etat et la part du besoin en personnel qui sera recruté sur les ressources propres de l'hôpital.
Le Comité tripartite recommande à la Direction des Ressources Humaines/Ministère de la Santé de transmettre aux membres du CTP, dans les meilleurs délais, la programmation des effectifs à mobiliser et mobilisables.

7. Le Comité Tripartite demande au Directeur de l'hôpital d'actualiser le chronogramme de transfert de l'hôpital et son descriptif en tenant compte de la date à laquelle l'hôpital doit être fonctionnel et de la date d'inauguration de l'hôpital et de le diffuser au membres du Comité avant le prochain CTP.
8. Une réflexion doit être engagée par le Ministère de la Santé pour l'affectation du reliquat des fonds du PADSS. Une proposition doit être transmise aux partenaires fin novembre 2011.
9. Le Comité Tripartite recommande au Ministère de la Santé et à l'AGETIER de diligenter avant le 30 novembre 2011, le remboursement des 120 millions de FCFA sur le compte A du PADSS et le versement des 480 millions FCFA à l'AGETIPE.
10. Le raccordement de l'hôpital au réseau EDM devra nécessairement intervenir avant la livraison des 1ers équipements, prévue en février 2012.
11. Le Comité Tripartite demande au Ministère de la Santé de prendre les dispositions nécessaires pour préparer l'inauguration de l'Hôpital qui se fera sous la présidence du Président de la République du Mali.
12. La DRS-Mopti doit fournir aux partenaires la requête actualisée pour le besoin de financement des bourses 2011-2012
13. La DRS doit diligenter le reversement du reliquat du compte B, soit 43 378 131 FCFA sur le compte central A. La DFM devra transmettre en amont un RIB conforme à la DRS, les procédures pour permettre le reversement étant strictement interne à la DFM.

3 Evolution du contexte

3.1 Coordination, suivi et organisation du programme

Trois CTP sont tenus au cours de l'année 2011. Les délibérations principales sont reprises ci-après :

a. CTP du 28 Janvier 2011

Statuant essentiellement sur le suivi et la gestion du PADSS, cette session a décidé et fait des recommandations portant sur :

- le rôle des points focaux PADSS,
- les mesures à prendre pour l'avancement des travaux de construction, l
- le processus de marché,
- l'acquisition et l'installation des équipements,
- le transfert de l'hôpital,
- les besoins en ressources humaines du nouvel hôpital régional,
- la gestion financière du PADSS.

En application de l'avenant n°2 de la convention de financement (signé le 03 septembre 2010), plusieurs décisions importantes ont été entérinées lors de cette réunion :

- la contribution Conjointe AFD/CTB finance les équipements du nouvel hôpital et du CsRef de Youwarou pour des montants respectifs de 950 millions FCFA et 350FCFA en plus de la contribution du Mali;
- la contribution conjointe ne finance plus les activités relatives aux CsCOMs (études et construction) ;
- le Ministère de la Santé s'engage à rembourser sur le compte central A(AFD/CTB) les 120 millions FCFA versés par les partenaires à l' AGETIPE pour le financement des études des CscOMs ;
- les fonds non engagés de la contribution conjointe y compris les fonds initialement prévus pour les CsCOMS sont utilisés pou le financement des équipements.

b. CTP du 16 juin 2011

Statuant également sur l'organisation, le suivi et la gestion du PADSS, la session du 16 juin a diligenté la signature de l'avenant n°3 de la convention de Financement (signé le 08juillet 2011) et C/E conditionnant le décaissement des fonds du deuxième semestre 2011. Cet avenant modifie une nouvelle fois le périmètre des activités du programme, son cout par rubrique, par composante ainsi que son plan de financement. Ainsi, a-t-il été confirmé que le programme finance entièrement :

- la construction et l'équipement de l' hôpital régional et du CsRef de Youwarou :
- l'acquisition des équipements du nouvel Hôpital Régional à Sévaré et du CsRef de Youwarou pour des montants respectifs et maximum de 950 millions FCFA(1.448 266 Euros) et 350 millions FCFA(533 572 Euros).

c. CTP du 21 Octobre 2011

S'agissant de l'avant dernière session avant la clôture du programme, ce CTP a surtout préparé les dernières dispositions avant la date limite de décaissement et d'utilisation des fonds du programme respectivement fixée au 31 décembre 2011 et 30 juin 2102, date de fin du PADSS.

3.2 Expertise / Suivi du PADSS

En marge du PADSS et afin d'en accompagner l'exécution technique, un appui spécifique a été constitué, d'abord au travers du fonds d'expertise, puis, à partir d'octobre 2009, par le biais d'un projet dédié « Expertise en Appui au PADSS » (MLI0903011). La constitution de ce projet a permis également de mettre en œuvre une méthodologie encore peu usitée, la cartographie des incidences, susceptible de permettre aux organisations concernées de documenter leurs accomplissements, d'en tirer des leçons et de rendre compte à leurs sujets.

Entendu sous cet angle, ce projet s'est achevé en septembre 2011, au départ de l'ATI, l'ATN ayant quitté le projet plus tôt courant 2010. La prestation a fait l'objet d'une revue externe, assurée par la DGD, dans le cadre son programme d'évaluation des projets et programmes de coopération bilatérale.

Nonobstant le départ de ces experts, et l'abandon concomitant de cette méthodologie, il a été décidé de mobiliser une expertise technique jusqu'à la fin de la prestation, soit jusqu'en juin 2012, pour suivre plusieurs activités résiduelles. Parmi ces dernières, on citera plus particulièrement :

- La réception de l'ensemble des infrastructures et des équipements sur les sites de Sévaré et Youwarou
- L'organisation de la cérémonie d'inauguration (pour la partie belge)
- L'appui à la réalisation de l'évaluation finale et la gestion de sa mise en œuvre (commentaires et validation des rapports)
- La gestion des deux derniers audits (commentaires et validation des rapports)
- La gestion des contrats en cours (maîtrise d'ouvrage, maîtrises d'œuvre, construction, équipement, audit, suivi des boursiers...)
- Les avis de non objection sur les paiements (pendant une période allant d'octobre à juin 2012 – date limite d'utilisation des fonds)
- Le rapportage pour les deux DTF relatifs à la mise en œuvre du PADSS.

L'ensemble de ces activités couvre la période allant d'octobre 2011 à juin 2012. Si le budget de la prestation le permet toutefois, une légère extension du contrat de l'assistance technique pourrait être sollicitée, jusqu'en août 2012, afin de permettre la validation de l'audit et de l'évaluation finale, la clôture des contrats et la rédaction du rapport final.

Pour rappel, le projet MLI0903011 ne fait cependant plus l'objet d'un rapportage séparé, comme annoncé dans le rapport 2010. L'état des dépenses et la programmation financière pour cette prestation d'assistance technique sont toutefois reprise en annexe du présent rapport.

4 Analyse de l'intervention

4.1 Ancrage institutionnel et modalités d'exécution

Le Ministère de la santé est le maître d'ouvrage du PADSS. A ce niveau le PADSS est coordonné et suivi par deux points focaux attachés respectivement à la Direction Nationale de la Santé et à la division finance de la Direction des Finances et du Matériel sous l'autorité des directeurs respectifs pour la coordination, la gestion et le suivi. La Direction Nationale de la Santé et la Direction des Finances et du Matériel sont toutes deux des directions centrales placées sous l'autorité du Secrétaire Général du Département de la Santé géré par le Ministre.

Au niveau régional, le Directeur régional de la santé, sous l'autorité de la Direction Nationale de la Santé, assume le relais. D'autres structures techniques y sont impliquées de fait.

Au regard de l'organigramme du Ministère de la santé et du processus de décision, de la multiplicité des parties prenantes, on peut s'interroger quant à savoir si ce double ancrage, à la DNS et à la DFM, est le plus indiqué pour prendre les décisions qui s'impose, dans un délai maîtrisé, pour la bonne gestion du PADSS. Ces décisions sont généralement le fait du Secrétaire Général, voire du Ministère en personne..

Modalités d'exécution

Les deux points focaux (DNS et DFM) assurent la coordination avec les services techniques impliqués autant du même département de la santé que d'autres acteurs tels le ministère du développement social, le ministère des finances, la direction générale des marchés publics, le ministère des affaires étrangères, etc. Ils assurent également le même rôle avec le maître d'ouvrage délégué (l'AGETIER) basé à Ségou avec un chef de projet sur le terrain à Mopti.

Points Forts

- Services techniques impliqués
- Existence de points de contacts
- Mécanisme de suivi régulier
- Approche programme s'insérant dans le PRODESS et l'Appui budgétaire sectoriel

Points faibles

- Niveau d'ancrage du Point focal principal(DNS)
- Insuffisance de coordination/suivi intra-sectoriel (DNS/DFM)
- Faiblesse de la capacité institutionnelle (DNS et DFM).
- Lenteur
- Faiblesse de relations avec les collectivités décentralisées
- L'exécution des travaux a connu beaucoup de travaux hors projet, des recadrages budgétaires dont la résolution a consommé beaucoup de temps entre les parties prenantes. Ils ont induit une extension du délais d'exécution fixant la date de fin de travaux au 22 novembre 2011.

4.2 Etat des lieux synthétique

Compte tenu de l'ampleur de ce projet, et de sa durée, il a été jugé opportun d'inclure ici un état des lieux succinct quant aux différentes réalisations en 2011.

a. Composante centrale

Malgré les recadrages budgétaires et quelques travaux hors projets, la construction du nouvel Hôpital régional de Mopti à Sévaré s'est poursuivie régulièrement, depuis le démarrage des travaux le 10 mai 2010 jusqu'à la réception technique des travaux. Toutefois, la réception provisoire, prévue en janvier, a été reportée du fait de l'insécurité croissante des régions nord. De même, l'inauguration, de l'hôpital, prévue en mars, sera vraisemblablement reportée.

Le marché portant sur la fourniture et l'installation des équipements biomédicaux et généraux pour le nouvel hôpital de Mopti a été attribué à FSE (lot 1= 1.497.707 EUR)) et Marvel (lot 2 : 171 041, 06 EUR) le 19 Octobre 2010. Le délai d'exécution, pour les deux lots, est de 4 mois. La livraison est donc prévue en février 2012.

La construction du CsRef de Youwarou démarrée le 30 décembre 2010 s'est poursuivie également sous un suivi régulier. En décembre 2011, les travaux étaient en phase de finition et l'inauguration est prévue pour le premier trimestre 2012.

Le marché relatif à la fourniture et l'installation des équipements biomédicaux et généraux pour le CsRef de Youwarou a été attribué à CERTEC pour un montant de 189.318.000 FCFA (288 613,9 Euros).

L'achèvement des travaux ne doit pas occulter les quelques retards d'exécution constatés pour la construction de l'Hôpital régional comme du CsRef de Youwarou, la relative lenteur de suivi de la partie Malienne de différents dossiers au delà du respect des procédures et des contraintes notamment les approbations de marché de l'évaluation finale qui devra finalement démarrer en février 2012, les paiements et audits à réaliser, les versements dus par l'Etat Malien, etc....

Composante régionale

Au regard des réserves formulés lors des audits, aucun versement n'a été fait sur la composante régionale au cours de l'année 2011.

Il ressort néanmoins que 2 boursiers ont terminé leur formation en 2011 et prendront fonction en 2012. Un budget conjoint de 16.188.000 FCFA est disponible pour les quatre boursiers restant, leur formation devant s'achever au cours du premier semestre 2012.

4.3 Objectif spécifique

4.3.1 Indicateurs

Objectif spécifique 1 : Améliorer la qualité des prestations de soins et renforcer la couverture sanitaire de la population.					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline	Progrès année N (Valeur intermédiaire)	Commentaires
Locaux et équipements du CsRef fonctionnels	X	X	0	0,8	Hypothèses : Travaux réalisés et équipements livrés. > Les locaux sont réalisés à 80%, la réception provisoire prévue pour Q1 2012. Les équipements sont en cours d'exécution fin en mars 2012..
Locaux et équipements du nouvel Hôpital régional fonctionnels	X	X	0	0,9	Hypothèses : Travaux réalisés et équipements livrés. (NB : Nouvel indicateur suite modification PADSS.) > Le taux d'avancement/exécution globale est de 99%. La réception technique des locaux prévue le 23 décembre 2011 au plus tard, n'est pas encore effective due aux questions sécuritaires, la réception provisoire prévue en Q1 2012. Les équipements sont en cours d'exécution et seront réceptionnés, fonctionnels en février 2012.
Procès verbal de réception définitive des équipements du nouvel hôpital régional	X	X	0	0	Les équipements sont en cours de livraison. La réception définitive est pour février
Projet d'établissement du nouvel l'hôpital Régional élaboré et validé	X	X	0	0,5	Hypothèses : Affectation de gestionnaires du nouvel Hôpital régional. > Le projet d'établissement de l'ancien Hôpital Sominé Dolo est en cours de révision pour adaptation au nouvel hôpital régional. Certains éléments sont en exploitation pour satisfaire les besoins nouveaux (Eg : Ressource s humaines, système d'Information Hospitalier)
Système d'information sanitaire et de gestion du nouvel Hôpital régional fonctionnels et personnel formé	X	X	0	0,3	Hypothèses : Affectation de gestionnaires du nouvel Hôpital régional. > Fonctionnement lié à la fin des travaux et la mise en service du nouvel hôpital prévu pour mars 2012.
Nombre de médecins en cours de spécialisation pour le nouvel Hôpital régional	X		0	6	Hypothèse : Accord des médecins > Six médecins étaient en cours de spécialisation. Deux ont fini leur formation en novembre 2011.
Engagement signé entre le médecin et le ministère de la santé	X		0	6	Hypothèse : Accord des médecins > il s'agit d'une condition à l'envoi en formation de spécialisation

NB :

- Le cadre logique n'a pas évolué depuis l'élaboration du PADSS. Si bien que les indicateurs n'ont pas été adaptés au contexte évolutif et actuel. Les indicateurs de base qui pourraient refléter et mesurer le contexte actuel sont ici reportés sans modification. Cependant un nouveau indicateur adapté au contexte actuel (Cf deuxième ligne) a été mentionné pour rendre compte des outputs et outcoms à

temps.

- Ce récent format de rapport annuel et les lignes directrices y afférentes étant postérieurs au démarrage du PADSS en 2004, il est convenable de définir les échelles de valeur de la plupart de ces indicateurs (0 à 1) pour les cinq premiers et de coller aux effectifs absolus observés pour les deux derniers. Différents rapport techniques pour le suivi permettent de les quantifier comme tel dans tous les cas.

4.3.2 Analyse des progrès réalisés

- Les niveaux de réalisation des indicateurs marquent une avancée significative vers la disponibilité d'un nouvel hôpital performant dans les proches mois à suivre. Sa fonctionnalité est une contribution majeure au renforcement de la couverture sanitaire et du système de santé de la région. Cette fonctionnalité est liée à la mise en place de ressources humaines de qualité, de budgets de fonctionnement conséquents, d'un système d'information hospitalier adéquat, d'une utilisation accrue des services de qualité offerts, etc.
- La disponibilité des ressources, l'engagement de toutes les parties prenantes, le suivi, la concertation, la collaboration entre les différents partenaires ont permis une bonne exécution en dépit du respect des procédures souvent longues et différentes (Chef de projet AFD basé à Paris, spécificités des procédures nationales..), les divergences de points de vues observées assez souvent.
- Pendant que des médecins sont en cours de spécialisation pour revenir servir dans les nouveaux locaux bien équipés, la SMCL a pris des décisions de recentrage du périmètre des activités du programme, son cout par rubrique, par composante ainsi que son plan de financement dont la mise en œuvre a abouti aux résultats atteints.
- Cette mise en œuvre a été faite en conformité aux procédures en vigueur (procédures nationales telle le PRODESS, celles des partenaires). Les collectivités décentralisées et autorités régionales jouent leur partition au niveau du conseil d'administration de l'hôpital régional, du plan de développement régional entre autres.
- Thèmes transversaux / environnement : les services techniques chargés de l'assainissement et de l'environnement sont acteurs à toutes les étapes et à tous les niveaux (conception, exécution, suivi, décisions, réunion mensuelle de suivi des chantiers), tous les nouveaux locaux tiennent compte de la gestion des déchets biomédicaux solides, liquides et disposeront d'incinérateurs de qualité adaptée aux normes internationales.
- Thèmes transversaux / genre : aAu niveau des structures de gestion du programme et des interventions, le genre est respecté.

4.3.3 Risques & hypothèses liés à la réalisation de l'objectif spécifique.

Risques	Niveau actuel des risques	Mesures prises pour gérer les risques
Non disponibilité des	A	Mise à disposition à temps des

ressources		ressources..
Insuffisances de ressources/surcout	B	Recadrage budgétaire. Réaménagements budgétaires internes au maître d'ouvrage et MOD
Défections des entreprises	B	Négociations. Interventions de l'Etat malien.
Travaux hors programme/Hors contrats non réalisés	B	Engagement de l'Etat Malien à les réaliser

4.3.4 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	B	En fin 2011, l'objectif est atteint à 90% ; L'intervention devra continuer pour boucler l'objectif spécifique assigné. L'objectif sera atteint en 2012 comme prévu.
Efficience	A	Ressources additionnelles pas nécessaires sur la convention.
Durabilité	B	Satisfaisante. Des dispositions restent nécessaires pour assurer le bon fonctionnement et la pérennité des structures et investissements ainsi réalisés.
Pertinence	A	L'intervention répond totalement au besoin exprimé et demande de la population.

4.3.5 Impact

Le PRODESS II prolongé comporte 7 Volets pour le Ministère de la santé et 4 volets pour le ministère du développement social, de la solidarité et des personnes âgées. L'objectif global du PADSS en 5^e région/Mopti et son objectif spécifique s'insèrent dans les volets suivants :

- Volet 1 : Accessibilité géographique aux services de santé des districts sanitaires ;
- Volet 2 : Disponibilité, qualité et gestion des ressources humaines
- Volet 4 : Amélioration de la qualité des services de santé, augmentation de la demande et lutte contre la maladie.
- Volet 6 : Reforme des établissements hospitaliers et des autres établissements de recherche
- Volet 7 : Renforcement des capacités institutionnelles et décentralisation

Soient 5 des 7 volets intéressant le Ministère de la santé et 3 des 4 volets intéressant le Ministère du développement social :

- Volet 2 : Lutte contre la pauvreté
- Volet 3 : Renforcement de la protection sociale
- Volet 4 : Renforcement institutionnel

L'évaluation finale du PADSS en 2012, l'évaluation du PRODESS, la prochaine EDSS –V en 2012 et les subséquentes détermineront en partie son impact qui sera mieux mesurable après la mise en service des structures. Dès à présent cet impact

se ressent par sa contribution à ces différents volets du PRODESS/PDDSS.

4.3.6 Leçons apprises et recommandations

Sont reprises ici les principales recommandations formulées par le CTP :

Recommandations	Source	Qui	Deadline
1. Le Comité demande au Ministère de la Santé de diligenter la signature des avenants n°3 à la convention de financement et à la convention d'exécution qui conditionne le décaissement des fonds du second semestre 2011.	4.2.1-5	SMCL	Q3-2011
2. Une réflexion doit être engagée par le Ministère de la Santé pour l'affectation du reliquat des fonds du PADSS. Une proposition doit être transmise aux partenaires fin novembre.	4.2.2	SMCL	Q4 – 2011
3. Le Comité Tripartite recommande au Ministère de la Santé et à l'AGETIER de diligenter avant le 30 novembre 2011, le remboursement des 120 millions de FCFA sur le compte A du PADSS et le versement des 480 millions FCFA à l'AGETIPE.	4.2.1-5	SMCL	Q4 - 2011

4.4 Résultat 1

4.4.1 Indicateurs

Résultat : Les services essentiels offerts à la population sont de meilleure qualité dans les zones de l'intervention					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline	Progrès année N	Commentaires
Locaux et équipements du CsRef fonctionnels	X	X	0	0,8	Hypothèses : Travaux réalisés et équipements livrés. Les locaux sont réalisés à 80%, la réception provisoire prévue pour Q1 2012. Les équipements sont en cours d'exécution fin en mars 2012..
Locaux et équipements du nouvel Hôpital régional fonctionnels	X	X	0	0,9	Hypothèses : Travaux réalisés et équipements livrés. NB : Nouvel indicateur en actualisant à l'évolution du PADSS. Le taux d'avancement/exécution globale est de 99%. La réception technique des locaux prévue le 23 décembre 2011 au plus tard pas effective due aux questions sécuritaires, la réception provisoire prévue en Q1 2012. Les équipements sont en cours d'exécution et seront réceptionnés, fonctionnels en février 2012.
Procès verbal de réception définitive des équipements du nouvel hôpital régional	X	X	0	0	Les équipements sont en cours d'exécution. La réception définitive est pour février 2012 conformément à l'Ordre de service donné en octobre 2011. Le PV de réception ne peut être disponible qu'à cette date.
Projet d'établissement du nouvel hôpital Régional élaboré et validé	X	X	0	0,5	Hypothèses : Affectation de gestionnaires du nouvel Hôpital régional. Le projet d'établissement de l'ancien Hôpital Sominé Dolo est en cours de révision pour adaptation au nouvel hôpital régional. Certains éléments sont en exploitation pour satisfaire les besoins nouveaux (Exple : Ressources humaines, système d'Information Hospitalier..)
Système d'information	X	X	0	0,3	Hypothèses : Affectation de

sanitaire et de gestion du nouvel Hôpital régional fonctionnels et personnel formé					gestionnaires du nouvel Hôpital régional. Fonctionnement lié à la fin des travaux et la mise en service du nouvel hôpital prévu pour mars 2012.
--	--	--	--	--	--

4.4.2 Bilan activités

Activités	Déroulement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1. Attribution des marchés d'équipements		X			
2. Poursuite de l'exécution des travaux de chantiers			X		Les travaux ont connu des retards et un décalage de délais.
3. Gestion financière	X				
4. Gestion des décisions de la SMCL		X			
5. Elaboration et validation du projet d'établissement du nouvel hôpital			X		Celui de l'ancien hôpital devra être actualisé et adapté au nouvel hôpital. En cours
6. Mise en place du système d'information hospitalier				X	Liée à : - La requête de financement - Mise à disposition des locaux, - Ministère de la santé
7. Réception des équipements et travaux			X		Extension de délais d'exécution et donc de réception de 2-3mois.
8. Affectation des ressources aux nouvelles infrastructures				X	Liée à : - Mise à disposition des locaux, - Ministère de la santé

4.4.3 Analyse des progrès réalisés

- La réalisation des activités sous-tend les niveaux de réalisations des indicateurs marquant ainsi une avancée significative vers la disponibilité de nouvelles infrastructures de meilleure qualité dans les proches mois à suivre, premier résultat recherché. Bien que certaines activités prévues pour l'année suivante soient attendues (réceptions...), la mise en fonction des ces infrastructures sera une contribution majeure à l'offre de services de santé (premier et deuxième niveaux) de qualité à la population de la région de Mopti. La fonctionnalité et la performance de ces infrastructures nouvelles sont liées à la mise en place des ressources humaines de qualité, des budgets de fonctionnement conséquents et d'un système d'information hospitalier adéquat, toutes choses assurant une utilisation accrue des services de qualité offerts.

- La disponibilité des ressources, l'engagement de toutes les parties prenantes, le suivi, la concertation, la collaboration entre les différents partenaires ont permis une bonne exécution en plus du respect des procédures, souvent longues et différentes (Chef de projet AFD basé à Paris, spécificités des procédures nationales..). Des efforts conséquents ont été fournis de part et d'autre afin d'aplanir les divergences constatées.
- La formation de médecins spécialistes dont certains ont terminé en fin 2011 permettra de rendre disponible du personnel qualifié pour le nouvel hôpital régional de Mopti à Sévaré. Le bénéficiaire/gouvernement du Mali envisage les mesures alternatives en attendant la fin de formation de certains. Tous cependant serviront dans les nouveaux locaux bien équipés rendus disponibles par les décisions de la SMCL et leur application. La mise en œuvre des activités a permis d'atteindre le résultat attendu.
- La mise en œuvre des activités a été faite en conformité aux procédures établies (procédures nationales telle le PRODESS, les marchés publiques, celles des partenaires) sous l'entière responsabilisation du maître d'ouvrage/ Ministère de la santé. Les collectivités décentralisées et autorités régionales sont fortement impliquées dans la mise en œuvre des activités au niveau de Mopti.

4.4.4 Risques et hypothèses

Risques	Niveau actuel des risques	Mesures prises pour gérer les risques
Non disponibilité des ressources	A	Mise à disposition à temps des ressources..
Insuffisances de ressources/surcout	B	Recadrage budgétaire. Réaménagements budgétaires internes au maître d'ouvrage et MOD
Défections des entreprises	B	Négociations. Interventions de l'Etat malien.
Travaux hors programme/ Hors contrats non réalisés	B	Engagement de l'Etat Malien à les réaliser
Dispositions non prises à temps par le Ministère de la Santé	B	Concertations. Lettres spécifiques de rappel

4.4.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	B	En fin 2011, l'objectif est atteint à 90% ; L'intervention devra continuer pour boucler l'objectif spécifique assigné. L'objectif sera atteint en 2012 comme prévu.
Efficiency	A	Ressources additionnelles pas nécessaires sur la

		convention.
Durabilité	B	Satisfaisante. Des dispositions restent nécessaires pour assurer le bon fonctionnement et la pérennité des structures et investissements ainsi réalisés.
Pertinence	A	L'intervention répond totalement au besoin exprimé et demande de la population.

4.4.6 Exécution budgétaire (Voir en Annexe 7.3)

4.4.7 Leçons apprises et recommandations

Décisions	Source	Qui	Temps	Etat
Le Comité Tripartite demande au Directeur de l'hôpital d'actualiser le chronogramme de transfert de l'hôpital et son descriptif en tenant compte de la date à laquelle l'hôpital doit être fonctionnel et de la date d'inauguration de l'hôpital et de le diffuser au membres du Comité avant le prochain CTP.	4.3.1& 4.3.2	SMCL	Q 4 - 2011	Réalisé
La DRS doit diligenter le reversement du reliquat du compte B, soit 43 378 131 FCFA sur le compte central A. La DFM devra transmettre en amont un RIB conforme à la DRS, les procédures pour permettre le reversement étant strictement interne à la DFM.	4.3.2-3	SMCL	Q4-2011/ Q1-2012	Reste à faire

Recommandations	Source	Qui	Deadline
Le Comité Tripartite recommande à l'AGETIER de chercher les sources d'économie possibles pour éviter tout gap de financement.	4.3.1	SMCL	Q3-2011 /Q1- 2012
Le Comité tripartite demande au Ministère de la Santé de diligenter la signature de l'avenant n°2 à la convention 177/2007/IP de l'AGETIER afin de permettre aux partenaires de valider les futures propositions d'attribution des marchés d'équipement.	4.3.1-4	SMCL	Q3-2011
Le Comité Tripartite demande au Ministère de la Santé de prendre les dispositions nécessaires pour préparer l'inauguration de l'Hôpital qui se fera sous la présidence du Président de la République du Mali.	4.3.4	SMCL	Q1-2012

4.5 Résultat 2

4.5.1 Indicateurs

Résultat : La région de Mopti dispose de personnel paramédical diplômé Malien et l'hôpital de Mopti de médecins spécialisés					Progrès : B
Indicateurs	E	G	Baseline	Progrès année N	Commentaires
Nombre de médecins en cours de spécialisation pour le nouvel Hôpital régional	X		0	6	Hypothèse : Accord des médecins > Six médecins étaient en cours de spécialisation dont deux ont fini en novembre 2011.
Engagement signé entre le médecin et le ministère de la santé	X		0	6	Hypothèse : Accord des médecins > Réalisé dès la mise en formation. Conditionnalité de la formation avant de commencer.

4.5.2 Bilan activités

Activités	Déroutement				Commentaires (uniquement si la valeur est -)
	++	+	+/-	-	
1. Paiement des frais annuels		X			
2. Signature d'engagements	X				

4.5.3 Analyse des progrès réalisés

- La réalisation de ces activités explique le niveau atteint pour cet indicateur de résultat marquant ainsi une avancée significative vers la disponibilité de médecins spécialisés pour le nouvel hôpital de Mopti à Sévaré deuxième résultat recherché par le PADSS pour améliorer la qualité des prestations de soins offerts dans les nouvelles infrastructures équipées en conséquence, contribuant ainsi à l'amélioration de la prise en charge des malades de la région de Mopti et de leurs pathologies. Deux médecins sur six inscrits en spécialisations ont terminé leur cycle en fin 2011. La prise en charge du reste sera assurée par le financement conjoint jusqu'au premier semestre 2012 et l'Etat malien au delà de cette période.
- La disponibilité des ressources, l'engagement de toutes les parties prenantes, le suivi, la concertation, la collaboration entre le Ministère de la Santé et les co-bailleurs du PADSS ont permis une bonne exécution en suivant les procédures notamment nationales.
- Pendant que des médecins sont en cours de spécialisation pour revenir servir dans les nouveaux locaux bien équipés, la SMCL a pris des décisions de recentrage du périmètre des activités du programme, son cout par rubrique, par composante ainsi que son plan de financement dont la mise en œuvre a abouti aux résultats atteints.
- La mise en œuvre des activités a été faite sur la base de besoins programmés partagés et en conformité avec les procédures établies (procédures nationales telles le PRODESS,

celles des partenaires et établissements de formation) sous l'entière responsabilisation du maître d'ouvrage/ Ministère de la santé. Les collectivités décentralisées et autorités régionales sont fortement responsabilisées dans la gestion des ressources humaines.

- Le genre et l'environnement sont de rigueur. Le personnel soignant veillera à la gestion des déchets biomédicaux solides, liquides et disposera d'incinérateurs de qualité adaptée aux normes internationales. Au niveau des structures de gestion du programme et de l'hôpital, le genre est respecté.

4.5.4 Risques et hypothèses

Risques	Niveau actuel des risques	Mesures prises pour gérer les risques
Non disponibilité des ressources	A	Mise à disposition à temps des ressources.
Aléas et imprévus dans les cycles et sites de formation.	B	Négociations et décision de l'Etat Malien. Engagement de l'Etat Malien.
Dispositions non prises à temps par le Ministère de la Santé.	B	Concertations. Lettres spécifiques de rappel.

4.5.5 Critères de qualité

	Score	Commentaires
Efficacité	B	En fin 2011, les activités réalisées ont permis d'avancer vers l'atteinte des résultats; Le paiement sur financement conjoint reste à faire pour le premier semestre 2012 et au delà par le Ministère de la Santé du Mali pour boucler le résultat et l'objectif spécifique assignés.
Efficiéce	A	Ressources additionnelles pas possibles sur la convention.
Durabilité	B	Des dispositions restent nécessaires pour assurer le bon fonctionnement et la pérennité des investissements ainsi réalisés.
Pertinence	A	L'intervention répond totalement au besoin.

4.5.6 Exécution budgétaire (Voir en Annexe 7.3)

4.5.7 Leçons apprises et recommandations

Décisions	Source	Qui	Temps	Etat
I. Le Comité tripartite demande que soit rajouté dans les TDR de l'expert qu'il appuiera la DRS et le directeur de l'hôpital pour autant que cela réponde au mandat de l'expert et aux objectifs du PADSS. Le CTP recommande un démarrage rapide des missions d'appui du consultant en ressources humaines dans la Vème région	4.4.1	SMCL	Q 1/Mars - 2011	Réaliser
La DRS-Mopti doit fournir aux partenaires la requête actualisée pour le besoin de	4.4.2.& 4.4.1&4.4.3	SMCL	Q1/Fév 2011	Exécuté

financement des bourses 2011-2012				
-----------------------------------	--	--	--	--

Recommandations	Source	Qui	Deadline
Le Comité Tripartite recommande à la Direction de l'Hôpital Sominé Dolo de compléter le travail de programmation des effectifs en faisant la part du besoin de personnel adressé à l'Etat et la part du besoin en personnel qui sera recruté sur les ressources propres de l'hôpital.	4.4.1.& 4.4.3	SMCL	Q3-2011
Le Comité tripartite recommande à la Direction des Ressources Humaines/Ministère de la Santé de transmettre aux membres du CTP, dans les meilleurs délais, la programmation des effectifs à mobiliser et mobilisables.	4.4.1& 4.4.3	SMCL	Q1-2012

5 Bénéficiaires

Bénéficiaires de l'intervention

Le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS)/Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social(PDDSS) de la République du Mali dispose de nouvelles structures de santé de qualité meilleure dont l'utilisation sera accrue par la population de la Vème région.

Un nouvel hôpital Régional, structure de deuxième référence, plus étoffé et adapté sera mis à disposition. Un nouvel Centre de référence est disponible au niveau du cercle de Youwarou servant de première référence. Ces nouvelles structures sont équipées conséquemment pour assurer des services de qualité meilleure. Les capacités sont renforcées par du personnel plus compétent.

Pour ce faire des médecins sont admis en spécialisation, deux ont terminé en fin 2011, quatre poursuivront en 2012, 2013, 2014. Le personnel sera renforcé en effectif et formé. Un nouveau projet d'établissement sera élaboré.

Un plan de communication validé et financé pour 34 millions de FCFA (51 832,7Euros) au cours de l'année est mis en œuvre pour accompagner le processus de transfert de l'hôpital Sominé Dolo au nouveau site. Des supports et messages de communication sont élaborés, disponibles et utilisés dans les médias au niveau national et local. Toutes choses qui contribueront à une utilisation accrue des services de santé qui seront offerts dès la mise en service en 2012 pour assurer la prise en charge des malades et de leurs pathologies.

Le PADSS est entièrement intégré au PRODESS, élaboré, exécuté et suivi sous la responsabilité du Ministère de la santé. Les trois SMCL de l'année 2011, comme toutes les précédentes, ont été organisées, tenues dans la salle de réunion du ministère de la santé et présidées par le secrétaire général du même ministère. Les collectivités décentralisées et autorités de la région de Mopti ont pris part à ces trois SMCL.

Les partenaires

L'AFD et la CTB représentées à haut niveau aux trois SMCL, ont versé aux bénéficiaires au cours de l'année 2011 les montants respectifs indiqués dans le tableau d'exécution budgétaire en annexe 7.3. Ce qui représente un taux d'exécution supérieur à 100% pour l'année 2011.

Le total de l'ensemble des versements effectués du début du PADSS à fin 2011 représente 99,9% d'exécution budgétaire de la convention. Le reliquat se chiffre à : 6346 Euros

Population Générale

A cette date l'ensemble de la population de la région de Mopti et visiteurs constatent les nouveaux édifices, leur progression et leur qualité. Leur attentes se combleront de jours en jours au regard des opinions exprimées, des informations formelles et informelles et du nombre d'observateurs anodins.

Les opinions exprimées dans les supports d'informations disponibles dans le cadre de la mise en œuvre du plan de communication l'attestent. La mise en service en 2012 renforcera l'ensemble du système de santé dans la région de Mopti en termes de couverture sanitaire de la population et de qualité des prestations.

6 Suivi des décisions prises par la SMCL

En 2011, les trois SMCLs tenues ont pris au total 75 décisions et recommandations adressées au maitre d'ouvrage/ministère de la santé et au maitre d'ouvrage délégué/AGETIER dont 31 au cours de la SMCL du 28 janvier, 25 au cours de celle du 16 juin et 19 à la dernière session du 21 octobre.

Le suivi réalisé des décisions lors des SMCLs révèle que 80% ont été exécutées entièrement, 16% sont en cours de réalisation et 4% non exécutées. Parmi ces deux dernières catégories on peut noter surtout les décisions de la dernière SMCL du 21 Octobre 2011 : les dates limites pour certaines décisions/recommandations s'étendent à 2012.

La SMCL finale du PADSS prévue pour mars 2012 permettra d'évaluer leur état d'exécution ainsi que celle en cours de la même SMCL. Avant cela leur application est suivie par les appuis techniques nationales et au niveau des Co-bailleurs AFD/CTB.

L'audit du 31 mars 2011a été réalisé. Le rapport final est toujours attendu après le feed back conjoint AFD/CTB sur le rapport provisoire. Les recommandations des audits sont en général suivies et avalisées par la SMCL.

L'audit au 30 Septembre 2011 n'a pu être exécuté en raison du retard à l'avenant au contrat KPMG pour un montant estimé à 23 millions FCFA. Il reste à faire. L'audit final est prévue au Q2 2012 (dernières dépenses 30 Juin 2012). L'évaluation finale est prévue pour Q2-2012.

7 Annexes

7.1 Cadre logique : voir page 27

7.2 Activités M&E

- SMCLs : 3 réunions de Comité Tripartite.
- Réunion mensuelle de suivies des chantiers : 12 pour chaque chantier
- Réunion mensuelle de suivi du PADSS : 12
- 1Audit
- 1Evaluation externe de l'expertise
- Rapport mensuel d'expertise : 12

7.3 Rapport « Budget versus Actuels (y – m) »

Tous les décaissements prévus sont effectués.

Au cours du 4^e trimestre 2011, la CTB a effectué les derniers décaissements suivants sur le compte A :

- 10.113.739FCFA (15 418Euros décaissés le 16 décembre 2011) correspondant au reliquat des engagements à verser au Q4 2011 en référence au CTP du 21 Octobre 2011.
- 62.173.579 FCFA soient 94 783 Euros décaissés le 27 décembre 2011 pour des besoins additionnels exprimés par le ministère de la santé suite au CTP du 21 Octobre 2011.

Ce qui explique le taux de réalisation des décaissements supérieur à 100% (106%) au cours du quatrième trimestre et de l'année 2011. Le taux d'exécution budgétaire de la convention est de 99,9% au 31 décembre 2011.

Tous ces décaissements tiennent compte de l'équilibre entre AFD et CTB et des remboursements dus par l'Etat Malien pour éviter le dépassement de la convention. Ainsi le montant du solde de la convention est de 6.346 Euros en fin décembre 2011.

En conséquence aucun autre décaissement ne sera effectué sur la convention/composante centrale et régionale jusqu' à la clôture du Projet. La date limite de versement des fonds étant fixée au 31/12/2011.

VERSEMENTS CTB

DATE	LIBELLE	CPT	FCFA	EUROS
			DEBIT	DEBIT
21/11/2005	Virement compte B PO 2005	B	36 700 000	55 949
21/11/2005	Virement compte B PRECROCEP	B	3 534 600	5 388
19/05/2006	Virement compte A (2006 semestre 1)	A	134 117 447	204 461
07/06/2006	Virement compte B PO 2006 semestre 1	B	63 158 500	96 285
15/12/2006	Virement compte A (2006 semestre 2)	A	147 000 000	224 100
17/04/2007	Virement compte B PO 2007 semestre 1	B	90 000 000	137 204
22/10/2007	Virement compte B PO 2007 semestre 2	B	109 371 163	166 735
04/12/2007	Virement compte A 2007 semestre 2	A	181 414 000	276 564

27/05/2008	Virement compte B PO 2008 semestre 1	B	62 518 413	95 309
19/06/2008	Virement compte A 2008 semestre 1	A	120 005 611	182 947
24/10/2008	Virement compte B PO 2008 semestre 2 (50%)	B	31 259 207	47 654
19/12/2008	Virement compte A semestre 2	A	125 000 000	190 561
03/03/2009	Virement compte B PO 2009 semestre 1	B	179 187 761	273 170
25/03/2009	Virement compte A 2009 semestre 1	A	475 939 414	725 565
22/10/2009	Virement compte B PO 2009 semestre 2	B	34 237 189	52 194
29/12/2009	Virement compte A 2010 semestre 1	A	369 331 222	563 042
20/09/2010	Virement compte A 2010 semestre 1 - régularisation	A	134 628 445	205 240
24/12/2010	Virement compte A 2010 semestre 2	A	1 275 808 670	1 944 958
03/03/2011	Virement Compte A	A	20 655 721	31 489
09/03/2011	Virement Compte A	A	501 361 993	764 321
26/09/2011	Virement Compte A	A	1 075 976 368	1 640 315
16/12/2011	Virement Compte A	A	10 113 739	15 418
27/12/2011	Virement Compte A	A	62 173 579	94 783
	Total des versements part CTB		5 243 493 042	7 993 654
	Solde Bancaire			

CTB	Total des versements sur le compte A	4 633 526 209	7 063 765
	Total des versements sur le compte B	609 966 833	929 888

CTB	BUDGET		8 000 000
	SOLDE DU BUDGET		6 346

L'état des dépenses est joint en annexe, pour ce projet comme pour le MLI0903011 relatif à l'assistance technique.

7.4 Planification opérationnelle Q1-2012

Les planifications financières Q1 2012 des deux projets MLI0202111 et MLI0903011 sont jointes en annexe.

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'intervention¹				
	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	
	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	Projet d'établissement élaboré et validé	HR	Affectation de	

¹ 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
		de l'HR sont préparées	Systèmes d'information sanitaire et de gestion fonctionnels et personnel formé	HR	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'Ecole 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
	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	MS/CPS	Accord des médecins
			Engagement signé	MS/CPS	

Objectifs	Résultats attendus	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
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
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				

Objectifs	Résultats attendus	Logique d'intervention	Indicateurs objectivement vérifiables	Sources de vérification	Hypothèses
		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 1.2 : 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</u> des CSCOM existants et par la relance de CSCOM <u>non fonctionnels</u> .	1. Le nombre de CSCOM réhabilités (et dotés en équipements complémentaires) par zone de pauvreté. 2. Le nombre de CSCOM relancés (PMA), sur le nombre de CSCOM non fonctionnels (%).
5	L'accessibilité géographique en soins de 1re référence a amélioré par la disponibilité d'un <u>plateau technique approprié</u> au niveau des CSREF, y compris la chirurgie d'urgence	Le pourcentage de cercles, où le CSREF offre un plateau technique selon les normes.
6	L'accessibilité géographique en soins de 1re référence a améliorée à travers la mise en place et perfectionnement des <u>systèmes de (contre)référence</u> et d'évacuation.	Le pourcentage de cercles ou un système d'évacuation/ référence fonctionne (critère : communication, transport, prise en charge financier, continuité des soins et documentation)

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

Des médecins et des infirmiers diplômés d'état sont installés dans des CSCom nouveaux ou existants	Evolution du nombre de médecins / IDE en poste dans les CSCom	DRS/SS/CSREF/AC	0	0	5	7	5 médecins en 2008 et 7 en 2009
	Taux de fréquentation des CSCom nouvellement créés	Méd /CPM/ASACO	0	0	0.23		Taux CC : 0.23 NC/an/hbt en moyenne (Konna : 0..29 ; Boré : 0.17 ; Sofara : 0.24 ; 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/ASACO	1525	1656	1776		Ce sont les patients référés des CSCom aux CSREF
	Evolution du nombre de césariennes réalisées	CSREF/Comité gestion	761	876	996		Ce sont les césariennes réalisées sur les sept districts sanitaires sur huit
Les personnels des CSCom sont formés au diagnostic précoce des complications de l'accouchement et à leur transfert par les équipes des CSREF (voir aussi...)	Nombre de supervisions de chaque CSREF dans les CSCom du cercle	ECD/CPM	243	289	264		Ces chiffres représentent le nombre de supervisions réalisées en moyenne dans les CSCom fonctionnels : CSCom en 2006 (123) ; en 2007 (128) ; en 2008 (132)
	% de personnels des CSCom en stages dans les CSREF	MC/DRS/HR	100%	100%	101%		Tous les agents de santé des CSCom retenus dans les PO pour les formations ont bénéficié de stage dans les CSREF.
	Evolution du nombre d'accouchements compliqués transférés	CPM/MC/Comité Gestion	300	341	390		Ce sont des accouchements évacués des CSCom aux CSREF par an

Les équipes des centres de santé de référence de la région sont mieux en mesure de prendre en charge les références, en particulier les accouchements compliqués et les césariennes	Nombre de supervisions réalisées par anesthésiste et gynécologue de l'hôpital régional dans chaque CSREF	Équipe HR/CSREF	0	2/2	1/2		Deux supervisions sur deux prévues ont été réalisées en 2007 et une sur deux réalisée en 2008.
	% de médecins, de sages femmes et d'infirmiers anesthésiste ayant été en stage à l'HR.	DRS/HR/CSREF/AC	0	5/7 (71%)	5/5(100%)	24 /24(100%)	Au 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</u> de formation (publiques et privées) est suffisante pour couvrir les besoins du système de santé, notamment dans les zones de pauvreté.	La capacité totale de l'ensemble des écoles de santé en nombre de diplômés/catégorie par an par rapport aux besoins
4	Les formations continues sont pertinentes et mieux coordonnées : l'impact des formations/recyclages est systématiquement évalué et les modules sont révisés selon les besoins	Nombre d'agents formés et évalué sur le lieu de travail. % de formations non programmées (PO annuel au niveau central pour la formation continue) mais effectuées.
5	Le <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
Les équipes techniques des CSCom sont formés en prescription rationnelle de	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.

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Responsables	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
médicaments essentiels (ME)	Coût moyen de l'ordonnance dans les CCom	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	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	Organisation de l'Assemblée Générale annuelle						

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Responsables	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
représentatives et fonctionnelles	Nombre de réunions du Conseil de gestion	SDSESC/FELASCOM/Comité gestion	16	16	16		Le conseil de gestion du cercle se réunit deux fois par an.
	Nombre de réunions du Comité de gestion		738	768	792		Le comité de gestion de l'ASACO se réunit une fois par mois statutairement.
Des dossiers de subventionnement sont soumis par les structures sanitaires aux CT ou à l'Etat	Nombre de dossiers déposés						
	Nombre de structures sanitaires bénéficiant de subventions dans le cadre de contrats de performance						

VOLET 6 : REFORME DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET DES AUTRES ETABLISSEMENTS DE RECHERCHE

EFFET SPECIFIQUE

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

Les établissements spécialisés, y compris les institutions de recherche, concourent à l'amélioration de l'état de santé des populations, notamment des pauvres, par la mise en oeuvre de leur plan d'action.

INDICATEURS

Taux de réalisation des plans d'action

Taux de mortalité intra hospitalière

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

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

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

Logique d'intervention du PADSS	Indicateurs objectivement vérifiables (IOV)	Resp.	Degré de réalisation des IOV				Observations
			2006	2007	2008	2009	
							par l'équipe de la CPS/Santé en 2008.
Les locaux et les équipements de l'hôpital régional de Sévaré sont fonctionnels et répondent aux standards fixés par le Ministère de la santé pour un hôpital régional.	Procès verbal de réception définitive des équipements	MS/AGETIERE	X	X	X	X	Nouvel Hôpital qui sera réceptionné en 2011. Néanmoins l'HSD de Mopti a bénéficié des équipements médicaux et chirurgicaux en 2006, 2007, 2008 et 2009.
	Formation d'un électricien à l'Hôpital de St Malo	PTF/HR					La formation n'a pas été financée.
Les équipes des CSREF de la région sont mieux en mesure de prendre en charge les références, en particulier les accouchements compliqués et les césariennes.	Nombre de supervisions réalisées par anesthésie et gynécologue de l'hôpital régional dans chaque cercle.	HSD/ECD	0	2/2	1/2	1/2	Il a été prévu dans les PO de l'HSD deux supervisions dans l'année
	% de médecins, de sages-femmes et d'infirmiers anesthésistes ayant été en stage à l'hôpital régional	DRS/HSD/AC/CSREF	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						
	Rapport d'évaluation						Cette partie a été prise en compte par les formations continues des agents de CSREF à l'HSD et les supervisions de l'AC et les audits.
Les projets des associations sont financés par un fonds d'appui mis en place.	Nombre d'appels d'offres lancés	DRDSES					Les recommandations formulées par l'étude LETOURMY/BOCOUM ont conduit à l'abandon de financement des associations.
	Nombre de projets financés						
	Rapport d'évaluation des projets	DAF					
	Bilan d'utilisation des fonds						

