

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

CELLULE DE PLANIFICATION
ET DE STATISTIQUE

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple - Un But - Une Foi



PLAN DECENNAL DE DEVELOPPEMENT SANITAIRE ET SOCIAL 1998 -2007

(PDDSS)



PRELIMINAIRE

Le 15 décembre 1990, le Gouvernement de la République du Mali a adopté une Politique sectorielle de santé et de population, ambitionnant de résoudre les problèmes prioritaires de santé du pays. En 1993, il a défini une nouvelle politique de solidarité pour lutter contre toutes les formes d'exclusion et de marginalisation en vue d'une plus grande justice et d'un meilleur partage. Ces deux politiques ont constitué le cadre de référence de l'ensemble des projets et programmes de développement socio-sanitaire exécutés au cours de ces dernières années.

1. Les éléments de politique:

i. La politique sectorielle de santé.

La politique sectorielle de santé et de population se fonde sur les principes des soins de santé primaires et de l'initiative de Bamako. Ces principaux objectifs sont axés sur l'amélioration de la santé des populations, l'extension de la couverture sanitaire, la recherche d'une plus grande viabilité et de performance du système de santé. Pour atteindre ces objectifs, les stratégies suivantes ont été énoncées :

- a.) La différenciation des rôles et missions des différents échelons du système de santé. Celle-ci consiste à faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle.**
- b.) La garantie de la disponibilité et de l'accessibilité du médicament essentiel, la rationalisation de la distribution et de la prescription grâce à la mise en œuvre de la réforme du secteur pharmaceutique.**
- c.) La participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système de santé y compris le recouvrement des coûts et l'optimisation de leur utilisation.**
- d.) La promotion d'un secteur privé dynamique et communautaire complémentaires du système public.**

ii. Politique de Solidarité

Dans le domaine de la solidarité, les stratégies proposées portent sur une meilleure orientation des moyens de l'Etat sous forme d'aide et d'assistance au développement des programmes de promotion des personnes handicapées, de protection sociale de l'enfance et de lutte contre la pauvreté. L'Etat partage ces missions avec les fondations, les associations de bienfaisances et certaines municipalités.

Quant aux personnes âgées, un programme national a été élaboré pour prévenir la dégradation de leur statut socio-économique et lutter contre les injustices sociales dont elles sont l'objet. Ces stratégies devraient contribuer à atténuer les phénomènes d'exclusion, à réduire la fracture sociale par la création des conditions d'un accès équitable de tous aux services par le financement d'activités génératrices de revenus et la promotion d'actions d'aide par le travail pour les personnes les plus démunies.

S'il est de notoriété que la lutte contre la pauvreté requiert le concours de tous les secteurs d'activités du pays, celui du Ministère de la Santé, des Personnes Agées et de la Solidarité demeure capital car l'ensemble des actions entreprises dans ce département représente autant de stratégies de lutte contre ce fléau universel.

2. Les premiers résultats de la mise en œuvre des politiques sectorielles :

i. Santé et Population :

a. L'extension de la couverture sanitaire de premier niveau :

Le principe consiste à créer dans chaque aire de santé une unité de soins capable de fournir un paquet d'activités de qualité. L'aire regroupe une masse critique de population comprise entre 5000 et 10.000 habitants dans un rayon de 15 km, effectif sensé garantir la viabilité du centre de santé.

Le développement de la couverture implique les Associations de Santé Communautaire (ASACO), qui ont en charge la création des Centres de Santé Communautaires (CSCOM). La revitalisation des anciens Centres de Santé d'Arrondissement (CSA-R) est partie intégrante du programme d'extension de la couverture. Elle est complétée par une communautaire gestion.

b. L'offre de paquet minimum d'activité (PMA) :

Dans le cadre de l'amélioration de leur performance, tous les CSA-R/CSCOM devaient être en mesure d'offrir une gamme complète d'activités contenues dans le PMA. La mise en place du PMA et l'organisation des services ont permis d'atteindre certains résultats qui montrent à suffisance la portée de cette réforme, mais aussi ses limites.

Si dans les principes le PMA comporte des activités curatives, préventives et promotionnelles, force est de constater que les ASACO n'ont mené que très peu d'actions de promotion pour la santé.

La viabilité des CSCOM a été au centre du développement du système de santé périphérique.

c. La participation communautaire :

L'arrêté Interministériel N°-94-5092/MSSPA-MFC-MATS a fixé les conditions de créations et les modalités de fonctionnement et de gestion des centres de santé de 1^{er} échelon et de première référence.

Le retard pris dans la définition du cadre réglementaire qui devrait clarifier les conditions de création et les responsabilités de l'Etat et des communautés a entraîné la prolifération de centres non conformes. La faible capacité de gestion des communautés et les difficultés éprouvées pour mieux impliquer les femmes à cette dynamique ont contribué à ralentir la dynamique.

d. Le développement du premier niveau de Référence : le CSC-REF :

Conformément aux principes de différenciation des missions entre les différents niveaux, et de la gestion rationnelle et efficiente des ressources, il a été retenu de séparer la gestion des centres de santé d'arrondissement du chef lieu de cercle, de celle du CSC, structure de référence. Dans cette perspective, les hôpitaux secondaires implantés au niveau de certains cercles sont considérés comme des structures de première référence.

e. Activités de soutien et d'appui des échelons supérieurs :

L'administration sanitaire régionale est chargée d'apporter l'appui aux équipes de cercles, dans ce cadre, elle a mandat de les aider à accomplir les conditions d'éligibilité des communautés candidates et à mettre en place leur plan de développement sanitaire.

f. Le Secteur Pharmaceutique :

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sectorielle, une liste de 254 produits essentiels devait être rendue accessible, géographiquement et financièrement. Pour soutenir cette politique, il a fallu mettre en place des structures adaptées tel que le Laboratoire National de Santé, l'Unité de Gestion des Médicaments Essentiels et l'Inspection de la Santé et de l'Action Sociale.

La PPM a mis en place son Unité de Gestion des Médicaments Essentiels (UGME). Elle assure la disponibilité au niveau de ses magasins régionaux à partir desquels s'approvisionnent les dépôts répartiteurs des cercles et hôpitaux.

En matière de développement de la pharmacopée traditionnelle, les médicaments traditionnels améliorés ont été produits par le Département de la Médecine Traditionnelle de l'INRSP et mis en vente. Les herboristeries et les unités de production des médicaments traditionnels améliorés sont actuellement autorisées.

Fort de ces avancées, le MSPAS a mis en place une commission nationale, regroupant les représentations des trois secteurs (Public, Privé et Communautaire), les Ordres Professionnels de la Santé et les Syndicats, pour définir une politique pharmaceutique nationale qui devra s'inscrire dans le cadre du nouveau plan décennal.

g. Le renforcement des formations sanitaires publiques et communautaires :

* *Les ressources humaines.*

Pour corriger les disparités dans la répartition du personnel, un mouvement de redéploiement du personnel appartenant à l'administration sanitaire a été fait. Il a fallu cependant, compléter cette mesure par la réalisation d'un programme de recrutement qui a permis d'accroître les effectifs.

A ces efforts du gouvernement, il faut ajouter ceux des communautés qui ont recruté pour le réseau des structures de santé communautaires.

* **Equipement :**

- L'adoption de liste type d'équipements (Kits), par niveau de formation sanitaire pour l'harmonisation des plateaux techniques en fonction des activités afin de faire jouer efficacement le système de référence.
- La modernisation des équipements des formations sanitaires à tous les niveaux.

* **Logistique :**

L'objectif de doter les cercles de deux véhicules a pu être atteint sauf dans certains cercles du Nord. Ces acquisitions posent aujourd'hui le problème des coûts récurrents et de leur renouvellement.

h. Le Secteur Hospitalier :

Avec le développement du premier niveau de référence au CSC, il était attendu que les hôpitaux développent les fonctions de référence secondaire et tertiaire. Aussi les résultats des expériences d'autonomie de gestion dans les hôpitaux nationaux et à l'Hôpital régional de Ségou devaient aider à la formulation d'une politique hospitalière s'articulant autour des axes suivants :

- Le renforcement de leur autonomie et de leur capacité de gestion en les érigeant en

Etablissements Publics à caractère Administratif (EPA) ;

- le développement des fonctions de formation et de recherche ;
- l'amélioration de la qualité des prestations de service.

Malgré ces efforts, le secteur hospitalier a besoin d'une véritable réforme de fond pour lui donner la place qui lui revient dans le développement du système de santé.

i. Le secteur Privé :

Après l'adoption de la Loi N° 85-41/AN-RM du 22 juin 1985. La promotion du secteur privé, considérée comme une des composantes prioritaires du développement du système de santé a connu un essor, mais n'a pas encore atteint le niveau qui devra être le sien dans le système national de santé.

ii. Action Sociale :

Sous l'appellation de réadaptation à base communautaire (RBC), des programmes de réinsertion ont été initiés dont l'objectif principal est de faire en sorte que les personnes handicapées puissent développer au maximum leurs aptitudes physiques et mentales. Qu'elles aient accès aux services ordinaires et soient mieux intégrées dans leur famille et leur communauté. Les activités de prévention, de rééducation et d'appareillage, d'aide sociale, de formation professionnelle constituent les principales composantes de ce programme.

Des mesures institutionnelles ont également été prises pour accompagner ce programme notamment :

- la restructuration de la D.N.A.S avec la création d'une division chargée des personnes handicapées ;
- la mise en place de nouveaux organes de la Fédération Malienne des Associations pour Personnes Handicapées (FEMAPH) ;
- l'élaboration d'un projet de Code de Protection Sociale qui constitue le cadre juridique de la politique d'orientation et de prise en charge des personnes handicapées.

En ce qui concerne la protection sociale de l'enfance, les actions qui ont été entreprises ont porté essentiellement sur une meilleure organisation de l'accueil et du placement des enfants abandonnés et en détresse, les actions éducatives en milieu ouvert en faveur des enfants en circonstance difficile et leur participation à la prise en charge de leurs problèmes.

Les actions menées dans ce sens s'inscrivent pour l'essentiel, dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'Action National pour la Survie, le Développement et la Protection de l'enfant adopté en novembre 1992 par le Gouvernement.

S'agissant des personnes âgées, des actions importantes ont été menées dans le sens de la lutte contre leur exclusion notamment en matière de protection sanitaire. C'est dans ce cadre qu'a été adopté le Décret N° 95-368/PGRM du 13 octobre 1995 fixant le tarif des actes et des prestations en faveur des personnes âgées dans les institutions de diagnostic, de soins et d'hospitalisation de l'Etat.

Dans le domaine de la protection sociale, les mutuelles constituent un pas important dans l'émergence de mécanismes nouveaux de prévoyance sociale et une source de

financement dont l'impact peut être décisif dans l'accès aux soins de leurs adhérents.

Bien des efforts ont été fournis dans le sens de la concrétisation de ces politiques ; ce qui a permis d'atteindre des résultats forts encourageants dont les plus importants ont été énumérés. Il s'agit à présent de consolider ces acquis, de les compléter au besoin notamment pour ce qui concerne le secteur hospitalier, la formation du personnel, la recherche, la protection sociale, et la participation communautaire, les questions de genre. Ce sont ces éléments qui ont servi comme point de départ au développement du PDDSS 1998 – 2007.

I. INTRODUCTION :

De l'Indépendance à nos jours, le Mali a connu deux Plans Décennaux de Développement Sanitaire, celui de 1966 à 1976 et celui de 1981 à 1990. Si au cours du premier plan, le financement a été entièrement réalisé par l'Etat, le second a été exécuté avec une légère ouverture vers la participation des populations à la prise en charge de leurs problèmes de santé, le 3^{ème} plan, celui de 1998–2007 coïncide avec la fin du deuxième millénaire et le début du troisième. Il intervient à un moment où le Mali a entrepris de consolider sa démocratie pour répondre aux aspirations légitimes d'un peuple qui a besoin de plus de bien-être et de liberté.

Le siècle qui s'achève a été caractérisé dans le cadre de la lutte contre la maladie par d'importants progrès scientifiques et technologiques dans le domaine des sciences médicales et des disciplines connexes. Ces progrès ont permis un recul considérable de la morbidité et de la mortalité dans les pays industrialisés, les pays en voie de développement tels que le nôtre en ont moins profité. Au moment où le présent plan est en préparation, une revue internationale de la situation des pays par rapport aux objectifs du développement humain durable dans le monde indique que notre pays se classe parmi les dix derniers. L'enquête démographique et de santé du Mali (II) a surpris en révélant des chiffres inattendus sur l'état de santé des populations, malgré les efforts de développement sanitaire consentis au cours de ces dernières années par les pouvoirs publics. La situation décrite est inacceptable. Il n'est pas normal que les populations maliennes ne puissent pas bénéficier des fruits de la recherche et des progrès accumulés. Le présent plan a été conçu pour inverser les tendances observées, faire bénéficier aux populations les progrès universels et leur garantir ainsi le meilleur partage.

Ainsi pour les dix prochaines années, les conditions seront réunies pour permettre à chaque citoyen quel que soit son lieu de résidence et son revenu, d'accéder à un service de santé situé à moins de 15 kilomètres capable de prendre en charge ses problèmes de santé ou le cas échéant de le référer.

Notre pays sera débarrassé des principales maladies vulnérables aujourd'hui grâce aux technologies médicales et disciplines connexes. Il disposera pour cela d'une pyramide sanitaire capable d'apporter des réponses endogènes à des coûts abordables à la majeure partie des problèmes de santé qui se poseront aux citoyens.

Des actions énergiques et soutenues seront initiées pour éviter à des milliers de femmes de succomber des suites de grossesses mal suivies ou mal assistées dans leurs phases critiques.

Les meilleures conditions d'existence, d'éducation et de santé seront garanties aux jeunes, espoirs de demain. Le système de santé sera suffisamment à leur écoute, et organisera la prise en charge de leurs problèmes de santé.

L'environnement sera préservé et en même temps assaini pour réduire de manière significative la prolifération de nuisances susceptibles de favoriser les problèmes majeurs de santé.

Une attention particulière sera accordée aux maladies en voie d'émergence, conséquence de l'industrialisation, de l'urbanisation et des migrations, de l'augmentation de l'espérance de vie, des changements d'habitudes, afin qu'elles ne se substituent au profil épidémiologique actuel.

La lutte contre les principales causes des malnutritions, dont il faut reconnaître l'ampleur aujourd'hui, constituera une priorité.

Notre capacité à réagir face aux épidémies et catastrophes sera renforcée en dotant

le système de santé de moyens d'intervention rapide.

La lutte contre la pauvreté conformément au plan d'action nationale y afférent constituera un élément important pour les dix prochaines années.

La prise en compte du concept genre notamment l'attribution aux hommes et aux femmes des rôles, des responsabilités et des espérances, approche nécessaire dans tout système de développement deviendra une priorité.

La stabilisation de la famille sera une préoccupation centrale. Elle sera réalisée grâce à l'amélioration de ses conditions d'existence et à la préservation des droits de ses membres notamment les plus vulnérables.

La solidarité sera concrétisée en particulier pour les groupes moins favorisés par l'accès aux soins et à un mieux-être d'une manière générale. Egalement, les chances seront offertes aux plus démunis pour émerger de leur situation de détresse par la promotion de crédits et de mécanismes de financement souples dont l'accessibilité leur sera garantie.

Une protection plus accrue de la population par l'extension de la couverture des mécanismes de solidarité tels que les mutuelles et l'instauration d'une assurance maladie obligatoire sera une des ambitions pour la prochaine décennie.

Les populations seront de plus en plus responsabilisées et impliquées dans la promotion de leur santé, à travers une participation à l'effort de planification, de gestion et de financement du système de santé et ceci dans le cadre général de la décentralisation.

Une meilleure « gouvernance » des services publics sera un des objectifs prioritaires. Elle va requérir de la part des cadres, une plus grande disponibilité vis-à-vis des usagers et une formation judicieuse de ces derniers.

Les efforts entrepris par le Mali depuis 1991 pour la modernisation de son administration se situent dans ce cadre.

La décentralisation constitue une étape essentielle dans l'approfondissement de la démocratie. Sa mise en œuvre apportera sans doute un changement significatif dans la vie quotidienne des maliens. Elle offre les moyens aux populations de participer à la gestion de leurs problèmes et favorise les initiatives créatrices des associations et des populations pour l'amélioration de leur condition socio-économique.

Le secteur de la santé a joué un rôle de pionniers dans la décentralisation en faisant participer les populations à la gestion de leurs problèmes socio-sanitaires. En effet, les équipes socio-sanitaire de cercle ont géré leur service de santé avec la participation des représentants des populations regroupés au sein des conseils de gestion et ont élaboré avec leur appui les PDSC de leur circonscription. L'organisation des populations en association de santé communautaire (ASACO), couvrant des espaces définis par une carte sanitaire dynamique a constitué un acquis important pour la responsabilisation des populations. Cette dynamique sera complétée bientôt par le développement d'initiatives de type mutualiste.

Le système de santé sera caractérisé par une synergie d'action et une grande complémentarité entre les secteurs publics, privé lucratif et non lucratif (communautaire).

Un engagement plus important sera demandé à la société civile aux denses réseaux d'ONG et d'Associations qui ont joué, au cours des années passées, un rôle appréciable dans la mise en œuvre de la politique sectorielle. Le savoir-faire accumulé au cours de ces dernières années par ceux-ci sera mis à profit pour accroître les performances du

système de santé.

La valorisation des professions de santé sera une priorité. Elle consistera en l'amélioration du cadre de travail, et de l'image des personnels de santé. Un système de rémunération graduelle du personnel socio-sanitaire compatible avec les ressources du pays sera envisagé. Cette vision est une concrétisation des changements amorcés grâce à la mise en œuvre de la politique sectorielle au cours de ces dernières années, qui associée à une approche genre, permettra d'avoir l'évolution future souhaitée de la situation sanitaire et sociale.

II. LOGIQUE DU PLAN :

Le présent Plan-Directeur constitue un cadre cohérent et consensuel du développement sanitaire sur un horizon de dix ans, dans lequel se reconnaissent tous les partenaires intervenant dans son financement et sa mise en œuvre. Il est la concrétisation de la vision précédemment annoncée et l'aboutissement d'une réflexion prospective touchant toutes les préoccupations actuelles ou prévisibles en matière de santé et de protection sociale. Conduit avec la participation de tous les acteurs, il doit servir de cadre d'intervention à tous les partenaires du secteur de la santé et de l'action sociale.

Ce plan s'inscrit dans le cadre d'une nouvelle démarche basée sur l'approche programme qui, contrairement à l'approche projet, est plus globale, plus intégrée et vise un développement harmonieux durable du secteur de la santé et de l'action sociale par des structures pérennes. Il prolonge les politiques sectorielles du département de la santé, et permet de consolider les acquis en tenant compte des préoccupations émergentes telles que l'approche genre, le développement du secteur hospitalier, et la lutte contre la pauvreté.

Il s'appuie sur une carte sanitaire élaborée dans le but d'harmoniser et de rationaliser le développement des services sur l'ensemble du territoire.

Les plans décentralisés seront d'actualité compte tenu du contexte de la décentralisation territoriale. Ils prolongent ce plan directeur qui leur sert de support d'élaboration.

La planification du secteur des hôpitaux s'appuiera sur un schéma-directeur hospitalier. Chaque hôpital élaborera également son projet d'établissement.

Durant toute son élaboration, la faisabilité technique, financière et institutionnelle des options stratégiques définies a fait l'objet de réflexion approfondie pour garantir au plan les meilleures chances de réussite.

Sa mise en œuvre cohérente dépendra cependant de la disponibilité à temps des ressources requises et la mise en place d'un environnement institutionnel adéquat. C'est pourquoi, ces éléments seront au cœur de l'élaboration du programme sectoriel d'investissement.

III. ANALYSE DE LA SITUATION SOCIO-SANITAIRE DU MALI :

1. Contexte Général :

1.1. Présentation géographique :

Pays sahélien, situé au centre de l'Afrique de l'Ouest, le Mali connaît le handicap de n'avoir aucun accès à la mer. Sa superficie qui est de 1.241.238 km² en fait un des pays les plus vastes de la région et qui partage ses frontières avec sept pays :

- . l'Algérie au Nord ;
- . la Mauritanie au nord-ouest ;
- . le Sénégal à l'ouest ;
- . la Guinée-Conakry au sud-ouest ;
- . la Côte d'Ivoire au sud ;
- . le Burkina au sud-est ;
- . le Niger à l'Est.

Le Mali est partagé en trois grandes zones climatiques du sud au nord : la zone soudanienne et soudano-Guinéenne, qui occupe 25% de sa superficie, la zone sahélienne qui compose la moitié du territoire et le désert saharien qui couvre 25% de sa superficie.

La pluviométrie diminue du sud au nord allant de 1300 mm en zone Soudano-Guinéenne à moins de 200mm en zone sahélienne.

A l'enclavement externe, il convient d'ajouter celui, interne, lié à la faiblesse des infrastructures de communication. En effet le réseau routier est très insuffisant; le fleuve Niger qui est navigable par tronçon n'est praticable par les gros chalands que de juillet à décembre sur le bief principal Koulikoro-Gao.

Le relief est peu accidenté. Le pays est arrosé par deux grands fleuves (Niger et Sénégal) et leurs affluents.

Les périodes de sécheresses que le Mali a connu au cours des deux dernières décennies ont soumis à rude épreuves les systèmes de production et modes de vie des populations vivant dans les zones sahélo-sahariennes et ont mis à nu l'extrême fragilité de l'écosystème dans ces zones.

Les systèmes de production ruraux contribuent à la dégradation continue des ressources naturelles, si aucune mesure spécifique visant la protection de l'environnement et la restauration des potentiels productifs des sols n'est prise.

1.2. Situation politique :

Dès son accession à l'indépendance en 1960 après une longue période coloniale, le Mali s'est engagé dans l'édification d'un régime de type démocratie populaire fondé sur un Parti Unique de fait, l'Union Soudanaise RDA caractérisé par l'omniprésence de l'Etat dans toutes les sphères d'activité de la vie nationale. Cette période fut marquée par une restriction des libertés individuelles, une absence du rôle du secteur privé dans l'économie, l'expansion des secteurs publics et para-public et le recul de la production nationale principalement agricole. Les mécontentements qui ont suivi ont conduit à un coup d'état militaire qui porta au pouvoir de jeunes officiers.

Ces derniers ont conduit le processus de retour à une vie constitutionnelle normale mais dans le cadre d'un régime de Parti Unique constitutionnel après dix ans de pouvoir militaire. L'Union Démocratique du Peuple Malien a été créé et a assumé la responsabilité politique de la gestion du Pays. Cette période a connu la mauvaise gestion du secteur public, l'exacerbation des déséquilibres internes et externes, entraînant l'incapacité pour l'Etat de faire face à ces obligations minimales telles que le paiement régulier des salaires et du service de la dette.

Le recours aux programmes de stabilisation macro-économique puis d'ajustement structurel avec le concours des Institutions de Bretton Woods a permis d'améliorer la gestion des ressources publiques mais au prix d'une déflation des effectifs des secteurs publics et para-publics. Les mécontentements qui en ont résulté et les revendications pour plus de liberté et de démocratie auxquels le régime est resté sourd ont entraîné un soulèvement populaire conduisant à la chute de la deuxième République le 26 mars 1991.

Une période de transition, d'une durée de quatorze mois, sous la Direction du Comité de Transition pour le Salut du Peuple dirigé par le Lieutenant Colonel Amadou Toumani Touré, a permis de restaurer la paix et la quiétude dans les villes et campagnes après la période d'agitations, de signer le Pacte National avec la rébellion arabo-touarègue, d'élaborer et de faire adopter par le référendum du 12 janvier 1992 une nouvelle Constitution instaurant le multipartisme intégral et un régime semi-présidentiel. Cette période a vu l'organisation des premières élections pluralistes au Mali permettant ainsi la mise en place des Institutions Républicaines. A l'heure actuelle, seul le Haut Conseil des Collectivités n'est pas encore mis en place.

Le renouvellement des mandats au terme des cinq années de la première législature de la troisième République a connu des problèmes à cause de la mauvaise organisation des élections entraînant leur boycott par les principaux Partis de l'Opposition. Le Président KONARE a cependant été réélu le 11 mai pour un second et dernier mandat de cinq ans et les élections législatives des 20 juillet et 3 août 1997 ont permis la mise en place de la nouvelle assemblée nationale avec une confortable majorité pour le Parti au pouvoir (130 députés sur 147).

1.3. Aspects Institutionnels :

La troisième République a mis en chantier une importante réforme qui changera radicalement la manière de gérer les affaires publiques . Il s'agit de la Décentralisation qui consiste à transférer responsabilités et pouvoirs de l'Etat central aux collectivités territoriales pour les affaires qui les concernent. Il s'agit d'un processus qui a connu une longue évolution depuis l'époque coloniale à la fin de laquelle 13 communes urbaines existaient déjà. La volonté maintes fois affirmée de transformer les circonscriptions administratives en collectivités territoriales n'avait jamais pu être concrétisée auparavant.

D'ores et déjà, le cadre réglementaire de la Décentralisation existe et le découpage des communes rurales et urbaines est réalisé. En effet la loi n°93-008 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales a créé les collectivités territoriales suivantes : les régions, le district de Bamako, les cercles, les communes rurales et les communes urbaines. Elle définit leurs missions leur mode d'administration, leurs ressources et leur rapport avec la tutelle. La loi n°95-034 portant code des collectivités territoriales en République du Mali définit les institutions des collectivités territoriales, leur domaines de compétences et leur règles de fonctionnement. Les élections à venir permettront la mise en place des conseils municipaux dans les 701 communes rurales et urbaines du pays et plus tard des conseils de cercle et des assemblées régionales. La décentralisation pose d'ores et déjà le problème du partage des responsabilités entre l'Etat et les Collectivités Territoriales dans la mission de protection sanitaire de la population et de gestion des services de santé.

En effet la loi n°95-034 portant code des collectivités territoriales en République du Mali stipule que leurs organes exécutifs délibèrent sur, entre autres la politique de création et de gestion des équipements collectifs dont les services de santé.

Il conviendra alors de recentrer le rôle de l'Etat par rapport à cette évolution en définissant clairement le statut des formations sanitaires et en répartissant les rôles entre le Département et les collectivités territoriales en ce qui concerne l'administration de ces formations sanitaires, la gestion des personnels et des ressources matérielles et financières affectées à la santé. Le secteur de la santé avait largement responsabilisé les communautés dans la réalisation et la prise en charge du premier échelon de contact entre les populations et le service de santé, les Centres de Santé Communautaire (CSCOM) à travers une approche de contractualisation entre l'Etat et des Associations de Santé Communautaire (ASACO).

En effet par une Convention passée entre l'Etat et une ASACO, des engagements sont pris en vue de la participation de chacune des parties à la réalisation d'un CSCOM. l'Etat prend en charge 75% du coût des travaux de génie civil et la totalité du coût de l'équipement, l'ASACO prenant en charge les 25% du coût de l'infrastructure. En tant que personne morale de droit privé, l'ASACO recrute son personnel et gère le CSCOM comme son bien privé avec toutefois des obligations de service public.

La mise en place effective des Communes rurales exigera sans doute une relecture des textes régissant cette formule de contractualisation de manière à permettre aux collectivités territoriales décentralisées d'assumer pleinement leur responsabilité. l'Etat devra certainement déléguer aux Communes, ses pouvoirs en ce qui concerne l'établissement de la Convention d'assistance mutuelle à passer avec les ASACO en fonction des compétences qui leur sont dévolues dans le cadre de la Décentralisation. On peut aussi imaginer que des centres de santé communaux puissent voir le jour là où l'approche de la contractualisation ne peut être appliquée.

1.4. Situation socio-démographique :

Le dernier recensement général de la population du Mali date de 1987 et avait dénombré 7,696 millions de résidents ; le taux d'accroissement naturel s'élevait à 3,7% alors que la population résidente s'est accrue au taux annuel moyen de 1,81% ce qui dénote une forte émigration. Sur la base du scénario II des projections réalisées par la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique, la population résidente malienne se situerait aux alentours de 9.190.846 en 1996. Elle sera de 10.030.276 en l'an 2000 et de 16.777.941 en l'an 2020 si les tendances actuelles se maintenaient sur toute la période.

Tableau n°1 : Répartition de la population malienne par région administrative (année 1996)

Régions	Kayes	KKoro	Siko	Ségou	Mopti	Tbtou	Gao ,Kidal	Bko	Total
Population	1286972	1443316	1699437	1623473	1481331	515300	431465	809552	9190846
%Pop.totale	14,0	15,7	19,4	17,7	16,1	5,6	5,7	8,8	100,0
Superficie (km2)	120760	90120	71790	60947	79017	497926	321996	267	1242823
%superficie	9,72	7,25	5,78	4,90	6,36	40,06	25,91	0,02	100,0

Source : DNSI projections pour 1996

L'enquête démographique et de santé réalisée en 1995-1996 a permis d'actualiser

certain indicateurs démographiques. Ainsi :

- la densité de population s'élève à 7,2 hbt/km² ;
- le taux d'accroissement naturel est de 2,9 % ;
- le taux de mortalité infantile est de 122,5 /1000.

Le Mali n'a pas encore réalisé sa transition démographique car l'Indice Synthétique de Fécondité demeure l'un des plus élevés du monde (6,7) alors que le taux de mortalité a connu une baisse sensible entraînant une forte croissance de la population.

La faiblesse de sa densité masque le contraste entre la partie nord du pays peu peuplée (360.000 hbts sur une superficie de 690.000km²) et le sud qui concentre 8,6 millions d'habitants sur 550.000km². A l'intérieur de cette zone l'espace occupé par le triangle Sikasso-Bamako-Mopti compte 5,2 millions d'habitants sur une superficie de 100.000km². En d'autres termes, 58% de la population vit sur 8% du territoire national.

Le Mali est relativement sous-urbanisé par rapport aux autres pays de la sous-région soit 22% de la population vivant en ville contre 36% au Sénégal et 45% en Côte d'Ivoire. Les autres caractéristiques de la population malienne son résumées par les indicateurs suivants (source DNSI) :

- espérance de vie à la naissance : 56,9 ans en 1987
58,0 ans en 1992
58,5 ans en 1994
- répartition par âge : -0-14 ans :48,9 % en 1995
-15-64 ans :47,1 % en 1995
0 -65 +ans : 4,0 % en 1995
- population féminine : 51,2 % en 1992
51,1 % en 1995
- taux de scolarisation primaire : 22,1 % en 1988
21,9 % en 1989
23,8 % en 1990
39,4 % en 1992
dont filles : 32,4 %
garçons : 46,4%
- taux d'alphabétisation 15 ans + : 20,2 % en 1987
22,0 % en 1992
22,9 % en 1994
dont femmes : 14,1%
hommes : 32,3,7%
- accès à l'eau potable (source PNUD) : 42%
- dont en milieu rural : 36%
- en milieu urbain : 53%
- population vivant en dessous du seuil de pauvreté : 73% en 1987
(le seuil de pauvreté est fixé à 137.000 FCFA par personne et par an) : 66%en 1994
- indicateur de développement humain (IDH) :0,230 en 1987
:0,247 en 1992 (174^{ème} rang sur 76)
:0.251 en 1994

1.5. Situation économique :

L'économie malienne repose essentiellement sur le secteur primaire qui fournit près de 43,6% du PIB évalué à 1166 milliards de FCFA en 1995. Le secteur secondaire y contribue pour 15,9% et le tertiaire pour 40,5%. La production de coton représente 7,9% du PIB et l'élevage 11,3%(source DNSI). Le secteur primaire fournit les trois quarts des recettes d'exportation et occupe 80% de la population active. Les exportations, peu diversifiées et dépendantes des fluctuations des cours mondiaux, couvrent environ 60% des importations d'où un déficit structurel de la balance courante.

Le PIB soumis aux aléas climatiques connaît depuis bientôt trois ans une croissance supérieure à celle de la population après plus d'une décennie de stagnation voire de régression.

Ainsi, de -2,4% en 1993 il est passé à 6,4% en 1995, 4,0% en 1996 et 5,8% en 1997 (à prix constants de 1987, selon les estimations du FMI). Le changement de parité de la monnaie commune aux Etat de l'UEMOA intervenue en 1994 explique dans une large mesure cette évolution dans la mesure où elle a permis de rétablir la compétitivité externe de l'économie malienne qui à l'instar de celle des autre pays de la zone franc souffrait de la surévaluation du franc CFA.

Toutefois la dévaluation laisse intact les problèmes structurels de l'économie malienne que sont la faiblesse des infrastructures, le coût élevé des facteurs de production et la faible capacité du secteur privé. Par ailleurs, ces taux de croissance économique ne sont pas suffisants pour améliorer de manière significative le niveau de vie de la population dans la mesure où le PIB/tête n'augmente en définitive que de 3 à 4%. A ce rythme, toutes choses étant égales par ailleurs, il faudrait environ 35 ans pour que le niveau de vie du malien moyen atteigne celui du sénégalais.

La faiblesse de l'épargne intérieure est telle que l'essentiel de l'investissement est assuré par le secteur public à 85% sur financement extérieur. Le taux d'investissement brut a été de 21,9% en 1993 contre une épargne de 5,7% soit un déficit de financement de l'économie de 16,2%. Ainsi au cours de la période 1996-1998 l'investissement total sera de 473,855 millions de F CFA dont 391,509 sont financés sur ressources extérieures.

La répartition sectorielle est la suivante :

-	Economie rurale	37%
-	Ressources humaines	25%
-	Secteur secondaire	19%
-	Infrastructures	19%

Le secteur de la santé absorbe 12% de l'investissement public total au cours de la période soit 57,6 milliards de F CFA dont 21,6 milliards en 1996, 22,7 en 1997 et 13,3 en 1998. Les recettes budgétaires ordinaires ne couvrent pas les dépenses courantes et le déficit budgétaire global sur base des engagements et hors dons s'est élevé à 9,6% du PIB en 1993, 10,5% en 1995, 7,9% en 1996 et 9% en 1997. La dette extérieure, évaluée à 1552 milliards de F CFA en 1995 et 1560 en 1996 sera dans le futur une charge très lourde à supporter même si le service de la part exigible est assuré aujourd'hui sans arriérés de paiements. Cependant, les récents bons indices macro-économiques témoignent d'une nette amélioration de la situation économique du pays due, aux efforts d'assainissement des finances publiques entrepris depuis de nombreuses années, à la libéralisation économique, la réduction de la taille des secteurs public et para-publics et les mesures initiatives en faveur du secteur privé et au rétablissement de la compétitivité générale de l'économie grâce à la dévaluation du franc CFA.

Ces résultats ont été obtenus avec le concours de la Banque Mondiale et du Fonds Monétaire International dans le cadre des différents Programmes et autres Facilités d'Ajustement structurels mise en œuvre depuis bientôt une décennie.

Il convient aussi de signaler que la production vivrière couvre depuis bientôt dix ans les besoins alimentaires grâce aux effets conjugués d'une nette amélioration de la pluviométrie et de la libéralisation du marché céréalier. La production cotonnière ne cesse d'augmenter depuis 1994 date à partir de laquelle sa compétitivité a été rétablie suite à la dévaluation du franc CFA.

Le Programme d'ajustement structurel en cours pour la période 1997-1999 vise à promouvoir une croissance économique durable, réduire la pauvreté afin d'obtenir à long terme une amélioration du niveau de vie de la population, réaliser l'équilibre budgétaire, mettre en valeur les ressources humaines par la maîtrise de la croissance démographique, diversifier la production et les exportations.

Ces mesures devraient permettre de réaliser un taux de croissance réel de 5% par an sur la période, ramener l'inflation sur la base du déflateur du PIB à 2,5% à partir de 1998, réduire le déficit extérieur courant de la balance des paiements (hors transferts officiels) à moins de 9% du PIB d'ici à 1999. Dans le domaine des finances publiques, les mesures viseront à accroître les recettes totales de l'Etat, les faisant passer de 14,5% du PIB en 1996 à 15,5% en 1999.

Dans le même temps, les dépenses publiques devront être maîtrisées, passant de 23,9% du PIB à 22,6% du PIB, et leur structure améliorée en les réorientant vers les secteurs prioritaires notamment la santé et l'éducation. Ainsi les dépenses pour le secteur de la santé passeront de 8,3% des dépenses courantes totales en 1996 à 10,8% en 1999.

Le programme triennal d'investissement pour la période 1998-2000 prévoit des investissements publics de l'ordre de 539,62 milliards de F CFA financés à concurrence de 17,9% par des ressources internes et 82,1% par l'extérieur. Il se décompose ainsi par années :

1998	219,29 milliards F CFA
1999	202,75
2000	117,58

La ventilation sectorielle est la suivante :

Economie rurale	152,183 milliards FCFA	soit 28,2%
Secteur secondaire	146,087	27,1%
Infrastructure	164,076	30,4%
Ressources humaines	77,276	14,3%

Le poids relatif des infrastructures s'explique par le démarrage prochain du volet énergie du barrage de Manantali. Il convient de noter que ce programme triennal d'investissement ne prend pas en compte les investissements à venir ni dans le secteur de l'éducation ni dans celui de la santé.

Les investissements prévus dans le secteur de la santé sont de l'ordre de 21,180 milliards de F CFA pour toute la période soit 3,9% du total des investissements. Ils comportent essentiellement les projets en cours en 1997 (pour environ 20,5 milliards) .

2. Situation sanitaire :

2.1. Etat de santé de la population :

2.1.1. Morbidité :

Selon le rapport national annuel du Système d'Information Sanitaires basé sur les relevés des cas enregistrés en 1996 dans les registres de consultation des formations sanitaires, le paludisme constitue la première cause de morbidité avec 31,64% des cas, suivi des IRA basses (pneumonie broncho-pneumonie) 15,19%, les traumatismes, plaies, brûlures (9,26%), des diarrhées (8,1%) des IRA hautes (rhinites, angines, otite laryngite) 5,53%, des affections de la bouche et des dents 3,00% la rougeole 1,64%, la malnutrition protéino-calorique 1,58% le tétanos 1,50%, les hématuries 1,50%, l'urétrite aiguë 1,46%, les troubles liés à la grossesse 1,23%.

Sans être une photographie précise de la morbidité de la population en raison de leur complétude et de l'existence d'une morbidité infra-sanitaire, ces chiffres expriment la demande à laquelle font face les services de santé et revêtent de ce fait une certaine importance.

* **Morbidité des enfants :**

L'enquête démographique et de santé réalisée en 1995-1996 a révélé qu'un enfant de moins de trois ans sur quatre a eu au moins un épisode diarrhéique au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. Les enfants vivant à Bamako sont moins atteints de diarrhée (17%) que ceux vivant dans les autres villes (20%) ou en milieu rural (28%); 15% des enfants de moins de trois ans ont souffert de toux accompagnée de respiration courte et rapide pendant la même période.

* **Malnutrition des femmes et des enfants :**

La même enquête révèle que 23% des enfants de moins de 3 ans souffrent de malnutrition aiguë. Un tiers des enfants de 12-23 mois souffrent de cette malnutrition. De même près d'un tiers des enfants souffrent de malnutrition chronique. La prévalence de cette forme de malnutrition augmente rapidement avec l'âge. Ainsi à 24-35 mois près d'un enfant sur deux est atteint de malnutrition chronique. 16% des femmes peuvent être considérées comme atteints de malnutrition aiguë. Les études ponctuelles portant sur le déficit en vitamine A montrent en général des prévalences de cécité crépusculaire et des tâches de Bitot supérieures au seuil faisant considérer cette carence comme un problème de santé publique. Certaines zones comme Bamako apparaissent cependant relativement peu touchées. Il existe une grande variabilité saisonnière des disponibilités alimentaires des aliments riches en vitamine A les plus couramment consommés. Dans les régions du Sud du pays. C'est pendant la période du soudure (faible disponibilité) de la mangue (Juillet-Février) que se manifeste dans la population, la carence en vitamine A., Tandis que dans les régions du nord, la période de faible disponibilité de lait animal (Avril-Juillet) correspond à celle d'apparition des cas de déficit en vitamine A.

La carence en fer demeure l'un des troubles nutritionnels le plus important en terme de prévalence et de distribution géographique. La répartition territoriale de cette carence est encore méconnue. Des travaux mentionnent qu'à Bamako, environ 50% des femmes au moment de l'accouchement seraient anémiées. La carence en fer touche non seulement les femmes enceintes mais aussi les femmes en âge de procréer et les enfants, particulièrement pendant la période de sevrage. Les interventions menées jusqu'à présent se limitent à la supplémentation systématique et gratuite des femmes enceintes fréquentant les services de santé. Toutes les régions situées en dessous du 14^{ème} parallèle de latitude nord sont touchées par les troubles dus à la carence iodée (TDCI).

Il existe un programme national de lutte contre les TDCI dont la principale stratégie est axée sur l'iodation universelle du sel. Actuellement, la couverture des ménages en sel iodé demeure faible à cause entre autres, de la non application de la législation réglementant la circulation et l'utilisation du sel iodé au Mali. Ainsi de très nombreux projets concernant directement la Nutrition et l'alimentation ont été menés au cours des dernières années par différents ministères et les ONG(S) Ils ont été insuffisamment évalués et analysés dans leurs multiples dimensions sanitaires économiques sociales. Les résultats de

ces projets n'ont pas été suffisamment capitalisés pour permettre de réaliser la planification stratégique et d'orienter réellement la politique nutritionnelle et alimentaire au Mali.

Le Plan National d'Action pour l'Alimentation et la Nutrition (PANAN) mis en chantier dès l'année 1993 sous la responsabilité et la Coordination de la Cellule de Planification du Ministère de la Santé Publique et des Personnes Agées n'a à ce jour pas été finalisé et adopté par le gouvernement. Ce plan a été élaboré sur la base des recommandations de la Conférence Internationale sur la Nutrition de Décembre 1992. Il s'est agit d'importants effort multidisciplinaire et international tant des départements ministériels (santé, développement rural, éducation nationale, hydraulique, communication etc...) que des ONG (s) et autres partenaires au développement. La mission OMS de juin 1997 dont l'objectif était de procéder à une revue critique du PANAN a recommandé sa révision en identifiant de façon précise les priorités. Elle a par ailleurs jugé nécessaire d'établir un meilleur équilibre entre la composante agro-alimentaire et la composante santé/nutrition, insuffisamment prise ne compte.

- **Maladies à potentiel épidémique :**

Il s'agit essentiellement de la méningite cérébro-spinal et du choléra. Les récentes poussées épidémiques ont causé des dégâts considérables en termes de vies humaines et ont mis à nu la faible capacité du système sanitaire à y faire face.

- **Grandes endémies :**

Bien que leurs prévalences aient considérablement diminué, la lèpre, l'onchocercose, la dracunculose, les schistosomias, la trypanosomiase, la tuberculose et le trachome constituent encore des problèmes majeurs de santé publique en raison de leur caractère invalidant. Après plusieurs années de lutte contre ces maladies dans le cadre de programmes verticaux et les résultats appréciables obtenus dans la réduction de la plupart d'entre elles, le moment est venu d'intégrer leur surveillance et contrôle dans les activités quotidiennes des services de santé en mettant en place les moyens humains, techniques et matériels à chacun des niveaux concernés. Une mention particulière doit être faite à la recrudescence de la tuberculose en association avec le sida.

- **Pandémie du Sida :**

Avec un taux de prévalence de 4% pour l'ensemble de la population le Mali ne figure pas encore parmi les pays les plus touchés. Mais la progression de la maladie depuis l'apparition du premier cas en 1984 est plus qu'inquiétante dans la mesure où l'on dénombre actuellement 248.000 séropositifs et 47.000 personnes décès.

2.1.2. Mortalité :

Le rapport annuel 1996 du Système d'Information Sanitaire donne les principales causes de mortalité enregistrées dans les formations sanitaires :

- méningite cérébro-spinale	21,17%
- paludisme	19,34
- diarrhées avec déshydratation	14,41
- IRA basses (pneumonie, broncho-pneumonie)	14,02
- rougeole	8,59
- hématurie	5,93
- malnutrition protéino-calorique	4,04

L'année 1996 a connu une flambée exceptionnelle de l'épidémie de méningite ce qui explique le chiffre élevé de mortalité due à cette maladie. Les régions les plus touchées ont été :

- le District de Bamako avec un taux d'incidence de 15%
- la région de Koulikoro 13%
- la région de Kayes 10%

La tranche d'âge la plus touchée est celle des 5-14 en période épidémique. En dehors de ces périodes ce sont les enfants de moins de cinq ans qui sont les plus à risques. Depuis 1994, une nouvelle souche de méningocoque A-Clone III-1 a fait son apparition au Mali. Il semble qu'il n'a pas encore exprimé tout son potentiel épidémiogène d'où la nécessité de mettre en place des systèmes efficaces de prévention pour y faire face.

Le choléra semble s'installer à demeure depuis 1994 dans toutes les régions. En 1996, 5722 cas ont été identifiés dont 760 décès. La région de Kayes a été la plus touchée avec 64% des cas.

• Mortalité des enfants :

L'enquête démographique et de santé réalisée en 1995-1996 a fait ressortir des taux de mortalité encore élevés même si les chiffres montrent des progrès par rapport à ceux de la décennie écoulée. Ainsi :

- la mortalité infantile est de 122,5 /1000 pour la période 1991-1994 contre 158 pour 1000 pour la période 1979-1980 ;
- la mortalité juvénile est de 131,1 contre 144,4 ;
- la mortalité infanto-juvénile est de 237,5 contre 268,2.

Ces Chiffres masquent d'importantes disparités entre d'une part Bamako et les autres villes et d'autre part entre le milieu rural et le milieu urbain. Ainsi la mortalité infanto-juvénile est 1,5 fois plus élevée en milieu rural qu'en milieu urbain. Elle est de 149,2 /1000 à Bamako contre 325, 3/1000 dans la région de Mopti (taux le plus élevé) , 259/1000 à Kayes, 232/1000 à Koulikoro, 232,3/1000 à Sikasso, 274/1000 à Ségou, 237,2/1000 à Tombouctou/Gao (urbain). Les grossesses rapprochées sont associées à une mortalité infantile plus élevée. Les principales causes de mortalité infanto-juvénile sont par ordre d'importance le paludisme, les infections respiratoires aiguës (IRA) basses, les maladies diarrhéiques, la méningite épidémique, la rougeole, la malnutrition et le tétanos néonatal.

• Mortalité maternelle :

Le taux de mortalité maternelle est très élevé au Mali. En effet, pour la période 1989-1996 il est estimé à 577 décès pour 100.000 naissances vivantes. Plus du tiers des décès de femmes de 15 à 49 ans sont dus à des causes maternelles. Pour la tranche d'âge de 20-29 ans ce risque est de 2 sur 5.

Parmi les causes de décès maternels, les études ont montré que :

- 1 décès sur 5 sont dus aux hémorragies ;
- 1 sur 5 aux hypertensions gravidiques ;
- 1 sur 6 sont dus aux ruptures utérines ;
- 1 sur 20 sont dus aux avortements ;
- 1 dixième sont dus aux complications infectieuses.

La létalité des complications obstétricales est aussi très élevée au Mali malgré la prise en charge des cas dans les hôpitaux et centres de santé de cercle. Ainsi la mortalité après césarienne dépasse souvent les 15%. Les femmes ayant survécu aux complications gardent souvent des séquelles handicapantes et ayant des conséquences néfastes sur leur qualité

de vie: fistules vésico-vaginales, déchirure périnatale etc... Les MST et le sida constituent de par leur progression au sein de la population des risques majeurs pour les femmes et les enfants.

2.1.3. Principaux déterminants de l'état de santé de la population :

Parmi les causes sous-jacentes aux problèmes de santé on peut citer :

- les facteurs géographiques et environnementaux que sont, l'étendue du territoire, la faible densité et la dispersion de la population, la faiblesse des infrastructures de communication, le milieu naturel propice à l'existence de vecteurs de maladies endémiques (paludisme, onchocercose, dracunculose, bilharziose etc..) ou épidémiques (méningite, choléra) ;
- les facteurs comportementaux comme la consommation d'eau non potable le manque d'hygiène et d'assainissement qui occasionnent de nombreuses maladies infectieuses et parasitaires ainsi que les habitudes alimentaires néfastes pour la santé; seuls 48% des ménages disposent de l'eau potable (81% en milieu urbain et 36% en milieu rural) ;
- les facteurs démographiques que sont le taux de fécondité élevé auxquels s'ajoutent les grossesses rapprochées ; en effet l'indice synthétique d fécondité est de 6,7, l'âge médian de la première naissance, de 18,8 et l'intervalle inter-génésique médian de 30,3 mois ;
- les facteurs socio-économiques tels la pénurie alimentaire, la surcharge de travail pour les femmes, la précarité des conditions de vie des populations marginales en milieu rural et de la population périurbaine ;
- les facteurs socioculturels comme les croyances sanitaires ;
- les facteurs liés aux services, notamment leur faible desserte, leur inaccessibilité financière pour un grand nombre et la faible qualité de leur prestation.

2.2. Système National de Santé :

Le système national de santé comporte l'ensemble des structures et organismes dont l'action concourt à la prestation des services de santé et à l'amélioration de l'état de santé de la population. Il comprend, les formations sanitaires des secteurs publics, privés et communautaires, l'administration de la santé publique, les programmes de lutte contre les maladies, les structures de formation et de recherche, les structures de production et d'approvisionnement pharmaceutique.

2.2.1. L'administration de la santé publique :

Le Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées (MSSPA) a pour mission l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi de la politique nationale dans les domaines sanitaire et social. A cet effet, il est chargé de :

- la création, le suivi et le contrôle des formations sanitaires ;
- l'approvisionnement national régulier en médicaments et en produits biologiques ;
- l'hygiène publique et la lutte contre les grandes endémies ;
- la protection de la mère et de l'enfant ;

- la protection sociale de la famille, de l'enfance, de la jeunesse, des personnes handicapées et des personnes âgées.

Pour mener à bien ces missions, le MSSPA dispose, outre des services de niveau ministériel, d'une administration déconcentrée jusqu'au niveau de l'arrondissement et comprenant les services centraux, les services régionaux et subrégionaux et les services rattachés.

- **Les services centraux :**

Les services centraux assument des tâches de conception et de coordination de la mise en œuvre de la politique dans les domaines de leur compétence. Ainsi :

- la Direction Nationale de la Santé Publique (DNSP) est chargée de l'élaboration et du contrôle de l'exécution de la politique nationale de santé. Elle assure une autorité technique sur les services régionaux de santé. Sont rattachés à la DNSP :
 - . le Centre National de Transfusion Sanguine ;
 - . le Laboratoire National de la Santé ;
 - . le Service d'Entretien du Parc Automobile et du Matériel Technique ;
 - . le Centre National d'Immunisation ;
 - . les Ecoles de Formation (Ecole Secondaire de la Santé, Ecoles des Infirmiers du Premier Cycle du Point G et de Sikasso et Centre de Spécialisation des Techniciens de Santé.
- La DNSP a sous son autorité un certain nombre de programmes nationaux de lutte contre la maladie dont la gestion est assurée par un Responsable de Programme. Ces programmes disposent souvent de moyens humains, matériels et financiers importants, leur conférant une certaine autonomie par rapport à la DNSP. Ce sont :
 - . le Programme National de lutte contre l'onchocercose ;
 - . le Programme National de lutte contre la Lèpre ;
 - . le Programme National de lutte contre les Schistosomiasés ;
 - . le Programme National de lutte contre la Tuberculose ;
 - . le Programme National de lutte contre la Dracunculose ;
 - . le Programme National de lutte contre le Paludisme ;
 - . le Programme National de lutte contre le Sida.

Outre les problèmes posés par la coordination de l'ensemble de ces programmes notamment sur le terrain, la DNSP souffre de sa taille (cinq divisions et 13 sections) et de sa dispersion géographique faisant des Chefs de division qui assument par ailleurs des tâches de gestion de programmes et projets, de véritables entités autonomes :

- la Direction Nationale de l'Action Sociale est chargée de l'élaboration et du contrôle de l'exécution de la politique nationale d'action sociale. Elle a des prérogatives similaires à ceux de la DNSP sur les services régionaux de l'action sociale.
- Les services suivants sont rattachés à la DNAS :
 - . le Centre d'accueil et de placement familial ;
 - . l'Ecole de Formation pour le Développement Communautaire ;
 - . le Centre National d'Education, de Formation et de Communication.
- la Cellule de Planification et de Statistique, service rattaché au Secrétariat Général du Ministère (CPS) est chargée de l'élaboration et du contrôle de l'exécution des plans de développement socio-sanitaires et de la politique en matière de statistiques sanitaires ;

- la Cellule d'Exécution des Programmes de Renforcement des Infrastructures Sanitaires (CEPRIS), autre service rattaché au Secrétariat Général, est chargée de l'élaboration et du contrôle de l'exécution des programmes de renforcement des infrastructures sanitaires ;
- la Direction Administrative et Financière est un service d'appui existant dans tous les Départements Ministériels. Elle est chargée de l'administration des ressources financières matérielles et humaines.
- l'Inspection de la Santé et de l'Action sociale.

- **Les services régionaux :**

Les services régionaux, présents dans chacune des huit régions et le District de Bamako, sont chargés des tâches d'appuis technique et opérationnel et de contrôle de l'exécution des politiques nationales dans les domaines de leur compétence. Elles assurent des tâches de supervision, de formation, d'approvisionnement en matériels et moyens financiers, et de gestion du personnel cadre moyen en rapport avec les autorités administratives régionales. Les Directions Régionales de la Santé assument ces tâches dans le domaine de la santé et les Directions Régionales de l'Action Sociale font de même en ce qui concerne l'action sociale. Dans la pratique, les services régionaux ne sont en mesure d'accomplir correctement leur mission que lorsqu'ils disposent de financement extérieur dans le cadre de projets. C'est assez souvent le cas en ce qui concerne les Directions Régionales de la Santé, Les Directions Régionales de l'Action Sociale qui gèrent rarement des projets, ont des difficultés à assumer leurs missions.

- **Les services subrégionaux :**

Les services de cercle (ou commune urbaine) constituent le niveau opérationnel de la mise en œuvre de la politique de santé et d'action sociale. En effet le cercle est devenu l'unité géographique chargée de planifier le développement socio-sanitaire, d'élaboration et d'exécution des budgets alloués à la mise en œuvre de ces plans. Les équipes socio-sanitaires de cercle se trouvent donc au cœur du processus de mise en œuvre opérationnelle sur le terrain de la politique sectorielle de santé et de population et dont le principal instrument est le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) cofinancé par la Banque Mondiale, la KFW, L'USAID, la Coopération française et l'UNICEF. Ainsi, pour qu'un cercle puisse être éligible au financement du PSPHR il faut que les conditions suivantes soient remplies :

- la constitution d'une équipe socio-sanitaire de cercle (ESSC) suivant les normes convenues en effectifs, avec notamment la présence de médecins ;
- l'élaboration d'un plan quinquennal de développement socio-sanitaire de cercle qui devra être approuvé par le Comité de Développement du cercle et entériné par le comité de suivi du Projet ;
- l'engagement des communautés, constituées en Association de Santé Communautaire (ASACO), à contribuer financièrement et/ou physiquement pour 25% du coût de réhabilitation ou de construction du Centre de Santé Communautaire (CSCOM), l'Etat devant financer le reste ;
- l'engagement du Comité Local de Développement du Cercle à consacrer au moins 7% des ressources provenant de la taxe locale de développement à la santé ;
- l'appui des Directions Régionales de la Santé et de l'Action Sociale.

Le service social de cercle est le Centre de Développement Communautaire qui, en pratique est intégré dans l'ESSC avec la présence de techniciens de développement communautaire. Il convient de noter que le Médecin Chef de Cercle est en même temps le Chef du Centre de Santé de Cercle (CSC).

Depuis la déclaration de politique sectorielle de santé et de population, l'administration de la santé publique s'arrête au niveau du cercle. Tous les Centres de Santé d'Arrondissement (CSA), autrefois à la charge de l'Etat, devront à terme être revitalisés et pris en charge par les ASACO au même titre que les CSCOM. Avec la disparition prochaine des Arrondissements, les CSA ne seront bientôt que des CSCOM.

Toutes les ESSC sont mobilisées pour la mise en œuvre de la politique de santé et de population soit à travers le PSPHR, soit à travers des projets bilatéraux de certains bailleurs de fonds non partenaires du PSPHR (Coopération Néerlandaise, Coopération Suisse) à l'exception toutefois des cercles des régions de Tombouctou, Gao et Kidal en raison des spécificités de cette zone.

- **Le Système d'Information Sanitaire et la Surveillance Epidémiologique :**

Le système d'information sanitaire est géré en principe par la section Statistiques Sanitaires de la Division Epidémiologique de la DNSP. Elle assure la collecte, la centralisation le traitement et l'analyse des données et la diffusion de l'information. La collecte des données est faite à l'aide des rapports périodiques (mensuels, trimestriels et annuels) des formations sanitaires portant sur leurs activités et ressources. La surveillance épidémiologique est assurée par la Section du même nom. Elle est basée sur le rapport mensuel des maladies transmissibles et le rapport hebdomadaire des maladies pestilentielles établi à partir de messages radio. Le système d'information sanitaire et la surveillance épidémiologique restent encore centralisés dans leur mode de gestion malgré les efforts entrepris dans le cadre du PASE (Projet d'Appui à la Surveillance Epidémiologique) en vue de mettre en place des capacités de traitement et d'analyse des données aux niveaux régional et local. Par ailleurs certains Programmes de Santé ont mis au point leur propre système de collecte et d'analyse de données (lèpre, dracunculose, santé familiale etc..). Un effort d'intégration est à faire surtout au niveau périphérique en vue de simplifier le travail et de faire des systèmes d'information et de surveillance épidémiologique de véritables outils de décision et de gestion.

2.2.2. Les structures de prestation de soins :

Le réseau des structures de prestation de soin est organisé sous une forme pyramidale avec de la base au sommet des formations sanitaires des niveaux primaires, secondaires et tertiaires chacun des niveaux servant de référence et de soutien pour le niveau immédiatement inférieur.

- **Les structures du niveau tertiaire :**

Ce sont les hôpitaux nationaux :

- Hôpital du Point G ;
- Hôpital Gabriel TOURE ;
- Hôpital de Kati ;
- Centre National d'Odonto-stomatologie.

Ils constituent le dernier niveau de référence de la pyramide sanitaire. Ils ont été érigés en Etablissements Publics à caractère administratif en 1992 afin de leur conférer l'autonomie juridique et financière nécessaires à leur bon fonctionnement. Une certaine complémentarité existe entre les Hôpitaux Nationaux en raison d'une certaine dose de spécialisation. Ainsi, l'hôpital Gabriel TOURE est le seul à disposer d'un service de pédiatrie, l'Hôpital de Kati d'un service de traumatologie et l'Hôpital du Point G des services de pneumo-physiologie et de psychiatrie, en plus des services types d'un hôpital général (médecine interne, chirurgie et gynéco-obstétrique).

Les hôpitaux nationaux souffrent de sous-équipement, de vétusté de leurs locaux malgré les efforts importants de rénovation entrepris ces dernières années. Ils connaissent une relative pénurie et inadéquation de la structure du personnel, une faiblesse des ressources de fonctionnement, l'absence de maintenance préventive et des mauvaises conditions d'hygiène. Certaines de ces difficultés sont dues au fait que malgré leur changement de statut, les Hôpitaux nationaux continuent à être régis comme des services publics classiques n'ayant aucune autonomie dans la gestion de leur personnel et de leurs ressources financières.

- **Les Hôpitaux régionaux et secondaires :**

Il en existe dans chacune des huit régions du pays à l'exclusion de la région de Kidal et du District de Bamako (qui abrite les Hôpitaux nationaux). Ils servent de référence aux centres de santé de cercle. Certains ont fait l'objet de rénovations ou de construction grâce à des concours extérieurs (financement italien pour l'hôpital de Kayes, financement de la BAD pour Tombouctou et Gao, coopération décentralisée dans le cas de l'hôpital de Mopti) mais aussi le budget d'Etat (hôpital de Ségou). Il existe en outre des hôpitaux secondaires (dont le plateau technique est de niveau inférieur à celui des hôpitaux régionaux) à San, Markala, Nioro et Diré. Ces formations sanitaires sont encore des services rattachés aux Directions Régionales respectives et ne jouissent de ce fait, en droit, d'aucune autonomie financière. Ils connaissent les mêmes difficultés que les hôpitaux nationaux.

- **Les Centres de Santé de Cercle :**

Ils constituent le premier niveau de référence pour les CSCOM et les CSA. Le plateau technique du Centre de Santé de Cercle comporte un bloc chirurgical sauf lorsqu'il est situé dans la même localité qu'un hôpital régional ou secondaire. A l'exception des cercles nouvellement créés, tous les autres disposent d'un Centre de Santé de Cercle soit de premier niveau (sans bloc chirurgical) ou de deuxième niveau (avec bloc chirurgical). Les cercles qui ont bénéficié de projets de santé ayant une composante référence ont vu leurs centres de santé rénovés et équipés (PSPHR, Projet Mali-Suisse, FED-Nioro-Diéma).

Cependant il reste beaucoup à faire pour que les besoins de référence de la population soient satisfaits, car les centres de santé de cercle couvrent à peine 10% de la population à moins de 30 km de distance, ne disposent pas toujours d'ambulance ni de système de communication avec les CSCOM et CSAR.

En outre le plateau technique de la plupart d'entre eux ne permettent pas d'assurer dans de bonnes conditions les urgences, en particulier obstétricales. Les coûts des césariennes sont souvent prohibitifs lorsqu'aucune tentative de rationalisation n'est entreprise pour y remédier. L'on note aussi l'absence de moyens d'exploration para clinique (laboratoire, radiologie) ,de banque de sang et de conditions satisfaisantes de transfusion sanguine.

Le bon fonctionnement des centres de santé dépend de l'état de l'infrastructure mais aussi en grande partie de la qualité des équipes en place. Pour qu'un Centre de référence fonctionne bien il faut qu'il dispose d'au moins deux médecins dont l'un pratique la chirurgie. Ce n'est pas toujours le cas car les mutations et départs en formation peuvent se faire sans remplacement automatique sans compter les nombreuses absences pour cause de missions ou séminaires. Les centres de santé de cercle sont considérés comme services socio-sanitaires de cercle et ont donc un statut de service déconcentré de cercle au terme du décret n°90-262/P-RM du 5 juin 1990 modifié par le décret n°94-144/P-RM du 1er avril 1994. Pour les besoins de fonctionnement grâce à l'utilisation des ressources provenant du recouvrement de coûts, ils sont actuellement administrés, conformément aux dispositions de l'arrêté interministériel n°94-5092/MSSPA-MATS-MFC du 21 avril 1994 fixant les modalités de gestion des services socio-sanitaires de cercle et de commune, par des Conseils de Gestion de Cercle qui sont des assemblées constituées par des représentants d'ASACO du

cercle auxquels s'ajoutent des membres de droit (dont le Médecin Chef de Cercle et les partenaires au développement).

L'organe exécutif du Conseil de Gestion est le Comité de Gestion. Les Conseils de Gestion jouissent de la personnalité juridique et sont donc habilités à représenter le CSC et à effectuer des opérations financières. Un tel montage institutionnel devra certainement être revu à la lumière des dispositions prévues dans le cadre de la décentralisation, dans la mesure où le Centre de Santé de Cercle devient un service décentralisé.

- **Les CSCOM et CSAR :**

Le premier centre de santé communautaire a vu le jour à Banconi en 1989 et a fait depuis, des émules surtout en milieu urbain. La déclaration de politique sectorielle de santé et de population de 1990 définit le CSCOM comme le premier niveau de contact entre les individus et le système de santé. Sa création procède de la volonté d'une communauté donnée regroupée au sein d'une Association de Santé Communautaire de contribuer au financement de sa réalisation et d'assurer la prise en charge de son fonctionnement grâce à la tarification des actes. Des conditions sont requises pour une éventuelle participation de l'Etat au financement de la réalisation d'un CSCOM (effectifs minimum de population, engagement de la communauté à prendre en charge les 25% du coût de réalisation).

La politique sectorielle de santé stipule aussi que les Centres de santé d'arrondissement cessent d'être des services publics à la charge de l'Etat et seront progressivement pris en charge par les communautés selon les mêmes modalités que les CSCOM. Les CSCOM et CSAR assurent un ensemble d'activités curatives préventives et promotionnelles désigné sous le vocable de Paquet Minimum d'Activités (PMA). L'extension de la couverture sanitaire consiste à réaliser les CSCOM selon les Plans de Développement quinquennaux des Cercles et conformément à la carte sanitaire. Cette extension de couverture est réalisée à travers les différents projets du secteur santé dont le plus important est le PSPHR cofinancé par la Banque Mondiale, l'UNICEF, la coopération allemande et la coopération française. La réalisation des CSCOM est souvent aussi l'initiative des populations elles-mêmes dans les zones où les populations disposent de revenus monétaires importants (Mali-sud) ou bénéficient de transferts en provenance de l'extérieur (région de Kayes). Ainsi sur les 784 aires de santé définies en 1997 comme devant abriter chacune un CSCOM/CSAR, 177 disposent d'une structure de santé fonctionnelle.

Tableau n°2 : Répartition du réseau des CSCOM/CSA Février 1998

REGIONS	TOTAL
Kayes	63
Koulikoro	56
Sikasso	83
Ségou	66
Mopti	42
Bamako	34
Tombouctou	2
Kidal	1
TOTAL	347

Source : Statistiques sanitaires nationales - SNIS - DNSP- DE - février 1998.

Les CSCOM du district de Bamako sont dirigés par des médecins tandis que ceux des zones rurales ne disposent, dans leur grande majorité que de personnels paramédicaux. Les CSCOMS urbains ont été créés par des ASACO initiés par des groupes d'individus qui se connaissent, ont un certain niveau d'éducation et adhèrent individuellement et volontairement au projet. Certains de ces CSCOM sont créés avec très peu d'investissements (locations de bâtiments). La réalisation de certains CSCOMS ruraux procède de la volonté d'ASACO créées par une dynamique villageoise prenant sa source

dans une longue tradition d'actions communautaires. De nombreux exemples d'ASACO de ce type existent dans les régions de Sikasso et de Kayes. La création de ces CSCOM donne lieu à des investissements en infrastructure et équipement financés soit entièrement sur fonds propres, soit avec le concours de certains partenaires. Enfin certains CSCOM ont été créés dans le cadre de projets, à travers l'approche dite communautaire (PSPHR, SSP-SEGOU, SSP-SIKASSO, PAP/DK, etc..) La spécificité des régions du nord implique une approche différente conforme à un milieu nomade et semi-nomade. En effet, il est difficile d'y appliquer la notion d'aires de santé viable et l'approche populationnelle. La solidarité nationale doit être mise à profit pour y mettre en place un système de santé performant et accessible à une population en perpétuel déplacement. D'ores et déjà 16 CSAR y ont été réhabilités et 15 nouveaux sont en cours de réalisation.

Certains CSCOM connaissent des problèmes soit par manque de personnel, soit en raison de leur non viabilité financière. En effet, il n'est pas rare de voir les personnels des CSCOM abandonner leur poste au profit d'un recrutement dans la fonction publique ou par une ONG. Leur statut de contractuel d'une Association ne semble pas procurer suffisamment de sécurité quant à l'emploi et à une perspective de carrière. Par ailleurs, beaucoup de CSCOM connaissent des difficultés de fonctionnement soit par mauvaise gestion soit en raison de la faiblesse des revenus des populations couvertes. Les CSCOM sont essentiellement fréquentés par les patients du village qui l'abrite ainsi que l'attestent les statistiques de fréquentation. Les populations vivant au delà de cinq km des CSCOM ne les fréquentent que très rarement. Les CSCOM sont actuellement gérés par les ASACO sur la base d'une Convention d'Assistance Mutuelle avec le Ministère de la Santé. Ce texte définit les engagements et obligations réciproques de chacune des Parties dont pour le Ministère :

- . la disponibilité d'un plateau technique de référence ;
- . la mise en place du stock initial de médicaments essentiels ;
- . la formation du personnel ;
- . l'appui technique et la supervision, et pour l'ASACO ;
- . la disponibilité permanente du PMA ;
- . l'entretien de l'infrastructure et de l'équipement ;
- . la prise en charge des dépenses courantes du CSCOM.

Plus tard, lorsque les collectivités territoriales seront en place, il conviendra de répartir les rôles entre elles et l'Etat vis-à-vis des CSCOMS et d'une manière plus générale dans le domaine des mesures de protection sanitaire de la population.

- **Les prestations de service des programmes verticaux :**

Certains programmes verticaux continuent à mener des activités de soins curatifs et/ou préventifs/promotionnels par l'intermédiaire d'équipes mobiles. Il s'agit essentiellement :

- du Programme de lutte contre l'onchocercose qui continue à assurer la distribution du mectizan et la réalisation des enquêtes par ses propres équipes ;
- du Programme de lutte contre la dracunculose dont les équipes sillonnent les villages pour mener des activités d'IEC en ignorant complètement les structures sanitaires des localités concernées.

Cependant, il convient de signaler que certains programmes sont sur la voie de l'intégration de leurs activités dans les prestations quotidiennes des structures sanitaires. On peut citer le Programme Lèpre qui responsabilise les équipes régionales et de cercle dans la prise en charge des malades, se contentant de mettre à leur disposition les moyens financiers requis et de compiler les données sur la maladie fournies par le système de santé.

Il en est de même du traitement des malades atteints de tuberculose à l'exclusion toutefois de ceux de Bamako qui continuent à fréquenter le "Dispensaire Anti-Tuberculeux" malgré sa suppression en tant que structure. L'intégration des programmes verticaux aux activités quotidiennes du système de santé implique que toutes les prestations de soins

curatifs, préventifs et promotionnels soient prises en charge par les formations sanitaires selon leur niveau de compétence. Les prestations faites par les équipes mobiles, si elles sont nécessaires, doivent être organisées par les équipes de santé régionales ou locales. Les services de santé doivent être dotés en conséquence en personnel, matériel et moyens financiers.

2.2.3. Couverture et utilisation des services :

L'accessibilité géographique des services peut se mesurer par la proportion de la population qui vit dans un rayon de cinq à quinze km d'un service de santé. On peut considérer en effet que les malades vivant au delà de quinze voire même cinq km d'un CSCOM fréquentent rarement cette structure pour le traitement des affections courantes (de la compétence d'un CSCOM). Pour les cas graves, ils préfèrent s'adresser à des centres mieux équipés. On peut toutefois considérer que la desserte d'un centre de santé de premier niveau se situe dans un rayon de 15kms. La couverture atteinte par le réseau des CSCOM/CSAR (ou leur accessibilité géographique), se mesure donc par le pourcentage de population vivant respectivement dans un rayon de 5 km et dans un rayon de 15 km. Les chiffres obtenus expriment aussi la disponibilité du PMA (en considérant que les CSCOM/CSAR dispensent tous le paquet minimum d'activités). Les chiffres qui suivent attestent de la faible couverture du réseau. Néanmoins l'évolution constatée de 1993 à 1996 témoigne des efforts importants déployés dans le cadre de la mise en oeuvre de la politique sectorielle de santé et de population.

Tableau n°3 : Disponibilité et accessibilité géographique des CSCOM/CSAR

Régions	Distances	% de la Population			
		1993	1994	1995	1996
Kayes	< 5 km	0,92	2,09	5,12	7,77
	<15 km	1,81	4,00	10,15	14,20
Koulikoro	< 5 km	0	2,57	6,17	9,62
	<15 km		3,31	11,8	20,47
Sikasso	< 5 km	0	0,69	6,04	12
	< 15 km	0	1,67	14,31	25,47
Ségou	< 5 km	1,64	6,54	17,05	21,30
	< 15 km	2,16	10,84	38,41	
Mopti	< 5 km	0,56	6,5	10,69	17,65
	< 15 km	0,76	9,48	17,01	28,95
Bamako		21,58	33,46	41,79	41,79
Total Mali	< 5 km	3,08	7,25	13,1	17,5
	< 15 km	3,34	9,1	20,1	27,9
	km				

Source : Statistiques Sanitaires Nationales, Rapport National Annuel du SIS, 1996 . MSPAS, DNSP, DE - juin 1997.

Parmi les facteurs limitant la fréquentation des CSCOM figurent, en premier lieu, le faible pouvoir d'achat des ménages, particulièrement en zones rurales, les contraintes socio-culturelles, les difficultés de déplacement, la proximité d'autres formations sanitaires ayant un meilleur plateau technique, les mauvaises relations avec le personnel, les alternatives au CSCOM/CSAR.

La faiblesse du pouvoir d'achat conduit à réduire au strict minimum les consultations préventives et à privilégier des solutions alternatives (automédication, médecine traditionnelle, marabout etc...). En zone rurale entre les villages d'une aire, il n'y a souvent que des pistes en mauvais état et les moyens de transports sont soit à des coûts prohibitifs (véhicules de transport en commun) soit rudimentaires (charrettes, pirogues etc.) pénalisant ainsi les villages éloignés. Le tableau qui suit donne les taux d'utilisation globaux de certaines prestations de services faisant partie du PMA offertes par les CSCOM, CSAR,

CSA, ainsi que les CSC. Le numérateur est la production de services (nombre de nouveaux cas, couverture vaccinale, nombre de consultants) et le dénominateur est la population totale.

Tableau n°4 : Taux d'utilisation des services (année 1996)

	CUR	CPN	ACC	PF	DCP3<12 mois
Mali	0,20	34,28	25,45	2,49	39,89
Bamako	0,30	79,00	76,20	4,95	98,80
Kayes	0,12	28,90	16,10	1,39	33,48
Koulikoro	0,13	37,26	28,30	1,48	47,77
Sikasso	0,24	76,19	59,38	7,09	69,81
Ségou	0,15	35,73	18,00	2,94	59,11
Mopti	0,13	21,16	16,16	1,13	30,34
Tombouctou	0,10	11,83	7,40	1,40	14,26
Gao	0,11	9,10	2,94	0,18	2,74
Kidal	0,49	9,39	4,60	1,82	2,74

Source : Statistiques sanitaires nationales; rapport national annuel du SIS année 1996. MSPAS, DNSP/DE juin 1997.

Les taux d'utilisation des prestations sanitaires témoignent de leur faible fréquentation. L'on notera en particulier la faible utilisation des services de planification familiale ainsi que la faible médicalisation des accouchements (hormis Bamako et Sikasso c'est moins de la moitié des accouchements qui sont effectués dans les formations sanitaires). Les mêmes dispositions sont observées en ce qui concerne les CPN et la couverture vaccinale. Il faut enfin signaler que les CSCOM n'assurent pas toujours les activités préventives et promotionnelles ni les activités de surveillance et de contrôles des maladies endémiques qui par ailleurs ne figuraient pas dans le paquet minimum d'activité (PMA) ce qui constituait une lacune.

2.2.4. Le secteur privé :

Autorisé depuis seulement 1985, le secteur privé des professions sanitaires s'est surtout concentré dans les grandes villes, principalement à Bamako.

Tableau n°5 : Etablissements Privés (année 1996)

TYPES	NOMBRE	DONT BAMAKO
Cabinets médicaux de consultation	31	17
Cliniques médicales	9	8
Cliniques d'accouchement	3	3
Cliniques chirurgicales	3	2
Cabinets dentaires	8	7
Cabinets de soins infirmiers	36	14
Officines de pharmacie	152	110
Dépôts de pharmacie	93	3
Etablissements d'importation	6	6
Laboratoires d'analyse	2	2

Il convient d'ajouter les médecins de campagne qui exercent à titre privé même si pour leur installation ils bénéficient souvent d'appui divers (coopération française pour certains). Le secteur privé des professions sanitaires est confronté aux difficultés d'installations pour les jeunes diplômés en raison du caractère inadapté des concours bancaires, au faible pouvoir d'achat des populations et à l'absence de mécanismes de prise en charge collective des dépenses de santé (assurance maladie, mutuelles etc..). Ses relations avec le secteur public ne sont pas formalisées tant en ce qui concerne son éventuelle contribution aux activités préventives, que la fourniture de statistiques sanitaires. Par ailleurs, les relations avec le secteur public ne sont pas non plus transparentes dans la

mesure où nombre de praticiens de ce secteur exercent aussi à titre privé au détriment souvent de leur prestation dans les formations sanitaires publiques. Les réflexions sont en cours pour trouver des solutions à cet épineux problème afin d'éviter que les hôpitaux et autres centres de santé du secteur public ne soient réservés qu'aux plus démunis.

2.2.5. Les formations sanitaires confessionnelles :

Elles existent pratiquement dans toutes les régions du Mali y compris le District de Bamako et participent d'une certaine manière à l'augmentation de la couverture en soins. Elles posent cependant le problème de la coexistence avec le secteur public dans la mesure où elles n'appliquent pas le principe du recouvrement des coûts, en contradiction avec la politique sanitaire nationale.

Tableau n°6 : La répartition des Centres de santé confessionnels est la suivante par région :

Kayes	Kayes	1
	Kéniéba	2
	Kita	2
Koulikoro	Dioïla	1
	Kati	2
Sikasso	Kadiolo	1
	Koutiala	2
	Sikasso	1
Ségou	Bla	1
	San	2
	Tominian	2
Mopti	Koro	3
Gao	Gao	1
Bamako	Commune 1	1
	Commune 2	1

2.2.6. Le réseau de l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) :

Pour assurer sa mission de protection sanitaire des travailleurs qui lui sont affiliés, l'INPS a mis en place un réseau de Centres Médicaux Inter-Entreprises (CMIE) - 15 au total dont 5 à Bamako - et apporte son concours à 70 infirmeries d'entreprises ainsi que 38 dispensaires ruraux. Les affiliés de l'INPS disposent en outre de 3 Centres de PMI et d'un Centre Dentaire. L'effectif du personnel de ce réseau est de 650 personnes. Ce réseau, qui a connu une certaine expansion, est en voie de diminution dans la mesure où certaines structures ont été rétrocédées à l'administration de la santé. Les CMIE dispensent des soins aussi bien aux assurés qu'à la population non couverte par l'INPS qui vient consulter contre paiement des actes. Cette pratique est contestée par le Département de la Santé qui considère qu'il s'agit de concurrence déloyale faite aux CSCOM.

2.2.7. Le service de santé des Armées :

Il comporte essentiellement les infirmeries et maternités de garnison auxquels ont accès les hommes en uniformes et leur familles. Certaines dispensent des soins au public de proximité. Une Direction Centrale des Services de Santé des Armées administre ce réseau qui dispose par ailleurs de nombreux médecins généralistes et spécialistes dont certains travaillent dans les hôpitaux publics. Le projet d'un hôpital militaire n'a pas encore vu le jour.

2.2.8. Le sous-secteur de la pharmacie :

Depuis la levée du monopole d'importation de la Pharmacie populaire du Mali (PPM), deux grossistes privés (Laborex et Africalab) et un GIE (Santé pour Tous) sont devenus des centrales d'achats au même titre que la PPM pour les formations sanitaires, les officines et

Dépôts de pharmacie ainsi que le réseau des Dépôts de vente des CSCOM et CSAR. Dans la pratique le réseau des formations sanitaires et des Dépôts communautaires est approvisionné par la PPM et le GIE Santé pour Tous. Les grossistes privés approvisionnent essentiellement les officines privées. La PPM, l'acteur le plus important pour la mise en oeuvre de la politique pharmaceutique, d'abord en raison de son statut d'Etablissement public à caractère industriel et commercial et ensuite de par son réseau de magasins régionaux (6) et officines témoins (15) n'est plus le plus gros importateur comme en témoignent les chiffres suivants :

Tableau n°7 : Chiffres d'Affaires des Importateurs(en milliards de FCFA)

NOMS	1994	1995	1996	1997
Laborex	3,55	5,45	7,38	8,28
Africa-lab	0,5	0,9	1,4	1,7
PPM	3,5	3,8	4,5	4,7
GIE	0,35	0,50	0,62	0,64
TOTAL	7,9	10,65	13,9	15,32
% de Méd. Essent.	10	15	20	25

Part des médicaments essentiels dans le Chiffre d'Affaires de la PPM :

- 1994 20%
- 1995 75%
- 1996 88%
- 1997 92%

Ayant en charge dans le cadre de la mise en oeuvre de la politique pharmaceutique nationale, d'assurer l'accessibilité géographique et financière des médicaments essentiels sur toute l'étendue du territoire national, la PPM bénéficie pour ce faire des concours de l'Etat et de ses partenaires. Le GIE Santé pour Tous s'est exclusivement consacré aux médicaments essentiels au profit de ses clients privilégiés que sont les CSCOM. Les autres importateurs ont toute latitude de faire la même chose et certains grossistes importent des médicaments essentiels même si les quantités restent négligeables par rapport aux médicaments de spécialités. Grâce à une politique de communication entreprise depuis de nombreuses années et l'expérimentation de leur importation et distributions dans le cadre de projets financés par l'extérieur, le Département de la Santé a largement fait connaître les médicaments essentiels aux populations. Mais la fin de ces projets pilotes risque de se traduire par des difficultés d'approvisionnement si la PPM n'est pas renforcée pour y faire face. Elle a besoin, pour ce faire d'appui technique pour l'amélioration de sa gestion notamment des relations entre le magasin central et les unités régionales, de l'amélioration de ses procédures internes de gestion, d'une comptabilité plus claire de ses transactions avec le réseau des formations sanitaires, d'un stock tampon plus important pour éviter les ruptures ainsi que du matériel et des moyens logistiques. Un appui de la coopération néerlandaise est en cours pour trouver des solutions à ces différents problèmes.

2.2.9. Les structures de formation et de recherche :

Le Mali dispose des structures de formation initiale pour l'ensemble du personnel nécessaire à l'animation des structures de premier niveau et de première référence. En effet, l'Ecole Nationale de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie fournit depuis 1973 quelques dizaines de médecins et de pharmaciens par an. En outre l'ENMP a la possibilité de former des spécialistes dans certaines disciplines en rapport avec certaines universités françaises. L'ENMP assure aussi des missions de recherche, notamment à travers le centre de recherche sur l'épidémiologie et les affections parasitaires. L'Ecole Secondaire de la santé forme des infirmiers/res d'état, des sages-femmes des techniciens de laboratoires et des techniciens d'assainissement. Les Ecoles d'Infirmiers du Premier Cycle de Bamako et de Sikasso forment des infirmiers de santé, des infirmières obstétriciennes et des infirmiers pharmacie-laboratoire. Le Centre de Spécialisation des Techniciens de Santé forme des techniciens supérieurs spécialisés en Kinésithérapie,

radiologie, odontostomatologie, anesthésie-réanimation, santé publique, santé mentale, biologie, ophtalmologie, ORL.

Tableau n°8 : Effectifs des diplômés des écoles de formation de base en Santé de 1987 à 1997

	Inf. SP	Obst.	P/Lab	IDE	SFE	TLP	TS	Med	Pharm
1987	52	6	5	51	32	13	12	21	6
1988	115	20	7	70	24	11	9	42	37
1989	46	16	4	65	36	14	3	69	26
1990	89	13	4	72	33	9	3	73	23
1991	63	11	8	54	46	5	2	58	23
1992	65	11	8	44	55	9	0	45	34
1993	65	19	6	38	42	9	0	74	25
1994	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1995	47	14	3	50	24	19	0	71	35
1996	44	17	0	32	12	9	5	74	47
1997	40	21	3	31	12	4	0	-	-
Total	626	148	47	507	316	102	34	527	256

Source : ENMP, ESS, EIPC (Bamako et Sikasso). 1998

Tableau n°9 : Recrutements dans la Fonction Publique

1995	0	0	0	36	23	5	10	47	5
1996	0	18	16	70	2	18	0	28	3
1997	39	27	8	45	20	12	8	52	6
TOTAL	39	45	24	151	45	35	18	127	14

Source : ENMP, ESS, EIPC (Bamako et Sikasso) 1998.

La comparaison avec les recrutements effectués de 1995 à 1997 permet de penser que les catégories les plus demandées sont les Infirmiers d'Etat, les Médecins, les Infirmières obstétriciennes et les sages-femmes. Par contre les recrutements en infirmiers de santé publique sont très en deçà des effectifs formés dans les écoles. L'on constate par ailleurs le faible nombre des techniciens de laboratoire et des techniciens sanitaires. Ce phénomène s'explique sans doute par les faibles perspectives de promotion offertes dans ces corps. Une étude sur l'adéquation formation-emploi menée en 1997 révèle un écart important entre les programmes de formation dispensés dans les écoles et les compétences attendues des agents pour la mise en oeuvre de la politique sectorielle de santé et de population. Le même constat ayant été fait dans le passé, des programmes de révision des curricula des écoles ont été entrepris sans grands succès.

Le secteur privé commence à s'intéresser au domaine de la formation et d'ores et déjà, une école de formation paramédicale a vu le jour et forme des matrone, aides-soignants, infirmiers et techniciens de laboratoire. L'Institut Nationale de Recherche en Santé Publique a pour mission de promouvoir la recherche médicale, biomédicale et en Santé Communautaire. Dans la pratique il continue à assumer son ancien rôle de laboratoire de biologie humaine qui devrait maintenant être réservé aux formations sanitaires et aux structures privées. La recherche dans le domaine de la santé communautaire est cependant assurée au sein du Département de santé communautaire.

2.3. Les Ressources du secteur

2.3.1. Les Ressources humaines

Les effectifs et la structure du personnel socio-sanitaire du secteur public ne sont pas conformes aux besoins de mise en œuvre de la politique sanitaire. En effet, si des efforts ont été accomplis dans le domaine de la formation notamment des spécialistes médicaux et paramédicaux, il y a encore un déficit dans ce domaine car les services hospitaliers et les structures de premier recours ne disposent pas encore tous des personnels qualifiés nécessaires pour les faire fonctionner correctement. Par ailleurs il manque des profils de personnel tels que des cadres moyens gestionnaires pour améliorer la gestion et la comptabilité des formations sanitaires et assurer la gestion de leur maintenance. Grâce à la priorité accordée au secteur de la santé, des recrutements, toujours possibles seront nécessaires pour pallier ces difficultés. En outre le personnel est mal réparti entre d'une part la capitale et les autres régions et entre les zones urbaines et les zones rurales.

Tableau n° 10 : Répartition du personnel (année 1997)

Régions	Médecins	Infirmiers	sages-femmes	Aides-soignants	Autres agents socio-sanitaires	Agents administ. et autres	Total
Kayes	34	141	14	43	56	47	335
Koulikoro	31	138	29	49	48	33	328
Sikasso	45	196	18	57	77	60	453
Ségou	42	158	22	78	88	68	456
Mopti	34	144	16	90	52	26	362
Tombouctou	26	80	9	21	35	44	215
Gao	18	74	15	16	46	28	197
Bamako	313	663	220	218	490	527	2431
Total	543	1594	343	572	892	833	4777

Source : Rapport "Etude sur le financement du système de santé au Mali. Mission Xylème à Bamako. 1997"

Ainsi, Bamako concentre plus de la moitié du personnel socio-sanitaire du pays. 57% des médecins, 41% des infirmiers et 64% des sages-femmes travaillent à Bamako. Les services centraux du Ministère occupent 31% des médecins, 11% des infirmiers et 16% des sages femmes. Le personnel féminin pose par ailleurs des problèmes particuliers en raison de ses obligations matrimoniales. C'est ce qui explique sans doute que plus de 60% des sages-femmes se trouvent à Bamako pour rapprochement de conjoints, ceci pouvant être aussi le cas d'infirmières ou de médecins de sexe féminin. En outre, les médecins ayant effectué une spécialisation (clinique ou santé publique) répugnent souvent à servir en dehors de Bamako ou des capitales régionales ce qui aggrave les déséquilibres en faveur de la capitale. Il faut souligner aussi que la gestion très centralisée du personnel de la santé constitue un facteur favorisant ce déséquilibre.

Le personnel des CSCOM se caractérise par sa très grande instabilité en raison sans doute de son statut précaire (ils sont révocables à tout moment par les ASACO) et du

manque de perspectives de carrière. La décentralisation pourrait être une opportunité pour résoudre ce problème dans le cadre du statut des personnels des collectivités territoriales. En effet le personnel des collectivités décentralisées jouit des garanties similaires à celui de la fonction publique aux termes de la loi n°95-022 du 20 mars 1995 portant statut des fonctionnaires des collectivités territoriales. Ce statut pourrait être appliqué aux personnels des CSCOM. Enfin il convient de noter que les ressources humaines du secteur privé ne sont pas régulièrement recensés et pris en compte dans l'analyse des besoins globaux du secteur. Ceci constitue une lacune que le Département de la santé s'efforcera de corriger.

2.3.2. Les ressources financières :

Les ressources financières du secteur de la santé comprennent les dépenses de l'Etat, celles des entreprises du secteur moderne celles des ONG et des jumelages et les financements privés.

- **Les Dépenses de l'Etat :**

Les dépenses de l'Etat comprennent les dépenses sur financement intérieur consacrés presque exclusivement au fonctionnement des services et autres formations sanitaires du secteur public et les financements extérieurs destinés en priorité aux investissements.

A. Les dépenses courantes de santé :

L'évolution du budget de la santé dans le budget d'Etat témoigne des efforts d'arbitrage intervenus en faveur de la santé exprimant ainsi le degré de priorité accordé à ce secteur depuis quelques années. Elle témoigne aussi de l'intérêt que certains partenaires ont porté au financement des dépenses courantes de la santé en allouant des aides budgétaires ciblées à ce secteur. Si l'on exclut, les dépenses d'investissement sur financement intérieur, les dépenses de la caisse de retraite et les charges communes imputées à la santé et l'on prend en compte les dépenses de personnel de santé et les achats de médicaments financés sur le filet social, les dépenses courantes de santé s'élèvent pour 1997 à 9,1 milliards de F CFA soit environ 6,2 % des dépenses courantes de l'Etat.

Dans le tableau qui suit, les dépenses courantes de santé comprennent les crédits du budget national et des budgets régionaux ainsi que les subventions aux EPA. Les dépenses du filet social et les charges communes ne sont pas retenus dans les dépenses courantes de l'Etat. L'évolution du ratio part des dépenses de santé dans les dépenses courantes de l'Etat témoigne de la continuité des efforts en faveur de la santé.

Tableau n°11 : Part de la Santé dans les dépenses courantes de l'Etat (budgets national et régional +EPA, hors filet social et charge commune.)

	1995	1996	1997	variation 1995/1997
Dépenses courantes totales (budg.nat.+budg.rég. hors serv.dette) (1)	124,6	139,9	146,5	17,6%
Dépenses courantes santé Budget National(2)	3,5	3,9	4,7	34,3%
Dépenses courantes santé Budgets régionaux (3)	1,2	1,5	1,8	50,0%
Dépense courantes EPA hors Caisse de Retraite (4)	1,0	1,9	1,9	90,0%
Total dépenses courantes de santé (5) (2+3+4)	5,6	7,2	8,4	50,0%
Total dépenses courantes de santé (effectives)	5,6	6,8	7,3	30,4%
Ratio dépenses courantes santé (5/1)	4,5%	5,2%	5,7%	26,7%

Source : Rapport Xylème à Bamako 1997

Composition des dépenses courantes de santé :

L'essentiel des dépenses courantes de santé de l'Etat se compose des dépenses de personnel de l'Etat, de fonctionnement des services centraux, régionaux et subrégionaux et des formations sanitaires des niveaux tertiaires et secondaires. Les crédits de fonctionnement affectés aux centres de santé de cercles sont très modestes. Une analyse des dépenses de santé par nature révèle une prédominance des dépenses de personnel. Elles représentent en effet plus de 62% des dépenses courantes de santé en 1992. Toutefois la situation s'est améliorée d'année en année car les efforts d'augmentation de la part de la santé dans le budget de l'Etat ont eu pour effet d'accroître la part réservée au fonctionnement et à l'équipement, les recrutements dans la fonction publique ayant été réduits au cours de la période.

Tableau n°12 : Evolution de la structure du budget de la Santé hors financements extérieurs, hors CRM (en millions de F CFA)

Niveaux	Nature Dépense	1992		1993		1994		1995		1996		1997	
		montant	%	montant	%	Montant	%	montant	%	montant	%	montant	%
Niveau central	Personnel (1)	1.580,6		1.694,6		1.075,9		1.986,2		2.017,2		2.040,0	
	Matériel (2)	1.473,0		1.493,7		2.142,1		1.986,8		2.394,7		2.666,7	
	Autres (3)	141,2		185,3		1.503,6		1.273,9		1.649,0		2.635,7	
Equipement/ investissement	Contrepartie (4)	224,8		157,3		373,7		282,5		295,2		639,2	
Niveau régional	Personnel (5)	1.583,6		1.502,7		1.699,3		1.654,8		1.504,3		1.667,6	
	Matériel (6)	83,1		104,9		129,3		122,9		127,2		122,2	
Total personnel	(1) + (5)	3.164,2	62	3.197,3	62	2.775,2	40	3.641,0	49	3.521,7	44	3.707,6	38
total matériel	(2) + (6)	1.556,1	30	1.598,6	31	2.271,4	32	2.109,7	28	2.521,9	31	2.788,9	28
Autres	(3) + (4)	366,0	8	342,6	7	1.877,3	28	1.556,4	23	1.944,2	25	3.274,9	34
Total dépenses courantes		5.086,3	100	5.138,5	100	6.923,9	100	7.307,1	100	7.987,8	100	9.770,8	100

Source : DAF MSPAS 1998.

Ainsi, de 62%, la part du personnel ne représente plus que 40% environ des dépenses courantes de santé. Les dépenses de fonctionnement restent dans la même proportion (30% environ) tandis que les autres dépenses connaissent une certaine expansion. Il s'agit surtout de moyens supplémentaires pouvant servir à la fois pour le que la rubrique "autres" concerne essentiellement des dépenses du niveau central dans la mesure où elle inclut les frais de transports, d'eau et d'électricité et les subventions aux EPA.

Tableau n°13 : Evolution des crédits budgétaires du MSPAS par niveau

Dépenses par niveau	1992	1993	1994	1995	1996	1997
(1) + (2)	3053,6	3188,3	3217	3973	4411,9	4706,7
(1) + (2) + (3) + (4)	3419,6	3530,9	5095,3	5529,4	6356	7981,6
(5) + (6)	1666,7	1607,6	1828,6	1777,7	1631,5	1789,8

Source : DAF - MSPAS 1998

L'on constate une relative stagnation des crédits budgétaires affectés aux régions et qui servent essentiellement au fonctionnement (personnel et matériel) des Directions Régionales et des services socio-sanitaires de cercle et d'arrondissement. En d'autres termes on peut dire que les dépenses courantes de l'Etat consacrées aux soins de santé primaires sont relativement faibles et n'ont pas bénéficié des efforts d'augmentation de la part de la santé dans le budget de l'Etat. Comme indiqué plus loin, cette lacune est provisoirement comblée dans des localités où existent des projets dont une partie des ressources servent à payer des frais de fonctionnement des services. Cela pose néanmoins la question de la pérennité des actions après la fin des projets.

B. Les financements extérieurs :

Ils sont prioritairement destinés aux investissements et principalement au développement du système de santé de cercle. Ils représentent environ 12% du montant des investissements totaux du pays. Cependant une proportion non négligeable des ressources extérieures servent au financement des dépenses de fonctionnement au niveau régional et local (transports, carburants, fournitures de bureau etc..) venant ainsi suppléer à la faiblesse des crédits budgétaires affectés aux Directions Régionales. L'analyse de l'évolution des financements extérieurs révèle une relative stagnation en termes réels des décaissements depuis 1994. La totalité des crédits disponibles n'a pas été utilisée. Par ailleurs l'examen du taux d'exécution du PSPHR fait ressortir la faible utilisation des ressources disponibles pour le secteur.

Tableau n°14 : Exécution des BSI (financement extérieur) (milliards F CFA)

		1994	1995	1996	1997	Variation 1995-1997
total BSI extérieur	a1	99	109	144	140	28,4%
Décaissement BSI santé extérieur	a2	11,0	11,8	13,6	14,2	20,3%
part de la santé/BSI extérieur (a2/a1)	a3	11,1%	10,8%	9,5%	10,1%	-

Source : Commissariat au Plan.

Tableau n° 15 : Exécution du PSPHR au 1er septembre 1997 (milliards F CFA)

	Montant de la convention	Montant décaissé	Taux d'exécution
IDA	15,035	11,718	78%
USAID	1,940	1,035	53%
KFW	4,290	2,248	52%
DEF	2,336	1,387	22%
TOTAL	27,601	16,388	59%

Source : PSPHR

- **Les dépenses des ménages :**

Les dépenses de santé des ménages comprennent, les achats de médicaments, les paiements des prestations des formations sanitaires des secteurs public et privé ainsi que ceux estimés de la médecine traditionnelle et du secteur informel. Selon les estimations de l'enquête budget consommation contenues dans le document "Mali profil de pauvreté", la part de la santé dans la consommation globale des ménages est de 2,3%.

Les dépenses de santé calculées sur cette base pour l'année 1997 s'élèvent à 28,75 milliards de F CFA. La structure de ces dépenses se présente comme suit :

- achat de médicaments modernes 77%
- médecine traditionnelle 14%
- paiements des prestations 7%
- autres (informel...) 2%

Tableau n°16 : Consommation moyenne par catégorie de population (année 1997)

		Part de la population	Dépenses par habit/an (f cfa)	Part consacrée à la santé	Montant /hbt/an (f cfa)
Très pauvre	x1	25,9%	50.000	1,8%	936
Pauvre	x2	46,1%	100.000	2,1%	2142
Non pauvre	x3	28,0%	235.000	3,1%	7440
Moyenne pondérée	x4		125.000	2,3%	2875

Ces chiffres laissent apparaître un grande faiblesse de la consommation médicale des ménages due pour une part à l'inaccessibilité géographique des soins mais aussi et surtout à la pauvreté. Ce phénomène a été perceptible tout au long de la mise en oeuvre du PSPHR et aussi des autres projets de santé utilisant les mêmes approches lorsque les populations avaient du mal à mobiliser leur part du financement des investissements.

- **Les autres sources de financement de la santé :**

On peut distinguer parmi ces autres sources de financement, les Comités locaux et régionaux de développement, les entreprises du secteur moderne, la coopération décentralisée et les dons divers.

A - Les Comités régionaux et locaux de développement :

Avant la mise en place effective des collectivités territoriales décentralisées dont les compétences en matière de création et de gestion des infrastructures sanitaires sont définies par la loi, les Comités Régionaux et Locaux de Développement ont toujours la latitude de prendre des décisions d'affectations de ressources provenant de la Taxe de Développement Régionale et Locale (TDRL) aux dépenses de santé. Il peut s'agir de dépenses de fonctionnement mais aussi d'investissement. Il est difficile d'en faire un bilan dans la mesure où les données ne sont pas centralisées. Toutefois on peut constater qu'il peut s'agir de dépenses ponctuelles d'investissements (construction/rénovations), de prises en charges de salaires de personnels (matrones, aides-soignants) ou de dépenses de fonctionnement. L'application du critère de la participation des CLD à hauteur de 7% aux dépenses de santé est généralement consacrée par la prise en charge des salaires de certains agents du niveau périphérique.

B - Les entreprises du secteur moderne :

En application des dispositions du code du travail, les entreprises privées et publiques versent à l'INPS des cotisations, en vue d'assurer la protection de leurs salariés contre les risques, que sont la maladie, la vieillesse, les accidents du travail et les maladies professionnelles ainsi que les prestations familiales. Le régime des accidents du travail et des maladies professionnelles prévoit la prise en charge en tiers payant des frais de transport et de soins qui sont la conséquence des risques invoqués. La protection contre la maladie est assurée par un service médical et par des mesures de prévoyance et de soins. Certaines entreprises disposent en outre d'infirmières, dotées en personnel et en médicaments par l'INPS. D'autres entreprises ont mis en place des mécanismes originaux de prise en charge (clinique équipée dans le cas de la SEMOS, fonds social à la CMDT et caisse d'aide à l'Office du Niger).

Le tableau suivant donne l'évolution des dépenses du régime de protection contre la maladie. L'on constate une prédominance des dépenses de personnel notamment du personnel du réseau des CMIE et des infirmières d'entreprises. Les achats de médicaments occupent aussi une place importante dans ces dépenses même si cela ne permet pas d'assurer la gratuité des médicaments aux assurés. Les dépenses en immobilisations représentent les investissements en infrastructures réalisés au cours de la période.

Tableau n°17 : Evolution des dépenses du régime de protection contre la maladie de l'INPS (en millions de F CFA).

Nature	1994	1995	1996 (prév.)	1997 (prév.)
Immobilisations	160,3	373,9	393	445
Personnel	534,7	667,2	790	915
Impôts et taxes	42,3	56,1	80	80
TFSE	53,4	53,8	96,5	110
Transports et déplacements	29,2	43,7	52,5	57,5
Charges techniques dont :	355,4	382,4	436	486
Consultations	1,8	2,7	3	3
Analyses	3,7	1,5	3	3
Médicaments	332,6	351,8	400	450
Autres	17,3	26,3	30	30
Frais divers de gestion	24,1	25,6	45	65
Total	1.199,4	1.602,7	1.893	2.158,5

Source : INPS 1997

C - La coopération décentralisée :

Il s'agit essentiellement des dépenses de santé provenant des ONG, des villes jumelées, des maliens de l'extérieur et de la coopération avec les hôpitaux. Il n'y a pas de données précises concernant ces ressources. Les ONG internationales sont essentiellement financées par des agences de coopération bilatérales et multilatérales (USAID, FAC, CCE etc.). Les estimations tournent autour de 2,5 milliards de F CFA. L'analyse de l'allocation des ressources financières du secteur de la santé permet de faire un certain nombre de constats :

- 1°) Le niveau des dépenses courantes de santé par habitant et par an (4 US \$) est inférieur aux 12 US \$ requis pour couvrir les coûts des services de santé de premier niveau et de première référence. Les ménages participent à hauteur de 50% au financement de ces dépenses. Les bailleurs de fonds extérieurs devront pendant encore longtemps fournir les ressources complémentaires pour un financement adéquat des dépenses courantes de santé.
- 2°) Le montant total des dépenses de santé est financé à concurrence de 70% par les ménages et 17,4% par l'Etat. Il représente environ 3,8% du PIB ce qui est inférieur aux 5 à 6% observés en moyenne dans les autres pays. En d'autres termes, la solidarité nationale n'intervient que pour un quart environ des dépenses totales de santé. Des efforts doivent être entrepris pour accroître la part de financement collectif des dépenses de santé de manière à alléger la charge que représente les paiements directs pour les ménages.

3°) Les dépenses de santé des ménages (28,75 mds de f cfa) sont consacrés à 60% aux achats de produits pharmaceutiques du secteur privé et aux dépenses dans le secteur informel. Les efforts de rationalisation des dépenses de santé doivent avoir pour objectif une meilleure utilisation de ces ressources grâce à la promotion des médicaments essentiels et de l'utilisation des services de soins modernes.

4°) La répartition actuelle des dépenses de santé entre investissements et fonctionnement pose à terme le problème de l'entretien et de la maintenance des infrastructures du système de santé. Tout nouvel investissement doit tenir compte des ressources nécessaires pour en assurer les charges récurrentes.

3. Situation de l'Action Sociale et de la Solidarité :

Le Gouvernement a adopté en 1993, une politique de Solidarité qui a pour ambition de lutter contre les différentes formes d'exclusion et de marginalisation. Les éléments de cette politique visent les objectifs de justice et de partage en vue du renforcement de la solidarité nationale. Ils sont définis autour des grands domaines de l'organisation sociale et de la protection sociale des couches défavorisées et démunies. La Politique de Solidarité place au centre de ses préoccupations les personnes âgées, les enfants, les handicapés et les plus démunis.

Les objectifs spécifiques en matière de solidarité visent à :

- prévenir et lutter contre la pauvreté, les phénomènes de marginalisation et d'exclusion sociale ;
- renforcer les capacités d'auto-promotion des groupes cibles (couches défavorisées, femmes chefs de famille, handicapés, enfance déshéritée, indigents etc.) ;
- rationaliser l'intervention de l'Etat dans ses missions de protection sociale.

La concrétisation de ces objectifs se fera par :

- le développement des mécanismes de solidarité locale, régionale et nationale, et faire en sorte que les appuis de l'Etat soient redistribués pour garantir l'accès aux services de base (santé, éducation, eau potable, etc.) ;
- la mise en place et le développement des mécanismes de protection sociale et de réseaux modernes de solidarité (mutualités, groupes d'auto-promotion, etc.) ;
- l'organisation des groupes cibles autour d'activités génératrices de revenus en rapport avec les autres secteurs ;
- la réglementation de l'assistance sociale ;
- l'information et la communication.

L'action sociale est distribuée sur le territoire à travers un réseau de service de l'Etat et des associations. L'organisation de l'action sociale répond aujourd'hui depuis la restructuration intervenue en 1994 à une forme pyramidale qui se présente comme suit :

Au niveau périphérique : des centres de développement communautaire de quartiers pour les grandes villes et de certains chefs lieux d'arrondissements. Il convient de noter que la création de centres de développement communautaire n'est pas systématique et les dispositions réglementaires en font une faculté, lorsque sont réunies les conditions d'adhésion des communautés et d'identification des activités de promotion sociale. Aujourd'hui, 27 (vingt sept) centres de développement communautaire sont fonctionnels sur l'étendue du territoire répartis principalement dans les capitales régionales et certains arrondissements.

Au niveau cercle : le Service Social de Cercle assure des missions de mise en œuvre des plans et programmes d'action sociale et de solidarité dans le ressort administratif du cercle. Au nombre de 52 pour les cercles et les 6 communes du District de Bamako, les services sociaux de cercles ont été créés en 1994 (Décret N° 94-24/P-RM du 15 Août 1994).

Au niveau régional : les Directions Régionales de l'Action Sociale au nombre de huit, ont pour missions : l'élaboration, dans le cadre de plans et programmes nationaux de la politiques de solidarité, des objectifs pluriannuels et annuels à atteindre en matière d'amélioration de la protection sociale.

Au plan national : La Direction Nationale de l'Action Sociale chargée de la conception, de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique de solidarité, comprend trois divisions : la Division Développement Communautaire, la Division Protection Sociale et la Division Promotion des Personnes Handicapées et trois services rattachés (CNI ECS, CAPF et EFDC).

C'est à travers ce réseau que se sont développés les programmes et activités sociaux.

3.1. La lutte contre les exclusions :

La lutte contre les exclusions constitue l'une des finalités de la politique de solidarité. Elle vise à renforcer la cohésion sociale et à développer le vouloir éthique de réciprocité et de responsabilité. Le rôle et l'intervention de l'Etat sont définis en termes d'organisation, de garant de la solidarité nationale. Ils s'articulent autour d'un certain nombre de logiques parmi lesquelles la couverture minimale des besoins fondamentaux des citoyens, le maintien de la justice sociale sur la base d'une répartition équitable des fruits de la croissance, la prévention et la lutte contre la pauvreté. Les stratégies développées ont consisté en une redistribution des subventions de l'Etat sous formes d'aide et d'assistance au développement des programmes de promotion des personnes handicapées, à la protection sociale de l'enfance et aux programmes de lutte contre la pauvreté.

Premier maillon d'un système formel de protection sociale, l'assistance et l'aide sociale restent l'un des domaines d'intervention privilégié dans la lutte contre l'exclusion. Elles sont orientées principalement vers les personnes nécessiteuses telles que les femmes chefs de famille sans ressources, les personnes handicapées et certaines institutions (hôpitaux, prisons et tribunaux) qui développent des services sociaux spécialisés. L'assistance et l'aide sociale concernant les secours (en espèce et en nature), l'assistance promotionnelle, l'aide aux triplés, la réparation des sinistres et les appareillages. L'Etat est secondé dans cette mission par les fondations, les associations de bienfaisance et certaines collectivités décentralisées (municipalités).

L'assistance et l'aide contribuent à atténuer les phénomènes d'exclusion dont la mendicité constitue la forme la plus évidente. Conçu avec certaines associations de bienfaisance, le programme de lutte contre la mendicité avait pour but de réduire le caractère ostentatoire de la mendicité par le financement d'activités génératrices de revenus pour les personnes condamnées à la mendicité ou la pratiquant et de promouvoir les actions d'aides par le travail. Les projets d'auto-promotion et de développement des initiatives locales mis en œuvre par les communautés ont démontré que lorsqu'ils sont bien conçus, ils peuvent constituer des éléments de développement à dimension humaine. C'est pourquoi, ils ont constitué un axe prioritaire du programme de l'action sociale. S'agissant de la promotion des personnes handicapées, un ensemble de mesures et d'actions visant à assurer à la personne handicapée le maximum de chances d'intégration a été adopté et mis en œuvre.

Sous l'appellation de réadaptation à base communautaire (RBC), des programmes de réinsertion ont été initiés dont l'objectif principal est de faire en sorte que les personnes handicapées (qui constituent le plus fort pourcentage des mendiants) puissent développer au maximum leurs aptitudes physiques et mentales : qu'elles aient accès aux services ordinaires et parviennent à une entière intégration sociale dans leur famille et leur communauté. Ainsi, les activités de prévention ; de rééducation et d'appareillage ; d'aide sociale ; de formation professionnelle furent les différentes composantes de ce programme.

Des mesures institutionnelles ont également été prises pour accompagner ce programme notamment :

- la restructuration de la D.N.A.S. avec la création d'une division chargée des personnes handicapées ;
- la mise en place de nouveaux organes pour la Fédération Malienne des Associations pour Personnes Handicapées (FEMAPH) ;
- l'élaboration d'un projet de Code de Protection Sociale qui constitue le cadre juridique de la politique d'orientation et de prise en charge des Personnes Handicapées.
- la protection sociale de l'enfance, l'accueil, le placement des enfants abandonnés et en détresse, les actions éducatives en milieu ouvert en faveur des enfants en circonstance difficile et leur participation à la prise en charge de leurs problèmes, constituent le champ d'intervention particulier de la D.N.A.S. et de ses structures déconcentrées.

Tableau : Répartition des Infrastructures sociales par secteur

TYPES D'INFRASTRUCTURES	SECTEUR PUBLIC	SECTEUR ASSOCIATIF
Services sociaux de cercle	52	00
Centre de Développement Communautaire	04	23
Centre d'Accueil et de Placement Familial	01	00
Centre d'Accueil pour enfants abandonnés	00	03
Centre d'hébergement pour jeunes et enfants en difficulté	00	02
Centre de Réadaptation pour Handicapés Physiques	01	03
Centre Médico Psychopédagogique	00	01
Institut des Jeunes Aveugles	00	02
Centre d'écoute pour enfants de la rue	00	02
Foyer pour enfants de la rue	00	04
Centre de formation professionnelle pour handicapés	00	01
Village d'Enfants SOS	00	02
Institut des Jeunes Sourds	00	01
Centre d'Observation et de Rééducation	01	00

Sources : D.N.A.S. (1996).

L'aide et l'assistance, en ce qu'elles consistent en des prestations individuelles, globales ou de groupe restent une des stratégies d'intervention classique de l'Etat. Elle persistera tant qu'il n'y aura pas une couverture globale de la population en terme de mécanisme de protection sociale. Les efforts fournis par l'Etat au cours de cinq dernières années (200 Millions de subventions) se sont traduits par un plus grand nombre de bénéficiaires et une augmentation du taux de satisfaction des demandes exprimées. Par ailleurs, il faut observer que dans certains cas (financement de projets de groupe) cette stratégie s'est révélée porteuse si elle est correctement appliquée. Cependant, force est de reconnaître qu'en dépit de ces efforts, la marginalisation et les phénomènes d'exclusion n'ont pas pour autant baissé.

Le caractère ponctuel des interventions, la très grande diversité dans la nature des prestations constituent les limites de cette stratégie. La faiblesse de l'impact des actions menées, l'impossibilité pour l'Etat de contenir la paupérisation et l'apparition de nouvelles formes de déviances sociales et de marginalisation, posent le problème de la pertinence des actions et des stratégies jusque là déployées. L'insuffisance des actions menées s'est surtout manifestée par des difficultés d'application de certaines mesures réglementaires édictées et la non adhésion des groupes cibles. Le Décret n°44/PG du 22 février 1968 portant réglementation des secours en République du Mali en raison de son inadaptation au contexte actuel ne permet pas de faire face aux nouvelles formes de pauvreté.

La non adhésion des groupes cibles notamment dans le cadre de la lutte contre la mendicité a constitué un frein à l'expansion rapide de la Réadaptation à Base Communautaire (RBC) qui devait constituer une approche performante dans la lutte contre les exclusions. Par ailleurs, apparues en application de l'Ordonnance 41/PCG du 28 Mars 1959, les associations pour la promotion des handicapés qui se proposaient de relayer l'Etat et de l'appuyer dans sa lutte contre l'exclusion de ces catégories de personnes dont les formes les plus sévères de marginalisation se manifestaient dans la mendicité, n'ont pas atteint leur objectif. Elles se sont très vite enlisées du fait de l'imprécision des rapports entre l'Etat et elles, de l'insuffisance des ressources allouées par l'Etat, de l'inexpérience de leurs leaders et des interminables conflits en leur sein.

L'absence d'une coordination entre les différents intervenants se traduit par un émiettement des projets que l'insuffisance de ressources ou de promotion d'initiatives locales aggrave. L'Etat, dans ce contexte, reste toujours sollicité en termes de subventions ou d'intermédiaires avec les partenaires extérieurs (ONG, aides bilatérales ou multilatérales). Ces programmes qui ont pour ambition de lutter contre la pauvreté par le développement des potentialités endogènes, restent donc dominés par le sceau de l'assistance, toutes choses, contraires aux objectifs qui les animent.

S'agissant de la protection sociale de l'enfance, les multiples formes de déviances au sein du groupe enfant-jeunesse et leur ampleur ont entraîné l'apparition de nombreuses associations sur le terrain. Les actions à ce niveau ont consisté en un ensemble de programmes et projets initiés en faveur des enfants dans les domaines socio-éducatifs en milieu ouvert ou institutionnel et qui aujourd'hui ont permis d'obtenir quelques résultats probants. L'ampleur des phénomènes de marginalisation (mendicité des enfants, délinquance juvénile) et l'insuffisance des ressources humaines et financières restent les préoccupations majeures pour lesquelles s'imposent des mesures plus énergiques en matière de prise en charge éducative, d'apprentissage, de formation professionnelle et la mise en place d'une législation adaptée.

3.2. La Protection Sociale et la prise en charge des risques

Dans le cadre de la politique de solidarité, une nouvelle approche visant la mise en place d'une protection sociale performante a été définie. Elle consiste à promouvoir une véritable mutualité capable d'intéresser toute la population aussi bien urbaine que rurale. Les Mutuelles constituent un mécanisme de protection, de prévoyance sociale et une source de financement dont l'impact peut être décisif dans la lutte contre l'exclusion par un meilleur accès de leurs adhérents aux soins de santé, à l'éducation, à la culture tout en renforçant la cohésion sociale. Afin d'assurer le cadre réglementaire indispensable au développement de la mutualité, un certain nombre de textes législatifs et réglementaires ont été élaborés et adoptés :

- la Loi N° 96-022 du 21 février 1996 régissant la mutualité en République du Mali ;
- le Décret N° 96-136/P-RM du 02 Mai 1996 fixant les conditions de placement et de dépôt des fonds des mutuelles ;
- le Décret N° 96-137/P-RM du 02 Mai 1996 établissant les statuts - types des mutuelles.

Des missions d'information ont été couronnées par l'organisation en 1995 de la semaine de la mutualité à Bamako. Malgré son caractère récent, la politique de mutualité a enregistré des acquis au plan de la réglementation et de l'éveil des mentalités. Aujourd'hui, le cadre réglementaire disponible constitue le garant d'une action coordonnée des mutuelles existantes et à venir. Il faut signaler cependant que la plupart des mutuelles sont confrontées à l'insuffisance de ressources, à la détermination de la nature du risque à couvrir, le taux des cotisations, l'identification des bénéficiaires, l'émergence d'acteurs motivés pour la mobilisation de la population, le manque de confiance de la population aux services de santé publique. Elles versent plutôt des secours, des aides ponctuelles à leurs membres et ne se présentent pas véritablement comme des alternatives de financement de la santé. Seule la MUTEC possède un centre de santé qui pose des problèmes de gestion énormes.

Les autres mutuelles font de l'assistance en octroyant des crédits à leurs membres ou en payant des prestations retraites. Aussi, il faut relever globalement le manque d'impact de la mutualité sur le développement sanitaire et social. De façon générale, la sécurité sociale au Mali ne concerne que les salariés du secteur privé et parapublic ainsi que les fonctionnaires. La population qui bénéficie d'une partie au moins du dispositif de sécurité sociale est inférieure à 10 % de la population totale. Les salariés et les fonctionnaires bénéficient d'une couverture assez satisfaisante des risques sociaux avec les régimes maladie, maternité et les prestations familiales, accidents de travail vieillesse, invalidité et décès. Mais en pratique, certaines prestations se révèlent dérisoires. Dans le domaine de la santé, les prestations en nature qui consistent en un accès gratuit aux centres médicaux d'entreprise sont d'une portée très limitée compte tenu de la qualité du service. Bien que les fonctionnaires ne paient que 20 % des frais d'hospitalisation, ils continuent à se plaindre d'avoir à supporter un coût élevé pour des soins médiocres. Avec la faiblesse des ressources économiques des entreprises, les montants des cotisations et des prestations y afférentes n'ont pas connu d'évolution significative. Par ailleurs, la réduction de l'effectif des cotisants avec les impératifs du Programme d'Ajustement Structurel imposant la fermeture des sociétés et entreprises d'Etat ou la compression de leur personnel, l'incitation au départ volontaire à la retraite par anticipation ont déstabilisé le financement de la sécurité sociale.

La sous utilisation des centres médicaux interentreprises entraîne des coûts élevés au bénéfice d'une population bénéficiaire décroissante. En outre, l'augmentation du nombre d'employeurs inactifs réduit les recettes et hypothèque à long terme les différentes prestations de l'INPS qui est tenu de verser des subventions aux entreprises pour améliorer les conditions de travail.

De ce qui précède, il ressort que l'état de la sécurité sociale est préoccupant et il est important de voir comment rendre le dispositif existant plus efficient avant de songer à une quelconque généralisation puis qu'elle ne concerne que 10 % de la population. De plus, la couverture sociale pourrait être améliorée soit par une action directe de l'Etat, soit par le développement des formules privées d'assurances. La protection sociale en vigueur marquée en partie par un régime facultatif d'assurance maladie n'a pas permis jusqu'à présent de susciter l'adhésion de l'ensemble des salariés et fonctionnaires. Ce régime facultatif insuffisant n'a pas incité non plus certaines catégories de la population à l'assurance telles les indépendants (professions libérales, commerçants, agriculteurs, etc.).

Or l'assurance maladie a plusieurs avantages :

- c'est une protection contre le risque maladie ;
- elle constitue un apport considérable en matière de financement des soins de santé, ce qui permettrait d'une part l'accessibilité aux soins pour une grande partie de la population et d'autre part la solvabilité des patients aux niveaux des hôpitaux d'où une augmentation de leurs ressources et l'amélioration de la qualité des prestations.

La mutualité telle qu'elle est souhaitable aujourd'hui devrait avoir pour soubassement

l'assurance maladie.

Mais quelle peut-être la meilleure assurance compatible avec l'état de développement de notre Pays : une assurance volontaire ou obligatoire ?

3.3. Le Programme de mobilisation sociale :

Initié en 1993 par le Département de la Santé afin d'accompagner les programmes de lutte contre les endémies spécifiques telles que les maladies cibles du PEV et les maladies diarrhéiques, etc, le programme de mobilisation sociale devait pallier à l'insuffisante implication des populations. En effet, l'analyse de la situation socio-sanitaire avant la mise en œuvre du programme de mobilisation sociale avait abouti à des résultats alarmants malgré des efforts déployés et l'importance du volume des ressources ; investies dans les plans, programmes, projets et services de santé. Les indicateurs de l'état de santé, tout en restant parmi les plus bas du monde, se trouvaient à des niveaux préoccupants et inacceptables. Cet état de fait interpellait tous les acteurs à tous les niveaux. Donc la mise en œuvre d'un programme de mobilisation sociale se justifiait dans ce contexte.

Certes, il y a eu beaucoup d'acquis suite aux journées de relance du PEV d'une part et des séances d'information et de sensibilisation sur le SIDA d'autre part ; mais ces actions, même si elles ont eu un certain impact à court terme, n'ont pas eu d'effets à long terme. On constate de plus en plus une :

- persistance du taux élevé de morbidité et de mortalité infanto - juvénile (taux de mortalité infantile = 123 ‰ et taux de mortalité juvénile = 131 ‰ selon les résultats préliminaires de l'EDSM-II en 1996) ;
- augmentation du taux de séroprévalence au VIH (SIDA) et aux maladies sexuellement transmissibles (MST) ;
- fréquentation de plus en plus rare des centres de santé par les femmes en vue de la vaccination ;
- dégradation croissante des conditions d'hygiène et de l'environnement ;
- enfin, l'absence d'une politique et d'une structure de coordination de la mobilisation sociale.

Tout cela n'ayant pas permis d'atteindre les résultats escomptés, la question fondamentale qui se pose dès lors, est de savoir si la conduite d'un programme de mobilisation sociale peut incomber à un seul département ?

Aussi, il serait réaliste d'initier des systèmes plus décentralisés des activités du programme de mobilisation sociale.

3.4. Le Programme en faveur des Personnes Agées :

Les orientations définies par ce programme, visent la réduction des inégalités, des injustices sociales à l'égard de cette couche, l'instauration de conditions favorables à sa plus grande implication à la vie de la société.

A cet égard, il s'agit de :

- prévenir la dégradation des conditions socio-économiques des personnes âgées ;
- éviter l'isolement des personnes âgées par l'amélioration de leur prise en charge sociale et de leurs conditions d'accès aux services ;
- préserver l'état de santé et améliorer les conditions d'accès aux soins des personnes âgées ;
- faire contribuer les personnes âgées à l'éducation, à la formation et à la culture.

Ce programme est entré dans sa phase opérationnelle avec l'adoption des premières séries de mesures en matière de protection sociale et sanitaire et de promotion économique. Les initiatives prises dans ce domaine correspondent aux souhaits des principaux bénéficiaires en ce qu'elles constituent des ébauches de solutions à leurs préoccupations.

Ainsi, parmi les actions de protection sanitaire et sociale on peut citer :

- l'adoption par le Gouvernement du Décret N° 95-368/P-RM du 13 Octobre 1995 fixant le régime de rémunération des prestations en faveur des personnes âgées ;
- l'institution de carnets de santé ;
- l'institution des cartes de priorité ;
- lettres circulaires du Premier Ministre relatives à l'accueil des personnes âgées dans les services ;
- le financement des projets de promotion économique ;
- la construction d'un Centre de Gériatrie - Gérontologie.

Cependant, les actions menées revêtent encore un caractère limité au regard des ambitions affichées. En effet, celles-ci ont porté principalement sur le milieu urbain et semi-urbain, pendant que le milieu rural restait insuffisamment couvert (bien qu'à ce niveau, les problèmes soient moins aigus en matière de protection sociale). Par ailleurs, l'inexistence d'un mécanisme cohérent de garantie des revenus pour les différentes couches des personnes âgées, constituent aujourd'hui une limite à ce programme. En fait, toute la problématique du programme en faveur des personnes âgées, se résume à la mise en place d'un système généralisé de protection sociale prenant en compte les situations des différentes catégories (retraités, travailleurs indépendants, artisans, agriculteurs, éleveurs, etc.).

3.5. La Recherche :

Les quelques rares actions initiées dans ce domaine, ont consisté en des Etudes et Enquêtes partielles et ponctuelles : enquête CAP, études sectorielles sur la mendicité, les enfants en circonstances difficiles et les personnes âgées.

D'une façon générale, la recherche dans le domaine de l'action sociale n'a pas constitué une priorité.

3.6. Les Ressources

La mise en place de la politique d'action sociale et de solidarité a nécessité une utilisation rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières disponibles. L'insuffisance quantitative et qualitative de celles-ci a motivé l'initiation d'une véritable politique de mobilisation. Ainsi, en 1993, après le déploiement des ressources, qui n'a pas permis d'atteindre les objectifs souhaités, les recrutements opérés en 1994 et 1995 ont améliorés significativement la couverture du pays en travailleurs sociaux.

En ce qui concerne les ressources financières, en plus des crédits ordinaires de fonctionnement qui ont augmenté de 67,6 % entre 1991 et 1995, des subventions ont été accordées aux structures non publiques pour lesquelles les inscriptions budgétaires sont passées de 63 Millions en 1993 à 100 Millions en 1996. Ce financement du budget d'Etat a été renforcé par les conventions avec le FAC et la GTZ respectivement pour 3,5 Millions de FF et 4,5 Millions de DM pour la période 1992 – 1996. Par ailleurs, un ensemble d'ONG et d'associations concourent au financement des activités sociales et de solidarité. S'agissant des locaux et des moyens matériels de façon générale, leur vétusté et leur insuffisance ont constitué une entrave à l'organisation et au bon fonctionnement des structures malgré des efforts de réhabilitation et de rénovation en cours. Cette situation est beaucoup plus marquée au niveau régional et subrégional.

Par ailleurs, l'apport du budget d'Etat dans le fonctionnement des structures sociales reste insuffisant eu égard aux besoins non satisfaits. Cependant, des efforts ont été faits pour améliorer cette situation, la priorité allant au financement des activités de promotion sociale et de solidarité grâce aux subventions. Le problème de financement du secteur social se pose de façon générale et ne peut trouver de solution que dans la mise en place d'un système cohérent de protection sociale.

IV. - PERSPECTIVES – ORIENTATIONS :

4.1. - Dans le domaine de la Santé

4.1.1. Tendances d'évolution de la situation sanitaire

Les actions de santé combinées à l'amélioration des conditions de vie ont permis d'obtenir au cours de la dernière décennie des gains significatifs en matière de l'état de santé. Ainsi, la mortalité infantile a reculé de 22 % [1], la mortalité juvénile de 30 % et l'espérance de vie a atteint 58 ans. Les principales maladies telles que la lèpre, la tuberculose, l'onchocercose agissant sur un mode endémique ont régressé. L'amélioration de l'offre de services a permis la prise en charge de la majeure partie des affections courantes dès le premier échelon du système de santé.

S'il est aisé de mettre au compte de la mise en œuvre de la politique sectorielle certains acquis tels que l'amélioration des performances de gestion et d'organisation des services, il est difficile d'y rattacher les résultats en termes d'impact sur l'état de santé des populations. Le niveau assez préoccupant des indicateurs de santé tel que décrit précédemment et leur évolution probable en raison de l'apparition de nouveaux fléaux, mérite que les efforts entrepris soient poursuivis en consolidant ceux pour lesquels on a pu faire la preuve de la validité et de la valeur prospective, en parachevant ceux qui méritent de l'être, et enfin, en fournissant l'effort nécessaire pour imaginer de nouvelles stratégies complémentaires.

La préparation du futur plan décennal et de son programme d'investissement est l'occasion idéale pour entreprendre ce processus. Celui-ci intégrera les résultats d'une analyse approfondie de l'organisation du système de santé actuel de ses performances et les perspectives de son développement au cours des dix prochaines années.

Les facteurs susceptibles d'influencer l'évolution de la situation épidémiologique sont :

i. La persistance des épidémies classiques :

Certaines maladies épidémiques ont tendance à s'installer suivant un mode quasi endémique, il est ainsi du choléra, de la méningite qui naguère ne survenaient que de manière cyclique et sur des périodes décennales. Les dernières épidémies de fièvre jaune survenues dans les pays frontaliers au Mali, indiquent la persistance d'une telle menace et donc la nécessité d'une plus grande vigilance. Si on peut espérer que certaines actions notamment l'élévation du niveau de scolarisation contribue en partie à infléchir une telle tendance, il faut cependant des mesures plus spécifiques plus énergiques et plus soutenues pour éviter l'endémisation de certaines épidémies.

ii. L'évolution de la pandémie du SIDA

Parmi les maladies agissant sur un mode épidémique, le cas du SIDA mérite une attention toute particulière car le rythme de sa progression actuelle est effrayant. En effet, les prédictions des modèles de simulation sur l'évolution du SIDA au cours des cinq dernières années qui indiquaient un dédoublement du nombre de cas d'infection ont été largement dépassées. Une évolution pessimiste est probable en dehors des mesures vigoureuses. Cette situation est d'autant plus inquiétante que les progrès en matière de production d'un éventuel vaccin reste très incertains, et les premiers produits thérapeutiques demeurent d'un coût excessivement élevé. Malgré les mesures, l'évolution du nombre de cas se fera en augmentant jusqu'à un seuil et n'amorcera un recul qu'après celui-ci (on ignore pour l'instant combien de temps ce plateau va se maintenir et quand il sera atteint). Ceci indique que bon nombre de cas vont se manifester et que le système de santé aura de plus en plus à prendre en charge un nombre plus élevé de sidéens.

L'action sociale aura à gérer plus de cas de détresse dus au SIDA (orphelins, veufs

et veuves) et des incapacités résultant de la maladie. Le système de santé doit par conséquent s'organiser et trouver les ressources nécessaires pour à la fois assurer la prise en charge des cas mais également assurer la prévention en direction des groupes vulnérables. Cette stratégie semble être pour le moment la seule alternative.

ii. Les Endémies majeures :

Dans notre pays certaines endémies ont reculé, il en est ainsi de l'onchocercose, de la lèpre, de la tuberculose. Ceci est la conséquence de la mise en œuvre de moyens importants mobilisés au cours des trente dernières années. Cette situation est cependant assez précaire, et peut basculer sous l'influence de certains facteurs. La dévotion de la lutte contre l'onchocercose n'a pas été accompagnée de moyens proportionnés pour exercer une véritable action d'envergure à la mesure des ambitions de surveillance et de prévention du pays. La recrudescence de la tuberculose corrélativement à l'évolution de la pandémie du SIDA, montre que le risque persiste. La prévalence du paludisme n'a pas baissé dans les statistiques sanitaires au cours des dix dernières années, les maigres résultats des recherches sur un éventuel vaccin et les mutations possibles du parasite montrent que cette endémie demeurera une préoccupation et exigera des efforts supplémentaires. Enfin, la schistosomiase qui se développe dans les périmètres irrigués qui vont être de plus en plus nombreux ou autour des barrages hydroélectriques nécessaires risque d'avoir des conséquences néfastes sur la productivité par une élévation de la prévalence.

iii. L'allongement de l'espérance de vie :

Les hypothèses de croissance démographique pour la prochaine décennie, combinée à l'allongement de l'espérance de vie, indiquent que le nombre de personnes âgées augmentera au cours des dix prochaines années. Les pathologies liées à l'âge avancé risquent de modifier la structure de la demande de soins au cours de cette période. Si des mesures de réduction de la fécondité se poursuivent, il faut s'attendre à un taux de dépendance des personnes âgées de plus en plus élevé. L'augmentation de l'effectif des personnes âgées s'accompagnera d'un accroissement du volume des besoins de santé de ce groupe qui devra être pris en charge par le système de santé.

v. La persistance d'un niveau de fécondité élevé :

Le niveau de fécondité actuel considéré comme étant parmi les plus élevés, s'il se maintient risque de s'opposer aux efforts de développement et d'amélioration de la qualité de vie, et imposera aux services de santé une demande de plus en plus accrue résultant de pathologies maternelles et infantiles. C'est pourquoi, une politique de maîtrise des naissances est fondée sur la réalisation d'une fécondité modérée en visant un indice synthétique de fécondité de l'ordre de 5,3 pour l'horizon 2006 [2] a été retenue. Ce qui exige la réalisation d'un taux de prévalence contraceptive de l'ordre de 30 %, qui correspond au niveau actuel multiplié par 5 pour cet horizon. Pour créer les meilleures conditions d'acceptation de cette hypofécondité, il faudra la faire accompagner d'une réduction de la mortalité infantile perceptible par les populations.

vi. L'exode rural et les migrations de population

Comme l'indique l'étude sur les perspectives à long terme en Afrique de l'Ouest, la grande mobilité actuelle des populations se poursuivra au cours de la prochaine décennie [3]. Il y aura des déplacements importants des campagnes vers les villes, des pays à faibles revenus vers d'autres offrant plus de perspectives. Outre les conséquences de ces mouvements sur la propagation du SIDA et des maladies sexuellement transmissibles et de certaines maladies épidémiques, il faut s'attendre à l'apparition de maladies liées aux problèmes d'adaptation aux nouvelles conditions d'existence dans les zones d'accueil (stress, promiscuité, violence, etc.).

vii. *Les Progrès en matière de dépistage des maladies*

Les progrès techniques réalisés par les sciences biomédicales en matière de diagnostic et de renforcement des compétences des spécialistes feront que de nombreuses maladies qui n'étaient pas diagnostiquées le seront et mériteront par conséquent d'être prise en charge. Le développement des maladies iatrogènes et nosocomiales actuellement observé du fait même de l'agressivité de l'environnement technique de soins, risque de s'intensifier si des mesures appropriées ne sont pas envisagées.

viii. *La faible maîtrise des nuisances ainsi que les conséquences d'un développement agricole et industriel et leur impacts sur l'état de santé (pollutions atmosphériques, hydriques, bruits) :*

Le modèle de développement adopté par le pays laisse une large place au secteur industriel et agricole. Comme on a pu l'observer dans le contexte des pays industrialisés, il faut s'attendre à gérer les conséquences de la promotion de ces secteurs, en termes de nuisances pour la santé des populations. Ces nuisances sont assez nombreuses qu'il s'agisse d'effluents industriels, d'émanations toxiques ou des produits d'épandage et des pesticides utilisés dans l'agriculture. Elles constituent pour l'essentiel des sources de pollution importante. La prévention de ces risques doit s'inscrire comme priorité dans les projets d'établissements ou dans les programmes de développement sanitaire, les coûts induits par ces mesures doivent faire l'objet d'inscription budgétaire.

ix. *La consommation de substances susceptibles de nuire à la santé*

L'évolution du marché de la drogue et des stupéfiants, la tendance à la consommation abusive du tabac, de l'alcool et de leurs dérivés, constituent aujourd'hui des maux de notre société, leurs conséquences se font déjà sentir sur la santé de la population la plus active. En dehors d'actions rigoureuses et bien ciblées elles influenceront le profil épidémiologique futur ; A l'heure actuelle, la morbidité enregistrée au niveau des structures hospitalières laisse plus de place aux maladies causées par la consommation de ces produits (maladies nerveuses et gastro-entérologie, etc).

x. *La Sécheresse et la situation de la faim :*

L'avancée du désert et le déficit pluviométrique observés au cours des deux dernières décennies, risquent d'accroître le déficit en eau et en produits alimentaires. Ceci s'accompagnera, en dehors de mesures appropriées, de l'aggravation de la situation nutritionnelle des enfants et de leurs mères. La limitation de l'accès à l'eau potable qui en résulterait ; affectera certains groupes de population plus particulièrement ceux résidant dans les zones arides. En absence de stratégies adéquates, l'effet combiné de ces différents facteurs risque d'assombrir le profil épidémiologique dans les dix prochaines années.

xi *L'Education :*

Une corrélation forte a été largement décrite entre niveau de scolarisation et niveau de santé. Une amélioration du niveau de scolarisation des filles se traduit par un accroissement significatif de la santé ; or les taux observés jusqu'ici dans notre pays sont les plus bas. Si une telle tendance se maintient, il est fort probable que l'on assiste à un ralentissement des progrès en matière d'amélioration de l'Etat de santé. Pour espérer des changements significatifs, on doit pouvoir atteindre des niveaux de scolarisation élevés. Les efforts entrepris grâce aux nouvelles initiatives de réformes scolaires autorisent un certain optimisme.

xiii. L'Urbanisation :

Aujourd'hui, 24,8 % (1994) de la population malienne vit dans les villes, (22 % liés aux migrations). Toutes les perspectives démographiques prédisent l'augmentation de ce chiffre au cours de la prochaine décennie. Les villes se caractérisent par la coexistence de deux types problèmes de santé : les pathologies infectieuses et carenciales et les pathologies de surcharges rencontrées plus fréquemment dans les pays développés. Une meilleure maîtrise du profil épidémiologique du milieu urbain demeure un préalable à la mise en œuvre de stratégies pertinentes. L'accroissement de la démographie des villes ne s'accompagne pas de mesures d'urbanisation appropriées portant notamment sur l'habitat et sur la création d'emplois capables d'absorber la population active ; ce qui peut entraîner le développement des zones d'habitat précaires et insalubres.

5.1.2. Orientations :

Ces orientations du plan se fondent d'une part sur les acquis de la politique sectorielle en cours et visent à infléchir les tendances décrites précédemment.

La politique sectorielle a eu le mérite d'avoir pris en compte les grands enjeux actuels du projet de société nationale, telles que la décentralisation, la libéralisation et la participation de la société civile à l'effort de développement du système national de santé et d'avoir su anticiper la concrétisation des grands mouvements perceptibles au moment de son élaboration. Dans son énoncé, la politique sectorielle n'est pas à remettre en cause, mais devra tenir compte des nouvelles évolutions de la situation sanitaire et des engagements pris par le Mali sur le plan international. Les analyses précédentes conduisent à envisager les orientations des actions futures pour garantir aux citoyens maliens le meilleur état de santé possible en rapport avec les moyens que la nation peut mobiliser.

Les orientations des actions en matière de santé pour la prochaine décennie sont :

i. Amélioration du niveau actuel de santé :

a. Les soins de santé :

La finalité du système de santé est d'offrir des soins de qualité qu'ils soient curatifs, préventifs ou promotionnels. Ce principe devra guider le développement du système national de santé. Ainsi, l'accent sera mis sur le renforcement des capacités des services publics, communautaires et privés. Plusieurs actions devront être envisagées dans cette perspective au nombre desquelles :

- l'amélioration de l'accessibilité financière et géographique aux soins de santé pour tous ;
- le développement de nouvelles gammes de prestations aux différents échelons du système de santé, tenant compte des besoins nouveaux, notamment ceux des personnes âgées, des adolescents, la mère et l'enfant, et des groupes exposés aux risques de toxicomanie ;
- le développement d'une complémentarité des soins entre les différents niveaux de la pyramide sanitaire par la définition de PMA appropriés et de modalités de référence et de contre référence ;
- l'intégration des prestations fournies jusqu'ici par les programmes nationaux aux PMA définis pour les différents échelons ;
- le développement des capacités d'évaluation de la qualité des soins au niveau de l'ensemble des segments du système de santé en les dotant de moyens

appropriés ;

- le développement et le suivi du système national d'information sanitaire ;
- la mise en place de système d'alerte précoce et de moyens d'intervention rapide pour faire face aux épidémies et aux catastrophes naturelles.

L'amélioration des soins de santé concernera les hôpitaux d'une part et le système de santé périphérique d'autre part.

b. La Réforme Hospitalière

Les hôpitaux doivent constituer des structures de référence secondaires et tertiaires pour les échelons périphériques de soins, il s'agit par conséquent de développer une complémentarité entre eux. En outre, le rôle des hôpitaux dans le domaine de la formation des professionnels de la santé et de celui de la recherche biomédicale devra être renforcé. Leurs prestations devront par ailleurs, évoluer pour tenir compte de l'évolution du profil épidémiologique et des progrès techniques. Dans cette perspective, les efforts au cours de la prochaine décennie devront être orientés de manière à parvenir à :

- une différenciation des hôpitaux en explorant les possibilités d'en spécialiser un certain nombre au besoin et à défaut de créer les services spécialisés ;
- une amélioration et/ou une rénovation des plateaux techniques tout en garantissant la complémentarité ;
- un renforcement des capacités de formation par la création d'un centre hospitalier universitaire (CHU) ;
- un développement de la coopération hospitalière sous régionale en mettant l'accent sur la complémentarité ;
- un renforcement des capacités de gestion du personnel des hôpitaux ;
- un développement des capacités locales de maintenance des équipements hospitaliers ;
- une promotion d'un secteur hospitalier humanisé et compétitif ;
- une extension de l'autonomie de gestion des hôpitaux et la consolidation des expériences en cours ;
- une promotion de la fonction de recherche ;
- une définition des rapports entre le secteur hospitalier public et le secteur privé.

c. L'organisation du Système de Santé de Cercle :

Certains cercles et arrondissements ont été dotés de compétences en matière de planification, gestion et programmation. Ce processus sera étendu à l'ensemble du pays. Dans cette perspective, on insistera sur la nécessité du :

- développement du plateau technique des centres de santé de cercle afin de permettre partout le démarrage des activités de la référence ;
- développement des capacités de prise en charge des problèmes de santé des groupes vulnérables (femmes, enfants et personnes âgées) ;

- développement des capacités des structures périphériques pour la surveillance des affections évoluant suivant un mode endémo-épidémique et le renforcement de leurs capacités d'intervention.

On devra en outre parvenir à une plus grande responsabilisation des populations dans la gestion de ces structures conformément aux principes directeurs de la décentralisation.

d. La Réforme Pharmaceutique

La correction des défaillances constatées dans le secteur pharmaceutique grâce à l'adoption d'un schéma d'approvisionnement et de la restructuration de la PPM mérite d'être poursuivie afin de disposer d'un système efficace et sécurisé d'approvisionnement en médicaments. De meilleures articulations entre le système de distribution périphérique et le circuit d'approvisionnement national devront être trouvées.

En outre, cette réforme sera fondée sur :

- la définition d'un cadre institutionnel approprié pour la mise en œuvre de la politique pharmaceutique ;
- l'intensification de la promotion des médicaments essentiels génériques notamment dans le secteur privé ;
- la poursuite de la sensibilisation et de l'information des usagers, des prescripteurs et des dispensateurs de médicaments ;
- le renforcement de la capacité de la structure de suivi de la politique pharmaceutique au niveau du MSSPA ;
- le développement de la capacité de contrôle de qualité du Laboratoire National de la Santé ;
- l'extension de la gamme de production de l'UMPP et de son adaptation aux besoins du marché national et sous-régional ;
- l'intensification de la production des médicaments traditionnels améliorés ;
- la généralisation des commandes de Médicaments Essentiels génériques au niveau des établissements publics.

e. La Revalorisation de la Recherche :

Dans le contexte des réformes actuelles du système de santé, la recherche en matière de santé s'orientera de manière à éclairer la mise en œuvre des différentes stratégies. Ainsi, les objectifs de recherche seront plus proches des préoccupations du terrain. Par conséquent, on encouragera le développement de véritables dynamiques allant dans le sens d'un soutien accru à la formation des acteurs, à l'allocation de moyens supplémentaires, à la constitution d'équipes, à la formulation de thèmes prioritaires de recherche et à la coordination des activités de recherche. Par conséquent, on devra pour la prochaine décennie procéder à :

- la formulation d'une politique de recherche accordant une priorité à la recherche-action ;
- la redéfinition du rôle des différentes institutions chargées de la recherche en santé publique, notamment l'INRSP ;

- au développement de la recherche sur la médecine traditionnelle mettant l'accent sur les études cliniques, expérimentales et la culture des plantes médicinales.

f. Le Développement du Secteur Privé

Le secteur privé est l'un des moteurs du développement du système national de santé. Il devra contribuer à accroître la couverture sanitaire. Les faiblesses actuelles constatées par rapport à son développement et ses rapports avec le système de santé publique seront corrigées à travers :

- les initiatives nouvelles qui seront encouragées et soutenues en explorant des formules d'assouplissement de la fiscalité plus adaptées aux réalités du secteur ;
- la capacité d'encadrement et intervention de l'Etat et des ordres professionnels qui sera accrue.

ii. Amélioration des Ressources du Système de Santé

a.) Le développement des Ressources Humaines :

Le rythme de production des institutions de formation a permis de déverser sur le marché de l'emploi de nombreux professionnels, qui malheureusement n'ont pas pu être tous utilisés. La faible adaptation des programmes de formation aux besoins des nouvelles orientations de la politique de santé a conduit à la mise en œuvre de nombreux programmes coûteux de recyclage et de formation continue du personnel. Les efforts entrepris pour la révision des curricula n'ont malheureusement pas encore abouti à des résultats très concrets. Aujourd'hui, face aux préoccupations qui sont celles du département de la santé, les orientations portent sur :

- la recherche d'une meilleure adéquation formation-emploi, la formation dans les écoles nationales devra faire l'objet d'une évaluation en vue de son adaptation aux objectifs des services de santé ;
- la spécialisation des agents : on doit s'interroger sur la pertinence du choix des institutions de formation extérieures au continent aux détriments des possibilités offertes dans la région. Ce qui pose le problème de l'exode des cerveaux et des autres pertes engendrées pour le pays. Alors que le développement des services spécialisés dans les hôpitaux doit s'accompagner par un programme approprié de spécialisation et de formation d'une élite de haut niveau, tenant compte des départs à la retraite ;
- l'amélioration des conditions de travail et de motivation des agents de la santé est un élément important dans la performance des services publics. Les négociations en cours avec les professionnels de la santé devront s'inscrire dans le cadre d'une perspective plus globale d'amélioration de la productivité des agents et d'une rationalisation de leur utilisation. La nécessité d'un plan de développement des ressources humaines tiendra compte de ces différents éléments.

a.) Le Financement :

La Santé est un droit fondamental individuel mais aussi une œuvre sociale de solidarité dont l'accès doit être égal pour tous. Défini comme tel le financement de la santé est une obligation pour l'Etat, les collectivités, les individus et les ménages.

Dans cette perspective, les efforts d'amélioration du financement de la santé sont axés sur des orientations suivantes :

- Une rationalisation de l'intervention de l'Etat qui s'est faite à travers plusieurs mécanismes : les crédits ordinaires y compris les allocations faites au profit d'autres départements, les budgets des collectivités locales, la renonciation aux recettes de tarification des établissements publics de santé, aux taxes sur les médicaments et autres produits à usage médico-chirurgical.

Celle-ci devra être proportionnée aux capacités contributives des populations, et orienté sur les actions à forte externalité et les biens collectifs, pour lesquels il est difficile d'obtenir un financement individuel. En outre, on devra examiner les modalités d'allocation des ressources de l'Etat :

- Pour financer les activités de supervision, d'organisation des rencontres régionales (CROCEPSS), des réunions trimestrielles au niveau du cercle il faut éviter que les actions critiques soient assujetties à l'apport extérieur ;
- Les options de financement ont laissé une place importante à la participation des usagers comme le témoignent les différentes expériences de recouvrement de coûts appliquées dans les formations sanitaires. En effet, ces expériences doivent être renforcées et capitalisées. Cependant, une attention sera accordée aux plus démunis pour leur garantir un accès équitable aux soins.
- Les formules de paiement déjà explorées mais dont l'efficacité n'a pas été suffisamment documentée, doivent être renforcées et multipliées. Au nombre de celles-ci, il y a les initiatives de création de mutuelles et les systèmes d'épargne-santé. L'Etat qui a défini un cadre réglementaire et législatif, devra nécessairement accompagner cette dynamique en rapport avec la société civile ;
- Les organismes assurant une couverture du risque-maladie ne sont pas assez nombreux. L'ensemble du dispositif actuel (INPS, Assurance maladie privée) couvre moins de 10 % de la population. Il faudrait explorer l'extension de cette couverture en encourageant le développement des systèmes d'assurance-maladie ;
- La rationalisation des ressources propres des formations sanitaires et surtout les hôpitaux érigés en EPA afin qu'elles soient orientées de plus en plus vers les dépenses d'investissement et d'entretien du patrimoine ;
- La contribution des partenaires au développement qui est assez substantielle dans le financement global de la santé, doit être encore mobilisée pour les dix prochaines années, la substitution de ressources internes devra être envisagée progressivement ;
- La contribution assez dynamique des ONG au financement local des actions de santé sera encouragée.

a.) Les Infrastructures et Equipements :

La projection décennale des infrastructures et équipements socio-sanitaires s'inscrit dans le vaste programme national de développement des infrastructures et équipements socio-sanitaires qui vise à améliorer la couverture de la population par les services de santé.

Les orientations portent sur :

- la transformation en Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé de tous les centres de santé d'arrondissement ;

- la mise en place des CSCOM au niveau de toutes les aires de santé de tous les cercles ;
- la transformation de tous les centres de santé de cercle en centre de santé de référence (CS-Réf.) d'où la disparition des hôpitaux secondaires ;
- l'érection en EPA des hôpitaux régionaux ;
- la création, la construction ou réhabilitation et l'équipement des antennes régionales de maintenance et de l'antenne principale de Bamako ;
- la création des unités déconcentrés de transfusion sanguine et le renforcement des laboratoires régionaux.

iii. La Participation des Communautés :

L'engagement des communautés dans la prise en charge de leurs problèmes de santé a été partout obtenu, même en ville où la désagrégation du tissu social pouvait apparaître comme un handicap majeur. Cette nouvelle dynamique convergente avec les objectifs de la décentralisation devra être proportionnée aux capacités réelles de prise en charge notamment financière des communautés. Un effort de recherche orienté sur l'identification des principaux obstacles à l'adhésion des communautés doit être entreprise. L'application des recommandations de ces actions permettra une plus grande participation des hommes et des femmes. La responsabilisation et la participation des communautés constituent un des piliers de la politique sectorielle de santé et de population. Elles ont démontré à travers l'extension de la couverture leur capacité à s'impliquer pour la résolution de leurs problèmes de santé.

Le partenariat qui se développe actuellement entre l'Etat et les communautés doit être renforcé :

- le développement des capacités de gestion des associations de santé communautaire ;
- la définition de modalités de contribution des communautés pour les travaux de génie civil et l'amortissement du matériel ;
- l'élargissement de la participation communautaire pour plus de solidarité aussi bien à l'intérieur des aires de santé qu'entre les différentes aires ;
- la définition des modalités de répartition des ressources affectées au secteur de la santé au titre de la TDRL (Taxes de Développement Régionale et Locale) ;
- l'adaptation des stratégies d'I.E.C. aux réalités du terrain.

iv. La collaboration intersectorielle :

L'amélioration de l'état de santé des populations passe nécessairement par l'effort conjugué d'autres secteurs notamment l'éducation, l'agriculture, l'hydraulique, pour ne citer que ceux-ci. Il est dispensable d'articuler les actions du système de santé à celles développées par d'autres notamment pour celles qui ont des retombées significatives sur l'état de santé. Il s'agit de la scolarisation des filles, de l'accroissement de la disponibilité en eau potable et d'une alimentation équilibrée. En outre, de par leurs missions, certains départements ministériels, chargés par exemple, des milieux carcéraux, des cantonnements militaires, du système de prévoyance sociale, devront harmoniser leurs normes de prestations de service à celle définies dans la réforme actuelle. Leurs programmes de développement en infrastructure et équipement devront s'intégrer à la carte sanitaire nationale. Dans tous les cas le Ministère de la Santé devrait en avoir le pilotage.

v. *Les ONG et Associations :*

La contribution des ONG et des associations est déterminante dans la mise en œuvre des actions futures en matière de santé et d'action sociales.

Les orientations en la matière porteront sur :

- la définition du rôle et de la place des ONG et Associations dans la mise en œuvre de la politique de santé de l'action sociale ;
- le renforcement et la professionnalisation des actions ONG et Associations ;
- la mise en place d'une banque de données sur les activités des ONG et Associations intervenant dans la santé.

4.2. Dans le domaine de l'Action Sociale et de la Solidarité :

4.2.1. Perspectives :

La détérioration progressive du tissu social, l'effritement des valeurs au niveau des familles et de la communauté ont fait apparaître depuis quelques années des problèmes sociaux.

Leurs causes découlent des effets pervers des politiques et plans de développement conçus jusqu'alors ainsi qu'à l'apparition de nouvelles formes de pauvreté et d'exclusion consécutives aux maladies sociales appelées « maladies du siècle » et autres catastrophes aux allures et aux fréquences inquiétantes. Malgré toutes les stratégies développées à ce jour, le modèle social actuel risque de connaître une détérioration progressive dont les tendances seront les suivantes :

i. La poussée démographique

Le Mali a connu au cours des trente dernières années une croissance démographique rapide. Cette tendance est appelée à se développer suivant les hypothèses de taux de fécondité élevé et de mortalité en baisse. En outre, l'espérance de vie à la naissance passera de 58,2 ans pour les 2 sexes en 1987 à 69,7 ans en 2032 toujours pour les hommes et les femmes. La tranche des adolescents (15-19 ans) passera de 974 000 en 1996 à 1 299 000 en 2006 et 2.420.000 en 2032 sur la base d'un taux de 6,9 enfants par femme (selon Demographic Projection Model ou RAPID). Ceci aura pour conséquence une aggravation poussée de la marginalisation de cette catégorie amplifiée par l'urbanisation sauvage des villes, la déscolarisation, le chômage des jeunes.

Cette poussée aura pour conséquence l'accroissement du nombre de personnes âgées qui passera de 6,4 % en 1987 à 11,4 % en 2007 avec corrélativement le développement des pathologies liées au vieillissement. Cette situation se caractérisera par une accentuation de la demande sociale dans les domaines de la santé, de l'alimentation, de la nutrition, du logement, de l'éducation, de l'encadrement de la jeunesse en difficulté, de l'emploi et de l'urbanisation.

ii. La détérioration progressive du tissu social :

Ayant pour conséquence l'accentuation de l'exclusion et de la marginalisation sociale concernera particulièrement les populations ou catégories de personnes connaissant la pauvreté chronique et pour lesquelles le contexte socio-économique actuel n'offre aucune opportunité d'amélioration. Elles n'auront aucun accès aux services essentiels de santé et d'éducation et encore moins aux bénéfices de la croissance économique. Ce sont entre autres les grands malades, les personnes handicapées, les orphelins, les personnes âgées sans ressources, etc.

L'effritement accéléré des valeurs de solidarité au niveau des familles et des communautés risque d'amplifier l'exclusion de certaines catégories fragilisées par les crises économiques : les jeunes sans emplois, les compressés, les femmes chefs de ménages.

iii. La croissance des dépenses de santé :

En l'An 2000, le poste de dépense de santé représentera une part importante dans le budget des ménages. Ceci posera le problème crucial de l'accessibilité financière aux soins de santé pour une large majorité de la population.

iv. L'insuffisance du dispositif légal de protection sociale :

L'insuffisance et l'inadéquation des mécanismes institutionnels en vigueur en termes de bénéficiaires, de risques couverts, de fonctionnement et la faible probabilité que leur redressement permettent de mieux répondre aux besoins de couverture sanitaire et sociale de la population constitueront les grands défis à relever à court et moyen terme. Le développement économique attendu des réformes en cours n'est pas le garant d'une affectation plus accrue des ressources dans le financement de la protection sociale. L'amélioration de cette situation ne pourra non plus venir de l'Etat exclusivement en raison des autres priorités de développement. Il faut le développement de systèmes de financement complémentaires non étatiques bien que les programmes en cours ne permettent d'envisager dans les brefs délais la constitution d'une catégorie aisée pouvant constituer un marché de l'assurance privée.

v. Le fort taux d'analphabétisme :

Le fort taux d'analphabétisme, malgré les efforts en cours, constituera une préoccupation certaine. Les résistances au changement de mentalité seront les obstacles à un développement social harmonieux et à l'adoption de comportements et d'attitudes favorables à la promotion de la santé.

vi. L'émergence d'une société civile forte :

A travers les associations reste un véritable défi qui testera la capacité d'adaptation des services étatiques habitués à gérer presque de façon exclusive les domaines sensibles de l'action sociale. Des conflits sont à prévoir et à gérer, car en l'absence de stratégies, cette situation risque d'hypothéquer les effets positifs attendus d'une politique sociale hardie.

vii. L'inadaptation du dispositif institutionnel :

Le faible niveau tant quantitatif que qualitatif du personnel et des infrastructures, la caducité du dispositif réglementaire constitueront un obstacle majeur à la mise en œuvre harmonieuse des réformes envisagées.

4.2.2. Orientations :

Le développement futur des mécanismes et sources de marginalisation (déscolarisation, sous emploi et chômage, augmentation du coût de la vie), en l'absence d'un système de protection sociale efficace et efficient, impose dès maintenant de nouvelles orientations et stratégies sur l'organisation, les modes de financement, la nature et les critères d'attribution des prestations dans un environnement cohérent de protection sociale.

Les actions suivantes seront entreprises :

i. L'amélioration de la protection sociale des maliens :

La protection sociale désigne d'abord la protection que la société accorde à ses membres grâce à une série de mesures contre le dénuement économique et social où pourraient les plonger, en raison de l'inexistence, de la disparition ou de la réduction sensible de leurs biens, la maladie, la maternité, les accidents du travail et les maladies professionnelles, le chômage, l'invalidité, la vieillesse et le décès ; à cela s'ajoutent la fourniture de soins médicaux et l'octroi de prestations aux familles avec enfants. Que la protection sociale doive s'étendre à toute la collectivité, est une évidence ; qu'elle doivent être uniforme pour toutes les catégories de la collectivité, est une simple question de justice sociale ; que l'ensemble de la collectivité s'unisse pour garantir cette protection, découle du principe de solidarité sur lequel repose tout l'édifice de l'action sociale. Dans cet ordre, il s'agira de définir de nouvelles régulations distributives financières et institutionnelles entre les différents intervenants (État, collectivités, partenaires, associations) et faire en sorte que la protection sociale devienne un levier pour le développement en général et la promotion de la santé en particulier.

ii. Le renforcement de la lutte contre les exclusions :

La promotion de la famille et de la protection sociale de l'enfance : ce programme visera essentiellement la reconstitution du tissu social par la réalisation de l'harmonie et du bien-être familial en mettant en avant les droits de la femme, de l'enfant et la protection qu'il doit attendre de sa famille et de la société.

iii. La promotion des personnes âgées :

Les actions initiées dans le cadre du programme en faveur des personnes âgées ont prouvé leur pertinence. Il s'agira au cours des prochaines années de les systématiser et d'en faire de véritables stratégies d'intervention. Ainsi, les activités relatives à la protection sanitaire doivent être généralisées dans le cadre d'une politique de santé des personnes âgées dont les contours seront précisés. Il conviendrait de faire en sorte que les personnes âgées constituent un groupe-cible de l'action sanitaire. De nouvelles stratégies devraient être initiées et développées notamment les soins à domicile. La dégradation des conditions économiques, malgré les résultats attendus dans ce domaine et le départ d'un plus grand nombre de personnes à la retraite posera avec acuité le problème d'une protection sociale spécifique de cette couche. Le plan devrait faire aboutir à la mise en place de mécanismes nationaux ou de réseaux de proximité, de protection, de type assurance vieillesse, dont les modalités de mise en œuvre prendraient socle dans les spécificités nationales. La mise en place de mécanismes de financement seront adaptés aux conditions de revenus de ce groupe.

i.v. La promotion du développement communautaire :

L'objectif principal d'un tel programme est la génération des ressources à la base pour lutter contre l'indigence et la pauvreté chronique. Son action sera recentrée au niveau local par les projets de réadaptation à base communautaire en faveur des handicapés et des mendiants et la diffusion de projets de développement d'initiatives locales et leur financement par les ressources des collectivités décentralisées. Un accent particulier sera mis sur les projets initiés par les femmes.

v. Un financement adéquat de l'action sociale :

Les récents développements des problèmes sociaux à travers la fragilisation du tissu social et économique, la paupérisation de plus en plus accentuée des populations et l'augmentation vertigineuse des coûts d'accès aux prestations sociales (soins de santé, éducation, habitat, etc.) confirme la complexité de la prise en charge de l'action sociale.

L'atteinte de cet objectif nécessite la conjugaison des intervenants, de l'État, des

ménages, des collectivités décentralisées et des partenaires au développement. Le rôle de chaque partie dans le système de financement doit être clairement défini.

vi. Le développement d'un partenariat avec les autres secteurs : collaboration intersectorielle) :

Il doit contribuer à une meilleure interrelation entre les secteurs publics, associatifs et privés concourant au mieux être des populations. Il s'agira d'identifier les secteurs concernés et de procéder à une harmonisation des politiques et des interventions.

vii. Le développement des compétences et la promotion de la recherche :

La formation des travailleurs sociaux doit être systématisée de manière à mettre en place des curricula adaptés au contexte malien et prenant en compte toutes les catégories d'intervenants. L'action sociale pour être efficace suppose une meilleure connaissance des faits et phénomènes sociaux. Le rôle des facteurs géographiques, politiques, démographiques, psycho-culturels et socio-économiques dans la promotion et la protection sociale, les grandes tendances sociales doivent faire l'objet de recherches appliquées.

viii. Le développement d'un cadre institutionnel :

L'évolution du paysage politique dans le sens d'une plus grande démocratisation et la décentralisation doivent orienter toute réforme institutionnelle du secteur. Celle-ci devra prendre en compte les principes directeurs qui régissent l'action sociale décentralisée et la nécessaire complémentarité des intervenants.

4.3. le développement institutionnel dans les domaines de la santé et de l'action sociale :

Le développement institutionnel qui concerne l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement des services publics a toujours été une préoccupation des autorités nationales. Les programmes de réforme dans lesquels le pays s'est engagé depuis 1969 ont d'abord porté sur des mesures de normalisation ensuite sur des mesures de réduction des structures et des effectifs avec comme objectif l'amélioration des performances des services. Malgré ces efforts, peu de résultats ont été atteints et l'administration malienne est demeurée peu performante. Les ambitions nouvelles depuis l'avènement de la démocratie pluraliste exigent de l'administration publique plus de performance et d'efficacité dans ses relations avec les citoyens, la rationalisation de ses procédures et méthodes de gestion.

La définition du rôle que doit jouer l'administration ainsi que ses méthodes d'intervention et les moyens pour y parvenir constituent aujourd'hui toute la problématique du développement institutionnel. La décentralisation, nouvelle donne politique du Mali semble être une réponse à cette préoccupation en mettant l'accent sur l'établissement de rapports nouveaux entre l'administration et les administrés à travers une plus grande implication des populations dans leur propre développement. La politique sectorielle de santé s'inscrit bien dans ce cadre en mettant l'accent sur la participation des populations. L'option fondée sur la libéralisation des professions sanitaires, la privatisation et la responsabilisation des populations dans les domaines sanitaire et social rend nécessaire une redéfinition du rôle de l'Etat voire un recentrage des missions. Ainsi, dans le cadre de la décentralisation, l'organisation future des structures de la santé et de l'action sociale doit tenir compte des orientations suivantes :

i. Le transfert de compétences :

La définition des missions des différents intervenants impliqués dans le développement sanitaire et social s'avère nécessaire. Cette distinction au sein des missions actuelles de l'Etat est importante car elles ne relèvent pas toutes d'une même stratégie. Trois catégories de missions peuvent être distinguées selon que l'Etat :

- doit jouer un rôle exclusif (missions pérennes de l'Etat) ;
- peut jouer un rôle au même titre que d'autres intervenants (missions partageables) ;
- ne devrait pas jouer de rôle (missions transférables).

- Les missions pérennes de l'Etat :

Elles concernent les missions qui ne peuvent être assurées que par l'Etat et de ce fait ne peuvent faire l'objet de transfert. On peut retenir dans cette catégorie la conception des politiques, l'élaboration de la réglementation, le contrôle et l'arbitrage des ressources. L'Etat conserve la responsabilité des programmes d'intérêt national et des grandes infrastructures.

- Les Missions partageables :

Ce sont des missions qui ne nécessitent pas un monopole de l'Etat et peuvent de ce fait être assumées par l'Etat et d'autres partenaires (Formation, recherche, appui/conseil aux communautés et aux collectivités territoriales décentralisées).

- Les Missions transférables :

Elles concernent les missions dont l'Etat ne doit jouer de rôle qu'en raison de la carence ou de l'insuffisance d'autres partenaires. La loi n° 95-034 du 12 Avril 1995 portant Code des Collectivités définit les compétences transférables aux CTD.

Les communes sont chargées de la définition de la politique de création et de gestion des dispensaires, maternités, centres de santé communautaire, de l'assainissement et de l'hygiène publique.

Un accord entre la mission de décentralisation et le MSSPA a permis de préciser ces compétences qui sont entre autres :

- la préparation, l'exécution et l'évaluation des programmes et des plans d'action sanitaire et communautaire de la commune ;
- le développement de l'hygiène du milieu ;
- les situations d'urgence et de catastrophe ;
- la mobilisation sociale autour des objectifs socio-sanitaires ;
- l'organisation de l'aide et du secours en faveur des groupes sociaux nécessiteux ;
- l'aide sociale et la promotion communautaire ;
- la création, la gestion et la promotion des CSCOM.

Le transfert de cette dernière compétence soulève deux questions importantes qui concernent d'une part l'articulation entre le découpage communal et la carte sanitaire et d'autre part la coexistence de CSCOM et de centre de santé communal. Aussi, la clarification des relations entre les différents intervenants s'impose. Les cercles sont chargés des centres de santé de cercle et de la solidarité en direction des populations vulnérables. Les régions doivent s'occuper des hôpitaux régionaux et de la solidarité en direction des populations vulnérables.

Dans le cadre de la décentralisation administrative, les compétences sont transférées non aux collectivités, communautés ou associations mais aux CTD. Le transfert doit se faire progressivement en fonction des capacités des collectivités territoriales à prendre efficacement en charge les compétences transférées. Les rapports entre l'Etat et les CTD sont des rapports de partenariat.

L'implication des communautés et associations doit se faire sous la responsabilité des CTD dans le cadre de conventions signées entre les parties concernées. Par ailleurs, l'Etat doit se désengager à terme de certaines activités de production, de commercialisation, de maintenance. Il doit créer les conditions favorables à leur prise en charge par le secteur privé et les populations organisées.

ii. La déconcentration des compétences et des ressources

Le transfert de compétence aux CTD ne peut être efficace que s'il est accompagné d'une déconcentration accentuée des compétences et des ressources en direction des services régionaux et subrégionaux.

Ces services doivent chercher sur place dans le cadre de leurs missions générales et de la réglementation nationale, des solutions appropriées aux problèmes concrets qu'ils rencontrent. Ils doivent en conséquence, recevoir des compétences accrues, parallèlement aux transferts réalisés de l'Etat aux CTD.

Il reste cependant entendu que la déconcentration ne sera effective que si elle concerne l'ensemble du processus décisionnel y compris la maîtrise des financements correspondants. A cet égard, de nouveaux modes de gestion devraient donner plus de prérogatives aux services déconcentrés.

La politique sectorielle de la santé définit les missions des différents échelons de la pyramide sanitaire. Les grandes fonctions qui peuvent être retenues pour l'accomplissement de ces missions concernent : la conception, le contrôle, l'appui, l'exécution et la gestion.

Les services centraux devraient assurer des fonctions de conception (la programmation, élaboration des politiques de santé, planification stratégique, arbitrage des ressources), de réglementation, de contrôle et de la coordination.

Ce niveau doit être dégagé le plus possible des fonctions d'exécution des tâches concrètes qui doivent être exécutées au niveau opérationnel. Le transfert des fonctions d'exécution doit s'accompagner en conséquence de celui des ressources financières et humaines.

Le niveau régional joue un rôle important dans la planification et la coordination générales de l'action de santé publique. Il appuie le cercle pour la conception d'outils de gestion.

Il doit veiller à ce que les spécificités régionales soient prises en compte dans la programmation nationale. Aussi, il ne doit plus se confiner aux fonctions d'exécution et de gestion mais assumer des fonctions de conception. Les fonctions de programmation, suivi/évaluation, de formation et de contrôle doivent être renforcées à ce niveau. Le niveau cercle est chargé de la planification sanitaire, il assure des fonctions d'exécution technique, de gestion et d'appui aux CSCOM et aux Collectivités Territoriales Décentralisées (CTD). L'appui aux CTD doit être centré sur des réalisations et des actions permettant de contribuer à l'émergence de communautés de base capables à terme :

- d'exprimer de façon autonome les besoins et les priorités du milieu ;
- de se comporter en maître d'ouvrage dans la réalisation de leurs projets ;
- de gérer les activités, équipements et infrastructures résultants des projets.

En effet, ce niveau joue un rôle important d'appui aux communes. Le représentant de l'Etat à cet échelon assure la tutelle des communes et la responsabilité de la réalisation des objectifs nationaux de développement assignés aux services déconcentrés. Aussi, pour permettre à ces derniers de jouer pleinement leur rôle d'appui, ils doivent avoir plus de marge de manœuvre et d'initiatives en assurant certaines responsabilités jusque là, assumées aux niveaux central et régional.

Une analyse approfondie des missions des structures permettra de :

- préciser si les structures actuelles sont adaptées pour assurer les missions du MSSPA compte tenu des nouvelles orientations du programme décennal de développement sanitaire et de la décentralisation ;
- définir les fonctions à assumer aux différents niveaux ;
- proposer les restructurations à faire aux niveaux central, régional et local ;
- préciser les relations fonctionnelles entre l'Etat, les CTD et les établissements privés ;
- proposer un mécanisme approprié de coordination des actions de santé.

En résumé, compte tenu de la décentralisation et de la recomposition du paysage du système de santé, les actions futures du MSSPA devront mettre l'accent sur une décentralisation effective des activités conformément à l'esprit de la politique sectorielle. Ceci devra se traduire par la mise en place d'un cadre institutionnel et réglementaire adapté aux nouvelles missions du département. En conséquence, certains services devront être restructurés ; les fonctions ainsi que les liaisons entre les niveaux des différentes structures précisées. L'accent doit être mis sur une plus grande intégration dans les différents programmes de l'ensemble des éléments opérationnels de lutte contre les maladies. Ces programmes devront s'intégrer davantage au paquet minimum d'activités, qui, doit lui même évoluer en fonction des besoins et des capacités des communautés.

V. OBJECTIFS ET STRATEGIES :**5.1. OBJECTIF GENERAL :**

Le Plan Décennal 1998 – 2007 vise l'amélioration de l'état sanitaire et social des populations afin de leur permettre de mieux participer au développement économique et social.

5.2. OBJECTIFS INTERMEDIAIRES :

- 1. Assurer l'accessibilité géographique et financière de l'ensemble de la population à des services sociaux de santé et de qualité ;**
- 2. Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies prioritaires ;**
- 3. Lutter contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale ;**
- 4. Promouvoir le développement des communautés avec leur propre participation ;**
- 5. Accroître la performance des services de santé et d'action sociale ;**
- 6. Garantir un financement équitable et durable des systèmes de santé et d'action sociale.**

Objectif n° 1 : Assurer l'accessibilité géographique et financière de l'ensemble de la population à des services sociaux et de santé de qualité.

1. L'Extension de la couverture géographique :

1.1. Extension des services de santé :

- Description de l'évolution des structures de santé :

L'extension de la couverture des services de santé portera sur l'ensemble du dispositif d'action sanitaire. Celui-ci comportera quatre échelons complémentaires qui entretiendront entre eux des liens fonctionnels. Ce dispositif sera constitué des structures de soins et de structures d'appui de santé publique.

Chacun de ces échelons présentera des caractéristiques qui le distinguent des autres. Dans la conception de leur organisation le maximum de cohérence et de complémentarité entre les différents échelons sera recherché.

i. Le Premier échelon :

Il constituera le premier niveau de contact entre les populations et le système de santé, où celles-ci peuvent satisfaire en première intention leurs besoins de santé. S'y côtoieront les structures de santé à gestion communautaire, les centres de santé d'arrondissement dont l'évolution est prévue dans le sens d'une gestion communautaire, les cabinets de soins privés, les dispensaires confessionnels. Chacune de ces structures devra être en mesure de fournir les mêmes gammes de prestation standard selon des normes de qualité identiques.

- Les centres de santé communautaire (CSCOM) :

Ces centres ont été développés au cours des cinq dernières années à la faveur de la mise en œuvre de la politique sectorielle, sous l'égide des associations de santé communautaires.

Les aires de santé définies dans le but de constituer des assises de recrutement garantissant la viabilité des centres de santé, ont permis de développer une cartographie d'aires potentielles pour chaque cercle. Dans le schéma actuel de développement des CSCOM, les Associations peuvent négocier à l'intérieur de ces aires la création des CSCOM. Ces aires au départ couvraient entre 5000 et 10.000 habitants, effectif jugé satisfaisant pour garantir la viabilité d'un centre fournissant le PMA. Le développement futur des CSCOM devra se faire en tenant compte de plusieurs facteurs :

- une volonté de préservation de formules de la gestion des centres par les ASACO ;
- la mise en œuvre prochaine de la politique de décentralisation territoriale avec la création des nouvelles communes urbaines et rurales ;
- la nécessité d'une plus grande professionnalisation de certaines prestations du PMA .

La volonté de préserver les formules de gestion communautaire dans un tel contexte conduit à proposer un schéma de développement des CSCOM capable de garantir une certaine harmonie entre la dynamique de décentralisation et celle des associations de santé communautaires.

En effet, la loi sur la décentralisation confère aux collectivités, la responsabilité de la politique de création et de gestion des équipements collectifs dans plusieurs domaines dont la santé, en particulier les centres de santé communautaires, l'hygiène et l'assainissement

au niveau des communes. Cela fait des collectivités des acteurs incontournables du développement des services de santé à la base.

Les CTD ont la faculté de créer des structures, on notera cependant au terme de la loi qu'elles n'ont pas l'exclusivité de ces créations. Aussi, les ASACO ont la faculté en accord avec les autorités locales d'ouvrir des centres de santé, dans ces conditions elles seront considérées comme des opérateurs auxquels les communes accordent une concession de service. Pour l'évolution future des CSCOM, le souci de garantir leur viabilité financière sera toujours présent à l'esprit. Le profil minimum du personnel de CSCOM sera :

- un infirmier d'Etat ;
- une matrone ;
- un gérant de dépôt de médicament.

Ce profil pourra évoluer en fonction de la capacité contributive des populations vers une équipe comprenant :

- un médecin ;
- un infirmier d'Etat ;
- une infirmière obstétricienne ;
- un gérant de dépôt ;
- un technicien de laboratoire.

On estime à 5 % les CSCOM qui pourront avoir ce dernier profil d'ici la fin du plan. Les subventions de l'état doivent aller en première intention vers les zones non viables. Pour les régions du Nord et zones économiquement faibles des activités génératrices de ressources seront développées pour appuyer la mise en place des CSCOM.

L'évolution des centres de santé d'arrondissement (CSA) vers des formules de gestion communautaire sera poursuivie.

Au niveau du chef lieu de cercle, le CSA central sera séparé du centre de santé de première référence.

- **L'extension de la couverture sanitaire dans le Nord**

La mise en œuvre du plan sanitaire et social dans les régions du nord, doit constituer une préoccupation majeure en raison de la spécificité de celles-ci. Elle doit viser à créer les conditions d'un développement sanitaire durable impliquant les populations même si elles sortent d'une longue période d'insécurité. Pour soutenir un tel développement, les efforts d'encadrement seront beaucoup plus importants que dans les zones du sud. En outre, il est important déjà de songer à la mise en cohérence des nombreuses interventions. Ainsi, les programmes de nombreux organismes humanitaires œuvrant dans ces régions dans le cadre de l'aide d'urgence devront intégrer le programme sectoriel.

- **Les Etablissements privés :**

L'installation des médecins privés (y compris les médecins de campagne) et des autres professionnels en zone rurale sera encouragée dans le respect de la carte sanitaire et de la réglementation en vigueur. L'autorisation à exercer sera soumise aux CTD. Les dispensaires confessionnels, devront adapter leur prestation au PMA et autant que possible s'astreindre à fournir des médicaments correspondants à la liste de médicaments retenue pour ce niveau.

- **Les établissements de médecine traditionnelle :**

Selon plusieurs études, le recours à la médecine traditionnelle est considéré comme très important. Les textes récemment adoptés prévoient l'ouverture d'établissements de

soins traditionnels. Prolongeant cette décision, il s'agira de créer les conditions pour valoriser les pratiques les moins nocives et les plus efficaces plutôt que d'en faire une cible à interdire. Les actions qui seront entreprises viseront à lever les obstacles à son développement, disséminer la réglementation auprès des usagers et des praticiens, améliorer la collaboration avec la médecine conventionnelle dans le cadre d'une complémentarité.

En outre, elles chercheront à renforcer la capacité du département de Médecine Traditionnelle à développer les activités de recherche sur la médecine et la pharmacopée traditionnelle.

- **Les accoucheuses traditionnelles** : près de 20% des accouchements sont assistés par les accoucheuses traditionnelles (EDSII).

Leur collaboration sera sollicitée. Leurs actions s'inscriront dans le dépistage précoce, la prévention des risques maternels et infantiles et dans l'amélioration de la collaboration avec les CSCOM.

ii. Le deuxième échelon :

Il constitue la référence pour le premier. Il est l'échelon opérationnel de planification sanitaire. Etant un établissement public, il a deux types de fonctions :

- des fonctions administratives et de santé publique comprenant :
 - l'administration générale des services ;
 - la planification sectorielle décentralisée ;
 - la formation continue du personnel ;
 - la surveillance épidémiologique ;
 - l'inspection des établissements sanitaires ;
 - la supervision des activités du premier niveau ;
 - l'approvisionnement en médicaments ;
 - la promotion de la santé auprès des communautés.
- une fonction technique de soins curatifs, préventifs et promotionnels de référence regroupant :
 - la consultation (médicale, chirurgicale, obstétricale, odonto-stomatologie, ophtalmologique) ;
 - l'hospitalisation (médecine, chirurgie, obstétrique)
 - les interventions chirurgicales (césariennes, hernies, amputation, hydrocèle, appendicite, curetage, hémostatique, grossesses extra-utérine, contraception chirurgicale volontaire, insertion du norplant, cranioclasie, trachéotomie, brûlures, splénectomie, embryotomie, réduction de fracture fermée...) et la mise en observation des malades opérés ;
 - les accouchements dystociques ;
 - les soins dentaires (extraction, obturation) ;
 - les activités d'investigation paracliniques (laboratoire, radiologie, échographie éventuellement) ;
 - les soins infirmiers et de petite chirurgie ;
 - les soins ophtalmologiques.

Profil en personnel à prévoir pour cet échelon :

- 3 Médecins (1 Santé Publique, 1 interne et 1 chirurgie)
- 1 Pharmacien
- 1 Technicien spécialisé en Santé Publique
- 2 Sages-femmes
- 2 IDE (1 en médecine 1 en chirurgie)
- 1 IDE spécialisé en soins dentaires
- 1 IDE spécialisé en anesthésie
- 1 IDE spécialisé en santé mentale
- 1 IDE spécialisé en ophtalmologie
- 1 IDE spécialisé en radio (si besoin)
- 4 Infirmiers du premier cycle (2 en médecine 2 en chirurgie)
- 1 Technicien de laboratoire
- 1 Technicien sanitaire
- 1 Gestionnaire
- 1 Comptable
- 1 Adjoint administratif (guichet)
- 1 Secrétaire dactylographe
- 2 Chauffeurs mécaniciens (ambulance et supervision)
- 2 Matrones
- 4 Aides soignants (2 en médecines et 2 en chirurgie).

A ce niveau, il sera prévu un lit pour 4000 habitants. Ceci donne selon les projections de population sur la période 1998 – l’an 2007 un besoin en lits de 2597 en l’an 2002 et de 2929 en l’an 2007. Pour réaliser le niveau de couverture souhaité le Pays devra disposer de 44 centres de première référence en 2002 et de 55 en 2007.

iii. Le troisième échelon :

la multiplication du nombre de régions dont il est fortement question dans le cadre de la mise en œuvre de la politique de décentralisation a conduit à proposer une nouvelle déconcentration des structures centrales du MSSPA au niveau intermédiaire.

Au lieu de multiplier le nombre de Directions Régionales par 3 ou 4, il est proposé de constituer 9 zones sanitaires correspondant aux régions administratives actuelles. Chaque zone regroupe plusieurs nouvelles régions.

Chacune de ces zones a comme mandat d’encadrer le dispositif sanitaire couvrant plusieurs districts. En outre, chaque zone sanitaire disposera suivant son effectif de population d’un ou plusieurs hôpitaux de deuxième référence.

Profil du personnel de la Direction de zone sanitaire :

- 2 Médecins de santé publique
- 1 Pharmacien
- 1 Ingénieur de Génie sanitaire
- 1 Technicien de santé publique
- 1 Planificateur
- 2 Sages-femmes
- 1 Infirmier du premier cycle (opérateur RAC)
- 1 Gestionnaire
- 1 Comptable
- 2 Chauffeurs
- 2 secrétaires dactylographes
- 1 Gardien
- 2 Manœuvres.

Les soins à ce niveau seront assurés par l'hôpital régional qui va constituer la deuxième référence pour les cercles de sa zone et la première et deuxième référence pour le cercle qui abrite cet hôpital (profil en personnel défini avec les hôpitaux).

iv. Le Quatrième échelon

Il comportera les hôpitaux de 3^{ème} référence, les établissements spécialisés et les services centraux du Ministère de la Santé dont la restructuration est envisagée conformément aux objectifs du plan.

- Les hôpitaux de 3^{ème} référence :

Ces hôpitaux comportent une gamme de prestation plus étendue que la deuxième et un plateau technique plus spécialisé.

- les établissements spécialisés :

Catégorie d'établissements ayant vocation à développer des services hautement spécialisés avec ou sans fonction d'hospitalisation.

1.1.1. Plan d'extension des services de santé :

i. Extension des services de santé de premier niveau

Les différents établissements sanitaires publics, privés lucratifs, communautaires, associatifs ou confessionnels existant contribueront de manière complémentaire à la satisfaction des besoins des populations en matière de santé. Ils évolueront dans un espace réglementaire défini par l'Etat et bénéficieront au besoin de son soutien pour la mise en œuvre adéquate de la politique sectorielle.

L'évolution du système de soins du Mali au cours de la décennie à venir sera liée aux grands changements prévus. La décentralisation avec la création de 682 communes rurales et 19 communes urbaines soit 701 communes conduira à l'instauration d'une nouvelle dynamique dans l'implantation des centres de santé de 1^{er} niveau.

L'accroissement de la population, la faible couverture actuelle du pays par les services de santé entraîneront une augmentation de la demande de soins et imposent une nécessaire extension de la couverture.

L'objectif du plan est de couvrir en centre de premier niveau à l'horizon 2007, 70 % des nouvelles aires définies. Cette couverture sera assurée en partie par le secteur communautaire 80 % et environ 20 % pour le secteur privé.

Selon la carte sanitaire le nombre de nouvelles aires à couvrir de 1998 – 2007 est estimé à 990 sur l'ensemble du territoire. Si on considère l'existant, les nouveaux objectifs annoncés devront permettre de réaliser au total 600 CSCOM au cours de la prochaine décennie, soit 300 au cours du premier quinquennat et 300 au cours du deuxième.

Au cours de la période du plan, la couverture des points de vente de Médicaments Essentiels sera étendue en favorisant l'installation des pharmaciens à la périphérie. La carte sanitaire indique un potentiel de 1348 officines à créer d'ici l'an 2002. Ce potentiel s'élèverait à 1519 officines en 2007 pour l'ensemble du territoire, les efforts de développement du secteur pharmaceutique privé seront orientés dans le sens de la réalisation d'environ 40 % de ce potentiel. Il sera créé également 5 nouveaux dépôts régionaux de la PPM d'ici l'an 2002 à Gao, Tombouctou, Kidal, Bougouni et à Nioro. L'Etat encouragera le développement du secteur privé afin qu'il puisse contribuer activement à la mise en œuvre du plan décennal. Mais ce développement se fera selon des normes établies et conformément à la carte sanitaire nationale.

ii. *Extension des services de santé de 2^{ème} niveau :*

Parmi les centres de santé de référence actuels, 42 sont dotés d'un bloc opératoire. Ces centres verront leur plateau technique évoluer rapidement pour leur permettre de devenir des centres de 1^{ère} référence.

Dans la future zone sanitaire de Bamako, chacune des communes aura son centre de référence. Compte tenu du fait de l'inexistence de structures de 2^{ème} référence les centres de santé de commune auront une structuration un peu différente des autres centres de santé de 1^{ère} référence.

iii. *Extension de la couverture des hôpitaux pour la période 1998 – 2007 :*

Le schéma-directeur de développement du secteur hospitalier prévoit les deux catégories d'hôpitaux suivants :

- Les centres hospitaliers de 2^{ème} référence, dénommé hôpital général.
- Les centres hospitaliers de 3^{ème} référence, dénommé hôpital principal.

La couverture que devra assurer les deux catégories d'hôpitaux retenues repose sur les ratios suivants définis par la carte sanitaire.

Ratios	Catégorie d'hôpitaux
1 lit pour 7500 habitants	2 ^{ème} référence
1 lit pour 10.000 habitants	3 ^{ème} référence

Les projections de population sur la période 1998-2007, estimées à partir de l'hypothèse moyenne de croissance démographique pour la période, et les ratios sus-indiqués ont permis d'estimer le nombre de lits à créer au cours de la période du plan.

Pour 2002 :

- 1395 lits de seconde référence ;
- 1050 lits de troisième référence.

Pour 2007 :

- 1866 lits de deuxième référence ;
- 1400 lits de troisième référence.

Pour réaliser les niveaux de couverture souhaités, le Mali devra disposer pour l'an 2002 de 6 hôpitaux de deuxième référence, 3 de troisième référence. Pour l'an 2007 cette couverture devra atteindre 8 hôpitaux de deuxième référence et 3 hôpitaux de troisième référence.

Ces projections ont été déterminées par la carte sanitaire. Cette dernière définit le nombre de structures hospitalières à créer, mais n'impose pas à l'Etat l'exclusivité de leur création. Ainsi, le secteur privé à but lucratif peut être autorisé à en créer dans le respect des conditions fixées par la loi hospitalière.

1.1.2. Evolution des structures hospitalières au cours de la période du plan

Les 6 hôpitaux régionaux actuels évolueront vers des hôpitaux de 2^{ème} référence. Dans cette perspective deux hôpitaux régionaux devront changer de site d'implantation, il s'agit des hôpitaux de Sikasso et de Mopti (les centres du projet Yeelen seront intégrés à

ces hôpitaux).

Quant aux trois hôpitaux nationaux actuels ; Kati deviendra un hôpital de 1^{ère} référence, Point « G » et Gabriel TOURE des hôpitaux de 3^{ème} référence (on tiendra compte de la complémentarité dans leurs transformations). Un hôpital pour enfant sera construit et complétera ainsi le dispositif hospitalier de 3^{ème} référence. Au cours de cette même période le centre hospitalo-universitaire (CHU) sera institutionnalisé.

Le passage d'une catégorie à l'autre est possible. Un hôpital de deuxième référence peut évoluer vers le statut de troisième référence. Ceci à la demande expresse de l'établissement auprès de la Commission Nationale de Santé qui est prévue. D'une manière générale, un hôpital de 3^{ème} référence peut devenir un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) à condition d'être implanté dans la même ville qu'une Ecole ou Faculté de médecine et de Pharmacie et établir une convention avec l'Université. Celle-ci devant être approuvée par les autorités de tutelle.

Une agence hospitalière sera créée. Au cours de la période transitoire, différents services tenus par des enseignants de la faculté pourront rentrer dans le dispositif hospitalo-universitaire. Le Centre National d'Odonto Stomatologie sera renforcé afin qu'il puisse jouer un rôle de formation dans le cadre de l'ouverture prochaine de la section dentisterie à la faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto stomatologie.

D'autres établissements spécialisés seront renforcés ou créés. Le Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS) se consacrera aux activités de collecte et de distribution de sang et acquerra une autonomie. Il développera des examens de sérologie et d'hématologie hautement spécialisés.

Le Laboratoire National de la Santé en fera partie et sera érigé en Etablissement jouissant de la personnalité morale. Un service de Grands Brûlés sera créé. Le centre antipoison verra le jour à l'hôpital du Point G. Enfin, les instituts (médico-légal, santé de la reproduction) seront créés.

Au total, il est prévu de créer 2 hôpitaux de deuxième référence ; 1 de troisième référence spécialisée pour la prise en charge des enfants. L'hôpital pour enfants sera orientée vers la prise en charge globale, psycho-médical de l'enfant. Il prendra en charge les pathologies depuis la conception jusqu'à la naissance en même temps qu'il offrira des soins préventifs, curatifs et promotionnels. En outre, il sera aménagé pour accueillir les mères dont les futurs bébés sont exposés à de grands risques.

Pour cette dernière la localisation sera envisagée dans la perspective d'atténuer la concentration dans la zone sanitaire de Bamako des structures de troisième référence. En attendant une étude de faisabilité les zones sanitaires du nord pourront être retenues. Il reste entendu que l'évolution du secteur hospitalier sera déterminée par la carte hospitalière, partie intégrante de la carte sanitaire nationale. Cette dernière détermine de façon globale, secteur public et privé confondus, l'évolution des structures et équipements hospitaliers, ainsi que leur localisation. Elle permet de prévenir les déséquilibres en équipements entre les différentes zones sanitaires. C'est un instrument de planification auquel un poids sera donné. Elle est obligatoirement révisée tous les cinq ans.

1.2. Extension des services de l'action sociale :

Le dispositif prévu pour la mise en œuvre de la politique d'action sociale comporte également quatre échelons entretenant des liens fonctionnels entre eux.

- *Description de l'évolution des structures chargées de l'Action Sociale :*

i. Le premier échelon ou échelon communal :

Le centre communal de développement communautaire aura en charge de développer l'ensemble des interventions s'inscrivant dans le cadre de la protection sociale, la promotion communautaire, la lutte contre les exclusions. C'est une structure relevant de la gestion directe des communes, créées à leur demande les CCDC seront financés sur les budgets locaux. Ils ne dépendent pas hiérarchiquement des services de promotion sociale de Cercle (SPSC). Ces centres de développement communautaires sont tenus par des techniciens de développement communautaire (deux par centre).

Profil en personnel du centre de développement communautaire

- 2 Techniciens de développement communautaire
- 1 Manœuvre.

ii. *Le deuxième échelon :*

Il s'agit du dernier niveau de déconcentration de la Direction de l'Action Sociale. Le Service de Promotion Sociale de Cercle (SPSC) a un rôle d'encadrement de conseil et d'appui pour les centres de développement communautaires, les structures d'appui à l'action sociale, et les fonds d'assistance médicale, et est un partenaire des mutuelles.

Profil en personnel du centre de promotion sociale de cercle :

- 1 Administrateur des Affaires Sociales (socio-économiste)
- 2 Techniciens du développement communautaire
- 1 Educateur spécialisé ;
- 1 Chauffeur ;
- 1 Secrétaire dactylo ;
- 1 gardien manœuvre.

iii. *Le troisième échelon :*

Le regroupement des futures régions en zone sanitaire a été proposé comme réponse au découpage territorial. Cette même solution est proposée pour l'action sociale. La zone sanitaire sera superposable à la zone d'action sociale pour préserver la cohérence des interventions et leur intégration.

Profil du personnel de la Direction de zone d'Action Sociale

- 4 Administrateurs des affaires sociales dont : 2 socio-économistes, 1 Psycho-sociologue, 1 sociologue.
- 4 Techniciens de développement communautaire ;
- 3 Educateurs spécialisés ;
- 1 Planificateur-économiste ;
- 1 Secrétaire de direction ;
- 1 Secrétaire dactylo ;
- 1 chauffeur
- 1 gardien manœuvre.

iv. *Le Quatrième échelon :*

Les services centraux et organismes personnalisés tels que la maison des aînés, la cité des enfants appartiennent à cet échelon.

- Le service social spécialisé :

Aujourd'hui en dehors des services sociaux dans les hôpitaux nationaux et régionaux, du tribunal pour enfants de Bamako et de la prison centrale de Bamako, aucun service social spécialisé n'existe au Mali.

Les problèmes sociaux de l'élève et de l'étudiant, les difficultés dans la gestion du social dans les missions diplomatiques, l'appréciation des questions liées à la vie du travailleur dans son milieu familial et dans son environnement professionnel notamment dans les industries sont aujourd'hui les facteurs qui justifient la création de services sociaux à intervention spécifique.

1.2.1. Plan d'extension de la couverture des services de l'action sociale :

L'opérationnalisation de la politique sociale sera assurée par des structures de proximité (le centre communal de développement communautaire (CCDC) placées sous l'autorité directe des collectivités locales, (commune urbaines et rurales). La décentralisation prévoit le transfert de la responsabilité, de la gestion, de la solidarité à ces dernières.

Il s'agit d'une nouvelle attribution pour les communes qui sera progressivement assumée. C'est pourquoi, leur développement devra être progressif et en rapport avec les capacités de mobilisation des ressources des CTD.

Les communes urbaines et certaines communes rurales importantes pourront être les premières à créer leur CDC au cours des 5 premières années du plan. La politique d'action sociale est mise en œuvre également par différentes structures placées soit sous la responsabilité directe de la D.N.A.S, soit sous sa tutelle, il s'agit pour ces dernières des structures créées par le secteur associatif ou privé et implantées partout où le besoin est sur le territoire national à condition de respecter les normes établies par la D.N.A.S.

Au nombre de ces structures figurent : les parlements des enfants, les centres d'écoute, les centres d'hébergement des enfants de la rue, les centres de formation et d'apprentissage en milieu ouvert.

2. Amélioration de l'accessibilité aux services de santé :

2.1. Amélioration de l'accessibilité financière au PMA :

Elle sera réalisée grâce aux mesures suivantes : l'élimination des barrières tarifaires, en accordant les abattements tarifaires et en introduisant des modalités de prépaiement, tels que les systèmes d'épargne santé ou d'abonnement.

2.2. Amélioration de l'accessibilité financière aux médicaments :

Elle sera obtenue grâce aux mesures suivantes :

- l'encouragement des grossistes privés à regrouper leurs achats ;
- l'organisation d'appels d'offres sur la base d'une liste des DCI ;
- l'allégement des procédures des marchés publics ;
- la pré - qualification des fournisseurs et l'achat par appel d'offres restreint en exigeant le respect de la réglementation en matière d'importation.

Ces mesures seront complétées par d'autres permettant une meilleure évaluation des besoins nationaux en médicaments au nombre desquelles l'organisation du monitoring des consommations et la mise en place des normes de prescription pour les pathologies principales dans les formations sanitaires. L'ensemble des prescripteurs sera initié à l'utilisation des ordigrammes, les gérants formés à la gestion.

Les chefs de services hospitaliers et les équipes de santé seront davantage impliqués dans la supervision et le suivi de la gestion des dépôts et des pharmacies

hospitalières. Des mesures incitatives seront prises en vue d'encourager davantage les grossistes privés à déconcentrer leurs réseaux. Au nombre de ces mesures figurent l'adaptation de la fiscalité à la profession, le développement d'une structure des prix favorables aux grossistes et aux officinaux. La définition d'une structure de prix permettant d'uniformiser les prix sur toute l'étendue du territoire national sera envisagée après une étude.

3. Amélioration de la qualité des services :

3.1. Organisation de la fourniture du Paquet Minimum d'Activités :

Les structures existantes seront renforcées pour garantir en permanence un ensemble de services minimum de qualité correspondant aux besoins de base des populations en matière de santé. Les nouveaux centres à créer, seront équipés selon le profil d'équipement défini et disposeront du personnel adéquat pour démarrer leurs activités. Le renouvellement des équipements des anciens centres sera soutenu par l'Etat suivant les besoins exprimés dans les plans locaux. Ce paquet minimum sera adapté aux besoins des populations et son développement se fera avec leur accord. Ce principe guidera le développement du système de santé de premier échelon, pour cela :

- des enquêtes périodiques seront menées auprès des bénéficiaires. L'observatoire de la santé et de l'action sociale interviendra dans ce cadre ;
- des concertations sur le PMA entre les communautés bénéficiaires et les prestataires de services de santé seront organisées périodiquement.

3.2. L'amélioration des pratiques professionnelles :

Elle sera réalisée grâce à la mise en œuvre de différentes mesures énumérées ci-dessous :

- L'application de la réglementation portant sur les conditions d'exercice :

Au nombre des mesures qui seront prises dans ce cadre figurent :

- la subordination de l'exercice à l'inscription aux ordres professionnels.

L'édition d'un guide de l'exercice professionnel dont la diffusion sera assurée par les ordres professionnels. L'inclusion dans les dossiers de candidatures à l'entrée à la fonction publique pour les travailleurs de la santé relevant d'un ordre professionnel, l'attestation d'inscription à l'ordre professionnel concerné.

- l'établissement et la diffusion de la liste des actes médicaux délégués et de celle des actes que les paramédicaux qualifiés peuvent exécuter sur prescription quantitative et qualitative du médecin.
- L'élaboration et la diffusion des normes thérapeutiques auprès de l'ensemble des prescripteurs et des dispensateurs. Il s'agit de normes contenues dans les supports suivants :
 - la fiche de pharmacovigilance ;
 - Les tables de correspondance des spécialités/DCI ;
 - les ordinogrammes (guide thérapeutique) ;
 - les guides d'information des praticiens sur les médicaments essentiels ;
 - le formulaire des médicaments essentiels ;
 - le guide sur les bonnes pratiques de dispensation et de stockage des médicaments ;
 - le développement d'une politique d'évaluation des pratiques professionnelles.

- Le renforcement du pouvoir de contrôle des ordres professionnels et de l'inspection de la santé et de l'action sociale.

3.3. L'amélioration des relations entre le malade et le personnel de la santé et de l'action sociale :

Elle sera réalisée en favorisant la participation des bénéficiaires ou de leurs représentants dans les organes de décision des établissements. L'hôpital devra s'humaniser davantage et être plus attentif pour mieux répondre aux exigences des malades. Ceci sera concrétisé à travers la charte du malade. Il sera accordé aux malades une possibilité de porter un jugement sur leur séjour.

3.4. L'amélioration de l'environnement des services de santé :

L'hygiène hospitalière s'inscrira en priorité dans les projets d'établissement des hôpitaux. Chacun d'eux aura son comité d'hygiène avec un réel pouvoir et des moyens pour agir. L'une de ses priorités sera la lutte contre les affections nosocomiales.

3.5. L'amélioration de l'organisation de la référence.

L'organisation de la référence entre établissements constitue l'une des priorités du plan. Les hôpitaux devront davantage s'orienter vers des activités en rapport avec la hiérarchisation de leurs plateaux techniques.

Les conditions nécessaires à la référence seront créées afin que les établissements hospitaliers puissent la réaliser de manière optimale. Ils seront équipés en moyens de transport de malades pour organiser dans les meilleures conditions leur transfert. A défaut, le transport sanitaire par le secteur privé sera promu.

Le développement du système RAC entre les établissements de premier niveau et la première référence devra se poursuivre en l'étendant aux centres qui n'en disposent pas actuellement. Les hôpitaux de deuxième et troisième référence seront reliés en permanence par le téléphone.

3.6. Une meilleure prise en charge des urgences :

Les différents hôpitaux seront obligatoirement organisés et équipés pour accueillir et traiter les cas urgents. Quelle que soit sa catégorie, l'hôpital sera en mesure de façon permanente d'accueillir et de fournir tous les soins en cas d'urgence. Chaque hôpital disposera de son unité d'urgences, et dans le district de Bamako, un service **d'assistance médicale d'urgence (SAMU)**, verra le jour.

Dans la gestion des urgences, les soins constituent la première priorité et ils prendront le pas sur tout recouvrement. Ce principe d'éthique médicale sera à tout prix sauvegardé, par la mise en place d'un dispositif de prise en charge et de paiement différé des prestations fournies en cas d'urgence.

3.7. L'amélioration de la permanence et la continuité des services :

Le service public sera organisé de manière à garantir la permanence des soins dans les hôpitaux et établissements spécialisés, cela grâce à une meilleure gestion des ressources humaines, une plus grande disponibilité des médicaments, des consommables biomédicaux, et des fluides. De même, un système autonome et permanent d'approvisionnement en eau et en électricité verra le jour.

3.8. L'amélioration de la disponibilité des médicaments de qualité :

- Création des conditions pour rendre disponibles les médicaments et les réactifs de*

qualité :

L'adoption d'une liste de médicaments essentiels génériques couvrant 80 % des pathologies courantes constitue un préalable déjà rempli. La révision de la liste nationale de médicaments (en y intégrant les médicaments spécifiques des programmes nationaux) pour chacun des niveaux de soins sera faite tous les deux ans. Elle sera préparée par les comités thérapeutiques des hôpitaux et la commission compétente de révision de la liste nationale. La diffusion de cette liste, l'élaboration des formulaires et tables de correspondance font partie des mesures permanentes permettant de garantir des médicaments de qualité. La mise en place des comités thérapeutiques d'un système de pharmacovigilance dans les hôpitaux complétera un tel dispositif. L'information du grand public sur le médicament sera poursuivie.

La décentralisation du réseau des grossistes privés et l'ouverture du capital de l'UMPP aux privés du secteur pharmaceutique ainsi que l'ouverture de laboratoires d'analyses privés seront encouragées. La lutte contre la fraude et la vente illicite des médicaments sera accentuée dans un cadre intersectoriel.

ii. Réglementation des dons de médicaments :

Les dons seront dorénavant conformes à la liste des médicaments essentiels. Les spécialités ne doivent pas avoir d'équivalents génériques pour traiter les pathologies concernées.

iii. L'information et formation des prescripteurs :

Elle sera réalisée grâce à la diffusion de guides d'information et de directives ciblant chaque catégorie de prescripteur, et au renforcement du contrôle des activités des délégués médicaux.

iv. Le renforcement du dispositif d'approvisionnement et de dispensation de médicaments.

Ceci sera réalisé grâce à l'équipement des dépôts en matériel, l'autorisation du déconditionnement, l'élaboration de formulaires sur les pratiques qui seront mis à la disposition des dispensateurs de médicaments.

v. L'amélioration des conditions de dispensation de médicaments.

La pharmacie hospitalière sera réglementée, et on y assurera la promotion des préparations magistrales. Les pharmaciens et les techniciens de laboratoire seront formés pour renforcer le système de gestion en place.

vi. Le renforcement du contrôle de la qualité du médicament à l'importation.

Des mesures sur l'enregistrement du médicament essentiel générique, par l'application, l'institution de la quarantaine sur les importations et la délivrance du certificat d'importation. En outre, le contrôle analytique des importations sera généralisé. Enfin, la commission des Appels d'Offres sera institutionnalisée. Un système de validation des techniques de contrôle analytique sera mis en place, l'échange entre laboratoires de contrôle de qualité au niveau international développé.

Objectif N°2 : Réduire la morbidité et la mortalité liées aux maladies Prioritaires.

1. Réduction de la morbidité et la mortalité liées aux principales maladies Endémo-épidémiques :

Les stratégies suivantes seront communes aux différentes maladies sévissant actuellement sur un mode endémique ou épidémique.

1.1. Le renforcement des capacités diagnostiques et de prise en charge des Malades atteints des différentes maladies endémiques ou épidémiques cibles dans toutes les formations sanitaires de première ligne dans le cadre du PMA.

Le dépistage précoce et la prise en charge des endémies majeures ou épidémies seront organisés dans l'ensemble des formations sanitaires. Les CSCOM seront renforcés en équipement à cet effet. Un programme de formation intégré destiné à l'ensemble du personnel du premier échelon portant sur le dépistage et la prise en charge des cas sera développé.

Les laboratoires des centres de 1^{ère} référence et des hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} références, seront renforcés grâce à la mise en place d'équipements, du personnel et des réactifs adéquats pour effectuer le diagnostic des différentes maladies ciblées. La disponibilité permanente des médicaments figurant sur les schémas thérapeutiques sera garantie à tous les niveaux grâce à la mise en œuvre du schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels. La gratuité des traitements spécifiques de certaines maladies comme la lèpre et la tuberculose sera assurée sur toute l'étendue du territoire.

1.2. L'organisation de la Recherche active et du suivi des malades sous traitement au niveau communautaire.

Les relais communautaires seront formés et se verront confier une responsabilité dans l'identification et la prise en charge des cas. Le cadre de leur collaboration avec les services de santé sera renforcé.

1.3. L'organisation d'un système unique de surveillance épidémiologique pour l'ensemble des maladies.

Le renforcement du système de surveillance épidémiologique constituera une composante essentielle de la lutte contre les maladies endémo-épidémiques. Il est proposé plusieurs stratégies dans ce cadre :

- **une surveillance passive** : basée sur l'analyse des données des formations sanitaires. Elle sera réalisée à travers la mise à disposition du personnel d'outils simples de collecte des données, l'organisation de l'acheminement rapide et régulier des rapports de collecte des centres de santé périphériques vers le district sanitaire, du district vers la zone sanitaire et de cette dernière vers le niveau central.
- **une surveillance active** : pratiquée pour des maladies telles que l'onchocercose, la dracunculose, les schistosomiases. Elle sera réalisée à travers des enquêtes ponctuelles transversales ou cas-témoins périodiquement menées sur le terrain.
- **une surveillance sentinelle** : au niveau de certains CSCOM et hôpitaux, principalement au niveau des Centres de Santé Cercle. Cette méthode de surveillance s'appliquera à des maladies telles que le SIDA, les maladies du PEV, le

paludisme (pour la chimio-résistance).

- **une surveillance semi-active** : (système d'alerte précoce). Elle concernera les maladies à risque épidémique élevé. Un mécanisme opérationnel de transmission rapide des informations en cas d'émergence de ces maladies sera développé. Il devra assurer une facilité de communication prompte et exhaustive entre les différents niveaux du système de santé.

- **une surveillance localisée au sein de la communauté** : Elle sera réalisée par les membres de la communauté eux-mêmes et concernera des affections comme la dracunculose dont les cas seront détectés par les relais sociaux et communiqués au personnel des CSCOM. Les ONG et associations seront impliquées dans cette surveillance.

Pour une meilleure efficacité du système de surveillance épidémiologique, il sera élaboré des indicateurs sensibles et fiables, facilement compréhensibles et interprétables par les acteurs de la santé à tous les niveaux. Les outils de collecte des données seront révisés pour mieux les adapter au contexte épidémiologique et les rendre plus maniables par le personnel de santé surtout du niveau périphérique.

La formation et le recyclage du personnel et des relais sociaux chargés de la collecte des données, sur l'utilisation des supports et les méthodes de collecte des données sur le terrain seront organisés. Le personnel chargé de l'analyse au niveau du district, de la zone sanitaire et du niveau central bénéficieront de formations et de recyclages périodiques en informatique et en techniques d'analyse des données.

L'opérationnalisation optimale du système de surveillance nécessitera l'établissement d'un réseau fonctionnel de communication entre les différents niveaux. Ainsi, les districts sanitaires et les CSCOM seront dotés de système de radiocommunication ou de téléphone garantissant les communications entre le premier et le deuxième niveau. La communication entre le district, la zone sanitaire et le niveau central s'effectueront par des liaisons téléphoniques ou par télécopie.

Des réseaux informels de communication comme celui des transporteurs routiers seront utilisés pour la transmission des messages en cas de nécessité. La détection des cas, la transmission des informations ou l'alerte nécessiteront par ailleurs la collaboration avec les autres secteurs. Ainsi, les encadreurs agricoles, les enseignants, les agents des postes et télécommunications, du Ministère de l'Administration Territoriale et de la Sécurité, du Ministère de la Défense Nationale, du Ministère des Transports et des Travaux Publics et d'autres secteurs contribueront à la mise en œuvre du système de surveillance épidémiologique. Une revue épidémiologique de grande diffusion des informations relatives aux maladies, sera créée. Pour chacune des endémies ciblées, des actions spécifiques vont être développées.

1.4. La Lutte contre la lèpre :

L'objectif visé est de réduire à moins de un cas pour 10.000 habitants, la prévalence de la lèpre et à moins de 5 % la proportion des mutilés parmi les nouveaux cas d'ici l'an 2007 grâce à :

L'implication de toutes les formations sanitaires de district dans la prise en charge de la lèpre :

Celle-ci sera développée pour permettre :

- la généralisation de la polychimiothérapie sur toute l'étendue du territoire ;
- la distribution de médicaments antilépreux en centre fixe et en stratégie avancée par les CSCOM.

ii. La prise en charge des invalidités :

- l'organisation de la chirurgie réparatrice dans les hôpitaux de 3^{ème} référence par l'équipement et la formation appropriée du personnel ;
- l'organisation de la rééducation fonctionnelle dans les hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} référence ;
- la formation du personnel socio-sanitaire des hôpitaux de 2^{ème} référence en rééducation psychomotrice ;
- l'organisation de la prise en charge psychosociale des malades au niveau des structures socio-sanitaires de cercle et de commune.

1.5. La lutte contre la Tuberculose.

Objectif général : Réduire la morbidité, la létalité et la transmission de la tuberculose dans la population en doublant en dix ans le nombre de cas contagieux pris en charge.

Objectifs intermédiaires :

1. Détecter chaque année au moins 70 % des cas de tuberculose pulmonaire à microscopie positive existant dans le pays ;
2. Guérir au moins 85 % des cas contagieux détectés

Stratégies :

1. Intégration des activités de dépistage et de traitements ambulatoires dans le PMA offert à la population dans les tous districts et les CSCOMS existant ;
2. Extension progressive d'un réseau de laboratoire de microscopie fonctionnel, de qualité contrôlée et accessible à la population (un laboratoire pour 100.000 Habitants en zone rurale et pour 250.000 habitants en zone urbaine) ;
2. Approvisionnement régulier en médicament antituberculeux essentiels à travers le schéma directeur d'approvisionnement et en matériel de laboratoire nécessaire au diagnostic ;
4. Généralisation de la chimiothérapie standardisée de courte durée (8 mois) gratuite pour les malades enregistrés et administrés de façon supervisée au moins pendant la phase initiale du traitement des cas contagieux ;
5. Mise en place d'un système d'information intégré au système national d'information sanitaire et permettant la supervision et l'évaluation du programme ainsi que la surveillance de la résistance bactérienne et de la sero-prévalence VIH des tuberculeux.

1.6. La lutte contre la schistosomiase :

L'objectif recherché sera de réduire l'incidence de la schistosomiase notamment dans les zones à forte prévalence (zones de barrages) par :

- l'organisation de campagnes de traitement de masse visant les personnes les plus infestées (enfants, riziculteurs, pêcheurs,) ;
- le dépistage passif et la prise en charge correcte des cas au niveau des structures périphériques ;
- le développement des activités de surveillance épidémiologique dans les zones constituant les milieux écologiques favorables : Barrage de Manantali, de Sélingué, zone de l'Office du Niger en implantant des sites sentinelles ;
- l'appui aux équipes de recherche développant des thèmes de recherche sur la schistosomiase, notamment ceux portant sur la lutte biologique ;
- la création des conditions permettant de rendre disponible le praziquantel dans les dépôts périphériques implantés dans les zones d'endémie.

1.7. La lutte contre la Dracunculose :

L'objectif est d'éradiquer la dracunculose par :

- i. *L'élimination du vecteur dans l'eau de boisson :*
 - la poursuite des programmes de vulgarisation et d'information pour généraliser les filtres dans la totalité des localités endémiques ;
 - la protection des points d'eau de surface dans les zones d'endémicité sera organisée par les unités de salubrité des communes.
- ii. *Une plus grande implication des populations concernées dans la lutte contre la maladie par :*

la formation dans les villages endémiques d'agents d'animation, de collecte locale des données et leur transmission aux formations sanitaires de première ligne. Ces agents seront également impliqués dans le dépistage précoce et l'isolement des cas.
- iii. *La poursuite de l'effort d'extension des programmes de forage à toutes les zones à risque :*

1.8. la lutte contre le Paludisme :

L'objectif est de réduire de 60 % la morbidité et la létalité liée au paludisme notamment chez les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes.

En plus des activités courantes de prise en charge des épisodes de paludisme dans les centres de santé communautaire, les centres de 1^{ère} référence seront équipés pour assurer le relais en cas de paludisme compliqué principalement chez les enfants et les femmes enceintes.

- i. *La promotion de l'utilisation des supports imprégnés :*

organisation de circuits de distribution de produits d'imprégnation des moustiquaires et rideaux sur toute l'étendue du territoire. Le circuit sera approvisionné grâce à des

intermédiaires soumis au contrôle régulier du laboratoire national de la santé ;

implication des relais communautaires dans l'imprégnation des moustiquaires et autres supports et leur vulgarisation. Localement, les populations seront organisées au sein de réseaux féminins, qui pourront réaliser quelques activités rémunératrices dans ce cadre.

ii. La surveillance de la chimio-résistance :

Des enquêtes périodiques d'évaluation de la chimio-résistance seront organisées sous la responsabilité du Département d'Epidémiologie et des Affections Parasitaires (DEAP) de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie (FMPOS) ;

Un certain nombre de centres sentinelles seront mis en place dans les hôpitaux pour la surveillance de la chimio-résistance des parasites aux anti-paludiques ;

L'unité de Recherche sur le Paludisme de la FMPOS, centre collaborateur de l'OMS sera chargée de la recherche sur la rémanence des insecticides utilisés et sur la résistance des parasites. Elle sera par conséquent renforcée dans le cadre du plan ;

Des enquêtes périodiques d'évaluation de la chimio-résistance seront organisées.

1.9. La lutte contre le Trâchome :

Elle consistera à réduire la prévalence de la maladie. Ainsi que 60 % de la cécité induite par le trâchome d'ici l'an 2007.

L'atteinte de cet objectif nécessite la mise en œuvre des stratégies et d'activités suivantes :

i. Limitation de la propagation de la maladie par :

- l'amélioration de l'accès en eau potable dans les zones les plus exposées ;
- l'organisation de l'IEC dans les mêmes zones ;
- l'organisation du traitement médical des malades dans les CSCOM, en stratégie fixe et avancée, l'utilisation des relais communautaires ;
- la distribution de vitamine A dans les CSCOM aux enfants vivant dans les zones endémiques et dans les villages par les relais communautaires.

ii. Traitement de séquelles :

- les personnes présentant des Trichiasis seront opérées dans les centres de première référence, les hôpitaux de deuxième et troisième référence, et par les équipes mobiles en stratégie avancée ;
- les centres de 1^{ère} référence seront équipés en matériel technique et en personnel permettant la chirurgie du Trichiasis.

1.10. La lutte contre la Cataracte :

Elle vise une réduction de 70 % du nombre actuel de cécité imputable à la cataracte par :

- L'intensification des mesures préventives et l'amélioration de la prise en charge des cas ;
- La généralisation des examens oculaires systématiques dans les centres de première

référence et les hôpitaux de deuxième, et troisième référence, chez toute personne porteuse d'une maladie favorisant le développement d'une cataracte et les personnes âgées d'une manière générale ;

- L'organisation d'interventions chirurgicales des cas de cataracte dans les centres de santé de cercle et les hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} référence ou en stratégie mobile avec des cars équipés de matériels de chirurgie ophtalmologique ;
- La formation du personnel spécialisé pour le dépistage et le traitement précoce des cas de cataracte dans tous les hôpitaux (ophtalmologues pour les hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} référence, infirmiers spécialisés en ophtalmologie pour les centres de santé de cercle) ;
- La formation du personnel non spécialisé à tous les niveaux du système de santé (personnel médical et paramédical afin de lui permettre de prendre en charge les problèmes oculaires couramment rencontrés dans les formations sanitaires. Dans ce sens, les soins oculaires feront partie du PMA à chaque niveau ;
- La création d'un service d'ophtalmologie dans les hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} référence ;
- La création d'une unité de soins oculaires dans chaque centre de santé de cercle ;
- L'organisation de consultations oculaires systématiques en milieu scolaire, principalement dans les écoles de base.

1.11. La lutte contre le SIDA :

Elle vise la réduction de la propagation des MST et du SIDA par :

i. Le Renforcement des capacités diagnostiques :

Les tests rapides seront pratiqués dans les centres de santé de cercle et confirmés dans les hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} référence niveau ;

Les matériels pour la réalisation des tests de confirmation seront implantés dans les hôpitaux de deuxième et troisième références (Western-Blott).

ii. Le Renforcement de la sécurité transfusionnelle :

la réduction des indications de la prescription de sang et dérivés dans les hôpitaux publics et privés, couplée d'une amélioration de la disponibilité de solutés de remplissage et la formation des praticiens ;

l'augmentation des capacités de collecte, de traitement et de stockage de sang du Centre National de Transfusion Sanguine, garant exclusif de la qualité des produits sanguins sur toute l'étendue du territoire ;

la création de dépôts de sang et dérivés au niveau de chaque hôpital de deuxième référence approvisionnés exclusivement par le CNTS.

iii. le développement de la collaboration intersectorielle dans la lutte contre le SIDA.

L'utilisation des circuits de communication de tous les secteurs de développement pour la diffusion des messages et la promotion de l'utilisation des préservatifs dont les canaux de distribution seront multipliés ;

Les activités de distribution à base communautaire des préservatifs s'appuyant sur les relais sociaux seront développées dans toutes les localités principalement dans celles présentant un profil de population à risque.

iv. *L'organisation de la solidarité autour de la lutte contre le SIDA.*

- En favorisant l'accès des malades aux thérapeutiques, notamment des femmes en grossesse séropositives, par la mise en place d'un fonds de solidarité pour la lutte contre le SIDA. Ce fonds servira en priorité à l'assistance aux victimes du SIDA ;
- Par la création des centres d'écoute et de conseils pour l'information et la sensibilisation des personnes vivant avec le VIH dans chacune des capitales régionales, surtout dans celles où le SIDA et les MST sont en progression ;
- Le développement de la collaboration entre les services de santé et de l'action sociale avec les ONG et la société civile pour la sensibilisation, la distribution et la promotion de l'utilisation des préservatifs et la prise en charge des séropositifs et des malades ;
- Le traitement des maladies opportunistes chez les Sidéens et le traitement des MST avec des médicaments essentiels génériques à coût réduit sera organisé dans les formations sanitaires périphériques ;
- Le counseling pour les séropositifs sera entrepris dans toutes les villes, carrefour, dans les centres d'écoute et de conseils garantissant l'anonymat et une prise en charge respectant la dignité humaine. A Bamako, chacune des communes devra à terme posséder son centre.

1.12. La lutte contre l'Onchocercose :

L'objectif visé est le maintien à moins de 5 % la prévalence de l'onchocercose dans l'ensemble des 5 Régions endémiques par :

i. *La Poursuite de la distribution d'Ivermectine dans les zones d'endémie :*

- Dans l'ensemble des zones endémiques, la distribution à base communautaire sera organisé avec le concours des populations. Les activités de suivi seront assurées par les services de santé périphériques. L'Etat avec l'aide de l'OCP garantira la disponibilité des médicaments ;
- Organisation périodique d'évaluations entomologiques post-traitement ;
- Appréciation de l'impact du traitement par des évaluations épidémiologiques une fois tous les trois ans dans 50 villages sentinelles.

i. *La Poursuite de la lutte anti-vectorielle dans les zones endémiques :*

Le traitement larvicide au sol en cas de recrudescence des gîtes larvaires sera organisé :

- Formation au niveau de chaque région concernée d'une équipe de surveillance épidémiologique et de traitement larvicide au sol. Cette équipe assurera aussi, de façon intégré la surveillance épidémiologique de la trypanosomiase humaine africaine qui, malgré sa régression constitue une menace pour les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso et Ségou.
- Mise à jour périodique de la carte épidémiologique et hydrographique des zones à risque

1.13. **La lutte contre les maladies mentales :**

L'objectif visé est de diminuer la morbidité, la mortalité et l'incapacité liées aux troubles mentaux, neurologiques et psychosociaux.

Pour atteindre cet objectif il sera procédé à :

- l'IEC en direction des communautés en vue d'une mobilisation sociale en faveur de la promotion de la santé mentale ;
- l'utilisation des tradipraticiens comme relais au niveau des villages ;
- l'intégration du volet santé mentale dans le PMA au niveau des aires de santé ;
- la création d'antennes de santé mentale dans les centres de santé de cercle avec intégration dans l'équipe de santé de cercle de l'infirmier spécialiste en santé mentale responsable de l'antenne ;
- le renforcement des capacités diagnostiques des agents de santé en vue du dépistage et de la prise en charge précoce des cas. Ce renforcement se fera à travers la formation continue du personnel sur le terrain et la continuation de la spécialisation des infirmiers en santé mentale ;
- la création d'un centre de cure, sevrage et désintoxication pour alcoolique et drogués dans un des hôpitaux de troisième référence ;
- la réhabilitation et réinsertion des malades stabilisés et de ceux ayant des problèmes avec l'alcool et la drogue ;
- l'approvisionnement correct des formations sanitaires en médicaments psychotropes essentiels en DCI.

1.14. **La lutte contre les maladies à potentiel épidémique élevé :**

Le plan vise à réduire l'incidence des maladies suivantes : le choléra, la méningite, la fièvre jaune, l'hépatite, les autres fièvres hémorragiques et certaines maladies cibles du PEV. Il s'agit en plus de mettre en place des mécanismes d'intervention rapide pour faire face précocement à toute situation d'urgence.

i. *Le développement des mesures de prévention des épidémies :*

- La mise en place d'un système d'alerte suffisamment sensible, fiable et rapide, couvrant l'ensemble du territoire ;
- L'organisation des rencontres régionales périodiques d'information sur la situation épidémiologique des maladies à potentiel épidémique élevé ;
- La constitution chaque année d'un stock de sécurité de médicaments vaccins et consommables ;
- Le pré-positionnement des moyens de lutte dans les régions et districts, notamment dans les zones à haut risque ;
- L'organisation des campagnes de vaccination préventive dans les zones à haut risque pour les maladies ayant un vaccin efficace.

ii. *Mise en place d'une organisation efficace de la gestion des épidémies :*

- Les compétences du personnel socio-sanitaire dans les techniques de lutte contre les épidémies seront renforcées par le truchement de sessions de

formation continue, mais également par l'introduction dans les programmes des écoles de formation de modules spécifiques ;

- La mise en place d'un fonds d'intervention pour les urgences et les épidémies au niveau de chaque collectivité régionale ;
- Un circuit d'acheminement rapide des médicaments, vaccins, consommables et logistiques de lutte contre les maladies à potentiel épidémique élevé sera organisé.

Les stratégies seront complétées par :

- l'élaboration et la diffusion d'outils de prévision et de suivi des stocks d'urgence de médicaments, vaccins, consommables ;
- l'élaboration et la diffusion de directives pour la prévention et la gestion des épidémies dans l'ensemble des formations sanitaires ;
- l'organisation du traitement et de la prise en charge rapide des cas et des séquelles des maladies ;
- la coordination des actions de réponse aux épidémies des divers intervenants par la mise en place d'une structure intersectorielle permanente ;
- l'organisation des campagnes de vaccinations de masse (en cas d'épidémie de méningite, de fièvre jaune ou de rougeole) en privilégiant les zones et les personnes à haut risque.

iii. Le Renforcement de la participation des communautés dans la lutte contre les épidémies par :

- l'utilisation de toutes les organisations et moyens de communication existant au sein de la communauté pour la mobilisation sociale ;
- la responsabilisation plus accrue des communautés à travers les leaders et groupes d'influence dans la lutte contre les épidémies sera réalisée.

iv. Le Développement de la gestion trans-frontalière des épidémies par :

- la constitution des stocks communs de médicaments, vaccins, consommables et logistiques ;
- le renforcement de l'application des réglementations.

1.15. La lutte contre les maladies cardio-vasculaires :

L'objectif est d'assurer la prévention et la prise en charge correcte des affections cardio-vasculaires et de réduire les évacuations vers l'extérieur pour ces affections. Ceci sera obtenu grâce à :

- l'IEC ;
- le diagnostic et le traitement précoce des angines chez les enfants dans le cadre de leur prise en charge intégrée au niveau des structures de 1^{er} contact ;
- le dépistage systématique et la prise en charge en milieu scolaire des maladies cardio-vasculaires ;
- l'utilisation du système de référence mis en place par chaque district entre lui et ses structures périphériques et l'hôpital de 2^{ème} référence le

- plus proche ;
- la création d'un institut de cardiologie à Bamako.

2. L'amélioration des conditions d'hygiène, d'assainissement et la qualité de l'eau de consommation :

La loi sur la décentralisation précise que les collectivités locales exerceront d'importantes responsabilités en matière d'hygiène et d'assainissement.

Il s'agit de les préparer par conséquent à mieux exercer ces prérogatives. Elles auront à soutenir les investissements dans ce domaine. Mais les services déconcentrés de l'Etat continueront à jouer un rôle d'encadrement de plus en plus important du fait de la diversification et de l'augmentation des acteurs.

2.1. Le Renforcement des capacités des services déconcentrés à soutenir les actions de développement des activités d'hygiène :

Un programme de formation d'ingénieurs sanitaires et techniciens d'assainissement sera entrepris pour doter les structures de personnel qualifié en nombre suffisant ;

Les moyens d'intervention des unités chargées de l'hygiène publique, notamment au niveau des districts sanitaires seront renforcés pour leur permettre d'effectuer les contrôles et prodiguer les conseils requis.

2.2. Le Renforcement des capacités d'intervention locale :

- Le conditionnement et l'élimination hygiénique des déchets solides dans les villes se fera en collaboration avec les collectivités locales. Des petites et moyennes entreprises spécialisées seront encouragées à se développer à cet effet ;
- L'organisation d'un système performant d'évacuation des eaux usées et des excréta, en favorisant la multiplication des ouvrages d'évacuation des eaux usées et des excréta à faible coût dans les zones semi-urbaines et urbaines ;
- L'incitation des organisations féminines à la promotion de l'hygiène au sein des communautés.

2.3. L'amélioration de l'hygiène en milieu scolaire :

- L'introduction d'un module d'éducation à l'hygiène dans les curricula de formation des établissements scolaires ;
- L'augmentation du taux de couverture en ouvrages de traitement et d'élimination hygiénique des déchets solides et liquides dans les établissements scolaires ;
- Les plans de construction des établissements scolaires devront prévoir l'installation de latrines et urinoirs ;
- La systématisation de l'approvisionnement en eau potable dans les établissements scolaires ;
- Le renforcement des mesures d'hygiène alimentaires dans les établissements scolaires, en instaurant des mesures de contrôle par les élèves et enseignants

des ventes des produits alimentaires à l'étal dans les environs immédiats des établissements, mais également dans les cantines scolaires.

2.4. L'amélioration de l'hygiène dans les formations sanitaires ;

- l'augmentation du taux de couverture en ouvrages d'élimination des déchets solides et liquides dans les formations sanitaires, par la systématisation des installations dans les nouvelles créations, et la mise au point d'un programme de réhabilitation pour les installations défectueuses et de création de nouvelles dans les établissements qui n'en disposent pas ;
- l'organisation de la gestion des déchets hospitaliers par l'encouragement à la constitution de groupements d'intérêt économique spécialisés ;
- la mise en place de dispositifs permanents d'approvisionnement en eau potable dans chaque formation sanitaire.

2.5. Le développement de la lutte contre la pollution de l'environnement.

Les actions porteront sur :

- La sensibilisation des industriels et autres opérateurs économiques sur les effets des polluants industriels, artisanaux, miniers, agricoles, les éjections gazeuses ou liquides d'origine diverse ; les déchets plastiques ;
- La mise en place de mécanisme de concertation intersectorielle sur les pollutions et l'instauration d'un rapport annuel national sur les risques sanitaires liés à l'environnement ;
- La réduction de l'environnement des risques liés à l'utilisation des pesticides, notamment en milieu rural, en organisant des campagnes d'information et de sensibilisation accompagnant les programmes de vulgarisation agricole et de développement rural.

2.6. Le Renforcement des capacités de contrôle de la qualité de l'eau de boisson et des aliments :

- Les populations seront impliquées et responsabilisées davantage dans la protection de la qualité de l'eau de boisson sur toute la chaîne de distribution. Les associations de santé communautaires et des consommateurs se verront confier des responsabilités importantes dans ce cadre ;
- Les capacités d'intervention du Laboratoire National de la Santé seront renforcées dans le contrôle de l'eau et des aliments. L'élaboration et l'application des normes à l'échelle des Etats de la CEDEAO sur la qualité des aliments spécialement des conserves et autres produits industriels de grande consommation sera encouragée.

3. Réduction de la Morbidité, la mortalité et les infirmités chez les enfants de 0 à 6 ans.

3.1. Développement de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant dans les formations sanitaires :

Le paquet d'activités développé pour chacun des échelons a été conçu pour permettre la prise en charge intégrée des enfants. Pour la réaliser, les compétences du personnel de santé dans la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant seront renforcées, par l'organisation des sessions de

formation continue pour le personnel en service, mais également par l'introduction dans les écoles de formation de la santé d'enseignements appropriés.

Par ailleurs, la disponibilité des formations sanitaires de premier niveau et de première référence de personnel compétent sera assurée. Celle-ci sera accompagnée de la mise en place des équipements, des médicaments essentiels et vaccins grâce à l'application du schéma directeur.

Par ces mesures, ces formations sanitaires seront en mesure d'assurer le dépistage précoce et la prévention des infirmités dans les formations sanitaires par le développement des capacités diagnostiques des centres de premier échelon.

3.2. L'intensification des activités de vaccination :

Le développement des activités de vaccination dans les centres de premier échelon et les structures sanitaires privées, par la mise à disposition permanente des vaccins de qualité, l'organisation de la recherche active des perdus de vue avec la collaboration des communautés sera une des stratégies pour accroître la couverture.

3.3. La lutte contre les Carences et maladies nutritionnelles de l'enfant.

Dans ce cadre, les stratégies suivantes seront menées :

- la prévention des maladies carencielles, par un renforcement de la capacité de surveillance nutritionnelle ;
- prévention médicamenteuse des carences en vitamine A et en fer chez les sujets exposés dans les formations sanitaires de première ligne ;
- promotion des aliments riches en micro-nutriments ;
- pour les carences en iode, la disponibilité de sel iodé sera garantie sur toute l'étendue du territoire ;
- promotion de la production et la vulgarisation des farines de sevrage ;
- l'intégration des activités de nutrition dans le PMA à tous les niveaux de la pyramide sanitaire ;
- le renforcement du programme de cantines scolaires dans les régions les plus vulnérables ;
- la promotion de l'allaitement maternel et de l'alimentation de complément par l'éducation et l'information des parents et à travers l'initiative des « hôpitaux amis des bébés ». A l'échelon des communautés, les groupes de soutien aux mères allaitantes seront organisés sur toute l'étendue du territoire et plus particulièrement auprès des femmes exerçant une activité ;
- l'utilisation plus accrue de la thérapie de rehydratation par voie orale dans les formations sanitaires et à domicile ;
- l'encouragement et éventuellement le soutien pour la participation des ONG et associations dans la promotion de la nutrition par le développement de micro projets communautaires visant à améliorer les conditions de vie et de nutrition dans les villages ;
- la révision continue ou l'introduction du cours de nutrition dans les facultés et les écoles de la santé (FMPOS, ESSE, EIPC) et du développement rural.

- le renforcement de la collaboration intersectorielle par la mise en place de mécanisme souple de concertation et d'action à l'échelon local et national. Il s'agira de mettre en place au niveau local un comité de planification et de promotion des actions de lutte contre la malnutrition dotés de moyens d'action appropriés.

- La mise en place d'un système d'information nutritionnelle capable de soutenir la planification stratégique en matière de nutrition.

- la mise en place d'un cadre institutionnel approprié au domaine de la nutrition.

4. Réduction de la morbidité et la mortalité liées aux problèmes de santé de la Reproduction :

4.1. L'amélioration de la qualité et de l'accès aux services de santé de la Reproduction par :

- Le développement des compétences des responsables nationaux en santé de la reproduction ;
- L'augmentation de l'utilisation des normes et procédures en santé de la reproduction dans les formations socio-sanitaires ;
 - L'intégration de l'enseignement de la santé de la reproduction dans les curricula des écoles de formation socio-sanitaire ;
 - L'intégration des activités de santé de la reproduction dans les structures existantes destinées aux jeunes et aux adolescents ;
 - La création des centres multifonctionnels d'éducation et d'apprentissage pour les jeunes et adolescents ;
 - Le soutien et l'extension de la couverture des programmes de distribution à base communautaires des contraceptifs et de marketing social ;
 - L'organisation de la lutte contre le tabac, la drogue et l'alcool, les MST/SIDA en milieu scolaire et universitaire ;
 - Le renforcement des mesures préventives et le contrôle sanitaire dans les établissements préscolaires et scolaires ;
 - L'implication des femmes dans la prise en charge effective de la santé du couple mère/enfant et celle de la communauté ;
 - L'intensification à tous les niveaux de la lutte contre les pratiques néfastes à la santé de la femme notamment les mutilations génitales (excision) par :
 - des études et recherches approfondies et diversifiées à l'échelle nationale en vue d'élaborer des stratégies adaptées après une connaissance réelle de la prévalence des Mutilations Génitales Féminines au Mali
 - une large information du public sur les dangers de ces pratiques ;
 - l'implication des ONG et des associations féminines dans la lutte contre ces pratiques ;
 - la formation du personnel pour la prise en charge des complications

4.2. Le Dépistage précoce et la prise en charge des urgences obstétricales :

Ceci sera réalisé grâce à :

- l'extension de la couverture des services de périnatalité ;
- le Dépistage et la prise en charge des risques pendant la période périnatale ;
- le renforcement, l'utilisation correcte du partogramme par le personnel dans toutes les formations sanitaires ;
- le renforcement des plateaux techniques des centres de 1^{ère} et des hôpitaux de 2^{ème} référence pour la prise en charge adéquate des urgences obstétricales référées ;
- l'organisation de la référence et la prise en charge des urgences obstétricales avec la participation des communautés, extension des formules de solidarité développées par les ASACO.

5. Le Renforcement de l'Information, l'Education et la Communication

- Le développement du CНИЕCS pour lui permettre de soutenir les stratégies nationales en matière d'IEC, en lui donnant les moyens de produire et de diffuser les messages appropriés sur tous les éléments du PMA selon les niveaux ;
- Le renforcement de la collaboration intersectorielle avec tous les acteurs censés jouer un rôle dans la diffusion des messages de santé.
- La coordination des actions d'IEC en matière de santé développées par tous les acteurs et partenaires par le renforcement du comité national des programmes d'IEC.

Objectif N°3 : Lutter contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale.

1. La Promotion des mécanismes de Protection Sociale

1.1. Augmentation de la couverture par les mutuelles :

La volonté politique en faveur du développement de la mutualité est aujourd'hui une réalité concrétisée par l'adoption des textes législatifs et réglementaires au cours de ces dernières années et l'assistance financière accordée par l'Etat à certaines mutuelles.

Cette volonté des pouvoirs publics de voir la mutualité jouer un rôle grandissant dans le domaine de la protection sociale est aujourd'hui soutenue par un certain nombre de partenaires.

Actuellement, les actions des mutuelles se rapprochent davantage :

- Dans le domaine de la santé :
 - d'une association d'usagers ayant négocié des tarifs pour ceux-ci auprès des centres de santé ;
 - d'une gestion intégrée de centres de soins.
- Dans le domaine de la retraite :
 - d'une activité de type financier : collecte de fonds capitalisés pour le versement d'une rente individuelle aux cotisants à l'âge de la retraite.
- Dans d'autres domaines :
 - d'une activité de type coopératif : achat, stockage, redistribution de denrées ;
 - d'une activité de type d'associations, d'usagers : cas de l'accès aux logements.

On constate que les mutuelles arrivent à peine à exercer convenablement les activités décrites ci-dessus dans le sens de l'amélioration de la protection sociale existante. Aussi, est-il nécessaire de classer ces activités dans leurs différents domaines d'intervention et préciser les mécanismes techniques et économiques qui doivent les régir.

L'un des objectifs du plan est de pallier cette insuffisance par la mutualisation d'un certain nombre de risques en particulier la santé, d'autres risques tels l'invalidité, le décès, la retraite pourront être couverts.

i. L'extension de la couverture des mutuelles existantes et la promotion de nouvelles mutuelles :

Il s'agira d'entreprendre des actions en vue d'assurer une large information et une sensibilisation des populations sur les risques sociaux et les modalités de leur couverture. Cette action sera réalisée par les services de l'action sociale et les promoteurs des mutuelles. Une structure provisoire d'appui au développement des mutuelles sera créée, elle s'investira dans ce sens en attendant la constitution d'une Fédération des Mutuelles dont ce sera le rôle. Une des tâches essentielles qui reviendra à cette unité et par la suite à la Fédération est l'identification des promoteurs et partenaires susceptibles d'appuyer le développement de projets d'extension de la couverture.

Compte tenu de la situation économique satisfaisante des populations vivant dans les zones CMDT, Office du Niger, zones minières, celles-ci seront les premières cibles des actions visant la promotion des mutuelles en zone rurale. La création de mutuelles dans les

régions d'origine des immigrés sera poursuivie.

Une série d'expériences dans les corps de la Fonction Publique qui constitue un pôle de développement potentiel de mutuelles sera lancée dès les premières années du Plan. Dans le même ordre d'idée la création d'une union de mutuelles de la fonction publique sera favorisée.

ii. Le développement de l'esprit mutualiste et création d'un environnement incitatif à l'émergence d'expériences mutualistes au sein de la société civile :

Plusieurs actions seront initiées dans ce cadre, il s'agira notamment de :

- mettre en place des réseaux de promoteurs de la mutualité, capables d'impulser la dynamique de développement des structures pré-mutualistes vers des structures mutualistes ;
- appuyer les leaders chargés de promouvoir la mutualité dans leur communauté ;
- élaborer et mettre en œuvre un programme de formation à l'intention des leaders afin d'améliorer leur connaissance du mouvement mutualiste ;
- donner aux promoteurs les moyens nécessaires à l'exercice de leurs activités de sensibilisation ;
- développer l'information et la communication en matière de mutualité à l'endroit des mutualistes et des cibles potentielles.

iii. Le Renforcement de la capacité d'action des groupements mutualistes existants dans la réparation des risques sociaux :

Les actions suivantes permettront d'atteindre cet objectif :

- amener les mutuelles à être solvables par la qualification des risques à couvrir et l'amélioration du prélèvement des cotisations ;
- soutenir les mutuelles en vue de les professionnaliser dans la gestion de l'assurance maladie, notamment par la formation des responsables mutualistes dans l'administration, la gestion, l'actuariat. Dans le même ordre d'idée, il sera procédé à l'amélioration de la qualification du personnel technique des mutuelles ;
- organiser un système de réassurance entre les mutuelles, et mettre en place un fonds de garantie ;
- organiser des concertations paritaires sur la problématique du recouvrement des cotisations des mutuelles.

iv. Consolidation des mutuelles existantes :

Dans cette perspective, la mise en œuvre du plan permettra de :

- favoriser les échanges d'expériences entre les mutuelles par le biais de rencontres, d'information et de communication ;
 - mettre à disposition des instruments techniques, financiers, juridiques afin de renforcer le fonctionnement interne ;
 - tracer un cadre de collaboration entre les mutuelles et les offreurs de soins ;

- inciter à la création d'Unions de mutuelles et accélérer la mise en place de l'Union Technique des Mutuelles.

Pour régler l'épineux problème lié au manque de professionnalisme observé et favoriser l'émergence d'une expertise locale fiable, il sera introduit des modules de formation en économie sociale dans les écoles de formation telles que l'EFDC, l'ENA, l'IUG.

v. *La Création d'un cadre réglementaire, fiscal et incitatif :*

Dans cette perspective, au cours de la période du plan on devra :

- engager le processus de reconnaissance d'utilité publique en faveur des mutuelles ;
- négocier des avantages fiscaux avec les pouvoirs publics pour les mutuelles.

vi. *Le Renforcement de la tutelle :*

Pour le compte du Ministère de la Santé, la tutelle des Mutuelles est exercée par la Direction chargée de l'Action Sociale. Celle-ci sera renforcée en vue d'exercer une véritable activité d'assistance conseil aux mutuelles. Les techniciens de cette structure seront formés notamment dans les domaines de l'actuariat et de la planification stratégique des mutuelles.

vii. *le développement de la coopération régionale, sous régionale, et internationale :*

Le Mali présente aujourd'hui les meilleurs atouts pour créer un centre régional de formation en mutualité. La réalisation d'un tel établissement qui pourrait relever de la gestion de la Fédération contribuera sans nul doute à renforcer la coopération entre notre pays et d'autres. Le mouvement mutualiste malien développera les échanges Nord -Sud, mais également Sud-Sud, pour s'enrichir des expériences des autres mais également pour mettre à leur disposition les résultats qu'il a pu acquérir.

1.2. **L'Institution de l'assurance maladie obligatoire :**

Une partie seulement des salariés du secteur formel et leurs familles ainsi que les fonctionnaires bénéficient théoriquement d'une couverture sanitaire. Cette protection qui ne couvre que 3 % de la population soit 250.000 personnes avec les ayant-droits est très partielle si on se réfère aux prestations proposées.

En effet, les conditions de délivrance des soins dans les formations sanitaires sont très insuffisantes et dans tous les cas certaines dépenses de santé telles que les médicaments ne sont pas prises en charge, c'est pourquoi le futur plan prévoit d'instituer pour les couches concernées, une assurance maladie obligatoire contractualisée. Les critères suivants ont prévalu au choix d'un tel régime d'assurance :

i. *Préserver l'existant :*

Actuellement, l'INPS offre une protection contre la maladie aux travailleurs salariés qui sont soignés dans les CMIE de l'Institut. De même que les fonctionnaires bénéficient théoriquement d'une participation de l'Etat à leurs frais d'hospitalisation à hauteur de 80 %. Il est difficile de revenir sur les avantages acquis par ces populations en leur imposant une couverture inférieure.

En outre, dans le système actuel un nombre très limité de travailleurs sont en plus assurés auprès des compagnies d'assurance qui courent environ 80 % de leurs

dépenses de soins. Il devient également difficile d'imposer à ces personnes un changement d'organisme.

ii. *Le libre choix laissé aux assurés par rapport au taux de couverture et d'organisme assureur :*

La loi définissant un minimum de prestations à couvrir, cette formule à l'avantage de tenir compte des possibilités économiques de chaque secteur d'activité.

iii *Responsabiliser totalement chaque organisme dans l'équilibre financier du régime qu'il gère :*

Cette formule permet d'impliquer les assurés eux-mêmes dans la maîtrise de leurs dépenses de santé. Elle permet surtout de désengager le budget de l'Etat en cas de déficit. En effet, toute subvention de l'Etat est difficile à admettre alors que l'Etat doit financer les actions de prévention, les soins de santé de base et les soins hospitaliers aux indigents.

Le rôle de l'Etat doit se limiter à assurer ses contributions patronales pour les personnes qu'il emploie et à réglementer le régime (contrôle technique et financier, prix des prestations, liste des médicaments remboursables....).

v. *La possibilité de développement de la mutualité grâce à ce type de régime :*

En effet, parmi les organismes gestionnaires de ce régime, les mutuelles peuvent se voir confier la gestion de l'assurance-maladie des fonctionnaires et des retraités. Cela favoriserait l'essor des mutuelles car elles disposeront de ressources suffisantes constituées par la partie des cotisations des fonctionnaires directement prélevée à la source et reversée aux mutuelles qui gèrent l'assurance.

1.2.1. La mise en place d'un système d'assurance maladie obligatoire ciblant dans un premier temps les fonctionnaires, les travailleurs salariés et les retraités et couvrant les risques de santé. Elle débutera par la tenue des Etats Généraux avec les employeurs, syndicats et pouvoir publics pour fixer le cadre de l'assurance maladie obligatoire contractualisée et obtenir leur accord.

Les textes sur l'assurance maladie obligatoire contractualisée seront adoptés dans le courant de l'année 1998, ils définiront :

- les prestations ;
- les bénéficiaires ;
- les conditions de remboursement ;
- les conditions d'affiliation et d'immatriculation ;
- les modes de cotisation ;
- la restructuration de l'INPS pour lui permettre de réussir sa mutation en organisme gestionnaire de l'assurance maladie ;

1.3. L'Institution d'un fonds d'assistance médicale :

Le fonds d'assistance médicale vise à répondre en priorité aux besoins de santé des personnes indigentes reconnues comme telles. Pour atteindre cet objectif, le fonds pourra assurer la dotation budgétaire globale des formations sanitaires afin de permettre aux personnes admises à l'assistance médicale de pouvoir bénéficier des soins médicaux. Chaque collectivité peut créer son fonds d'assistance médicale.

Les ressources du fonds proviennent de la subvention de l'Etat, des dons et legs, taxes diverses et en grande partie des contributions des collectivités locales. Le

fonds sera administré au niveau de chaque commune par le maire, dont la tâche sera :

- de répartir les dotations budgétaires aux unités de soins ;
- de contrôler et vérifier les prestations délivrées par les dites unités ;
- de suivre les dépenses effectuées ;
- de tenir un fichier relatif aux bénéficiaires de l'assistance médicale.

L'autorité administrative locale concernée transmet le dossier à une commission d'assistance médicale dont la composition sera déterminée par le conseil communal. Cette commission a pour mandat d'examiner les dossiers de demande d'assistance médicale qui lui sont soumis. Proposer l'admission ou le refus de l'assistance médicale sur la base des critères relatifs à la situation socio-économique du postulant. La mise en place du fonds nécessitera :

- l'organisation des négociations avec les collectivités locales et les pouvoirs publics sur la création du fonds dont l'intervention exclusive se fera dans le domaine des soins en faveur des personnes démunies ;
- l'élaboration et adoption des textes réglementaires et législatifs fixant le statut et la gestion du fonds d'assistance, son mode de financement. Ces textes définissent en outre les critères d'identification des bénéficiaires de l'assistance médicale.

Parmi les travaux qui seront lancés dans le cadre de la préparation de l'implantation des fonds figure celui visant à établir un formulaire d'identification des bénéficiaires de l'assistance médicale. La création des fonds d'assistance médicale se fera suivant un calendrier négocié avec les collectivités.

Les compétences des responsables du fonds d'assistance médicale seront développées pour leur permettre de négocier avec les professionnels de la santé et maîtriser les mécanismes de gestion et d'organisation de ce type d'organisme. Ce programme de formation sera mis au point et réalisé par un groupe de travail sur la promotion du fonds d'assistance médicale.

2. La lutte contre les exclusions :

2.1. Promotion des conditions de vie de la famille :

Depuis quelques années, la notion de famille traditionnelle, élargie cède le pas à celle de ménage, mettant en mal certaines vertus cardinales telles que l'autorité de la cellule familiale, son rôle d'éducation, de cohésion et de la solidarité qui la caractérisaient.

Le déclin de ces attributs positifs, conduisent à l'éclatement de la famille traditionnelle et à sa nucléarisation. Malgré l'existence d'un cadre législatif relatif à la famille réparti entre les différents codes (code malien du mariage, code de la parenté) et quelques actions ponctuelles effectuées par certains services publics (INPS, CRM), en exécution du code de prévoyance sociale et du statut des fonctionnaires, il n'a pas existé jusque là une véritable politique de la famille comme un ensemble coordonné de mesures susceptibles de garantir de façon pérenne les fonctions sociales, éducatives, économiques de la famille.

Cependant, depuis quelques années, la législation malienne s'est enrichie de deux conventions relatives à la protection de couches vulnérables de notre population, que sont les femmes et les enfants.

La définition d'une politique de la famille au Mali tiendra compte des derniers développements intervenus dans le statut social de la femme et de l'enfant depuis le

sommet sur les enfants en 1990 et la ratification par notre pays de la Convention contre toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes.

Ces acquis permettent aujourd'hui de rassembler des éléments positifs et permanents pour l'élaboration d'une politique cohérente de la famille prenant en charge la volonté politique affichée par les autorités de faire en sorte que la famille soit le lieu privilégié où s'épanouit le couple parents/enfants, une famille ouverte au modernisme, capable de remplir ses fonctions éducatives, économiques et sociales.

i. La Protection Sociale de la Famille :

- L'amélioration de l'accès des familles aux services de santé par :
 - l'amélioration de l'accès des familles à la vaccination, aux structures de santé de la reproduction ;
 - la création des conditions d'accès aux soins, des familles éprouvant des difficultés grâce à une réduction des tarifs de consultation et à l'une des modalités d'intervention du fonds d'assistance médicale ;
 - l'augmentation de la couverture par les structures chargées de la rééducation et la réadaptation des enfants handicapés, en développant dans les formations sanitaires de proximité les capacités de prise en charge.
- Facilitation de l'accès des familles à l'éducation par :
 - l'allocation des ressources spéciales pour les familles reconnues démunies pour assurer les frais de scolarité des enfants avec la contribution des collectivités locales.
- Assistance aux familles démunies pour leur faciliter l'accès au logement.
 - En favorisant l'émergence d'association et d'ONG encadrant les familles désireuses d'accéder au logement ainsi que la création de conditions facilitant l'acquisition de lots à usage d'habitation aux familles en difficulté particulièrement aux femmes seules chargées de famille ;
- L'aide aux familles pour leur permettre d'améliorer leur situation matérielle par :
 - l'institution des cartes de réduction pour les familles nécessiteuses et celles dirigées par des femmes en vue de favoriser leur accès aux services tels que les transports en commun, les services hospitaliers publics ;
 - l'institution des cartes de réduction et de priorité pour enfants handicapés en vue de favoriser leur accès aux services.

ii. La mise en place d'un cadre juridique et institutionnel :

La capacité des services de base de l'action sociale sera renforcée pour leur permettre d'organiser la prise en charge des problèmes de la famille. A cet effet, le personnel sera formé pour apporter un soutien à la réalisation de structures ou d'organisation adaptées telles que les Organisations Non Gouvernementales ; la rélecture du code malien du mariage pour l'adapter à la convention relative aux droits de l'enfant, à la convention relative à l'élimination de toute forme de discrimination à l'égard des femmes sera une des premières mesures du plan. Il en est de même du code de la parenté. L'élaboration du code de la famille s'inscrira dans le même ordre de priorité.

2.2. La Protection Sociale des enfants dans le cadre de la mise en œuvre de la Convention internationale relative aux droits des enfants :

Les actions menées dans ce sens s'inscrivent pour l'essentiel dans le cadre de la mise en œuvre du Plan d'Action National pour la Survie, le Développement et la Protection de l'Enfant adopté en Novembre 1992 par le Gouvernement. Les multiples formes de déviations au sein du groupe enfance-jeunesse et leur ampleur ont entraîné l'apparition de nombreuses associations sur le terrain. Les actions ont consisté en un ensemble de programmes et projets initiés en faveur des enfants dans les domaines socio-éducatifs en milieu ouvert ou institutionnel.

L'ampleur des phénomènes de marginalisation (mendicité des enfants, délinquance juvénile) et l'insuffisance des ressources humaines et financières restent les préoccupations majeures pour lesquelles s'imposent des mesures énergiques en matière de prise en charge éducative, d'apprentissage et de formation professionnelle et d'une législation adaptée. Pour atteindre un tel objectif les stratégies suivantes seront mises en œuvre :

i. L'information et la formation de la famille, la société civile et tous les intervenants dans le domaine de l'enfance à l'application des droits fondamentaux des enfants :

Il s'agit dans ce cadre de :

- vulgariser la convention relative aux droits de l'enfant au niveau des associations, des partis politiques, des syndicats, des ONG par la tenue de forums et ateliers ;
- introduire un module sur la convention relative aux droits de l'enfant dans le cursus de formation des enseignants, des agents sociaux, de la police ;
- créer et diffuser un bulletin sur les droits des enfants et sur les activités du parlement des enfants ;

ii. L'amélioration des capacités de la société civile et des services publics pour l'application des droits de l'enfant par :

- la création d'une entité chargée du suivi de la mise en œuvre de la convention au sein de la commission nationale chargée du suivi du plan d'action nationale en faveur des enfants ;
- la création de la cité des enfants ;
- la construction du siège du Parlement des Enfants ;
- l'élaboration du code de protection de l'enfance ;
- l'harmonisation des dispositions réglementaires avec la convention relative aux droits de l'enfant.

iii. Le Renforcement de la réinsertion socio-économique des enfants en difficulté :

Il s'agira dans ce cadre de :

- renforcer et multiplier les centres d'éducation et de formation professionnelle en milieu ouvert ;
- multiplier les centres d'écoutes et de conseils dans les zones à haut risque

notamment en milieu urbain ;

- favoriser le développement des projets de réhabilitation pour les enfants en difficulté au sein de leur communauté ;
- favoriser l'écoulement sur le marché, des produits artisanaux fabriqués par les enfants en difficulté par l'encouragement à la constitution d'intermédiaires.

iv. Le Développement des concertations entre les différents intervenants dans le domaine de l'enfance par :

- la mise en place d'un système de coordination et d'évaluation des actions en faveur des enfants impliquant tous les acteurs ;
- le renforcement de la commission nationale de suivi de la mise en œuvre du plan d'action national pour la survie, le développement et la protection de l'enfant par la mise en place d'un secrétariat permanent et l'institution d'un chronogramme de concertations régulières ;
- la signature de conventions entre le secrétariat permanent et toutes les associations et ONG œuvrant dans le domaine de l'enfance pour créer une synergie et éviter les duplications.

2.3. La Promotion des Personnes Handicapées :

Du fait des mutations intervenues dans notre société, la solidarité traditionnelle n'est plus ce qu'elle était, tandis que le modernisme engendre des effets souvent préjudiciables à l'équilibre social de nos communautés tant urbaines que rurales.

La politique de l'Etat en matière de promotion des personnes handicapées s'est révélée très libérale car elle a favorisé l'émergence d'associations fortes dont les réalisations sont aujourd'hui comptées au nombre des plus importantes de la sous-région.

Les associations et les institutions créées par elles, bénéficient toutes de l'aide du gouvernement que ce soit sous forme de subventions, d'appui en personnel, de couverture de certaines dépenses.

Cependant, dans le domaine institutionnel et juridique, des lacunes persistent car depuis l'indépendance, aucune loi spécifique n'a été votée en faveur des personnes handicapées. C'est seulement en Juillet 1993 que le Mali a voté la loi portant autorisation de ratification de la convention n° 159 de l'OIT sur la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées (Loi N° 93-14 du 1^{er} juillet 1993). Il reste encore à traduire dans les faits, les obligations découlant de cette ratification. Le cadre juridique des associations à très peu fait l'objet d'attention. Elles sont régies par une ordonnance désuète qui ne donne aucune clarification sur la tutelle (Ordonnance 41/PCG du 28 Mars 1959). C'est l'inadaptation de cette ordonnance qui fait que de nombreuses associations n'ont pas encore obtenu la reconnaissance d'utilité publique. De ce fait, la plupart des organisations des personnes handicapées ont aujourd'hui une capacité opérationnelle réduite. Elles reposent souvent avec leurs institutions, sur des structures administratives peu performantes et inadaptées aux besoins réels.

i. La mise en place de programmes appropriés de dépistage précoce et de traitement des handicaps chez les jeunes enfants :

Les actions à entreprendre seront de plusieurs ordres :

- la création de services destinés aux personnes handicapées dans le cadre des services de santé existants à tous les échelons ;
- la formation des responsables des soins de santé de base et des travailleurs communautaires au dépistage précoce de l'invalidité, l'assistance primaire et l'aiguillage vers les institutions appropriées ;
- la dotation des structures spécialisées en spécialistes de la réadaptation (prothésistes- kinésithérapeutes).

Ce dispositif sera complété par le développement de toutes les interventions en faveur de la prévention des handicaps.

ii. L'adaptation du milieu de vie aux besoins des personnes handicapées :

- Les établissements spéciaux, seront nécessairement organisés de manière à assurer aux personnes handicapées une intégration rapide et durable dans la société.
- Il s'agira en outre de faire respecter les dispositions énoncées dans la convention 159 de l'OIT sur la réadaptation professionnelle et l'emploi des personnes handicapées, de rendre les infrastructures publiques accessibles aux personnes handicapées en prévoyant des aménagements spéciaux.

Enfin, l'ensemble des organisations de personnes handicapées sera associé aux prises de décisions les concernant.

iii. La Promotion de la participation des personnes handicapées à l'activité socio-économique du pays par :

- l'encouragement des systèmes de protection sociale à développer des actions spécifiques en faveur des personnes handicapées ;
- l'encouragement des entreprises à utiliser des personnes handicapées par l'octroi de mesures fiscales et de subventions spéciales ;
- la formulation de micro-projets générateurs de revenus par les handicapés et promouvoir le financement de ceux-ci ;
- le soutien aux programmes intégrés de réadaptation à base communautaire (RBC) dont la généralisation sur l'ensemble du territoire sera recherchée.

iv. La mise en place des systèmes de suivi et d'évaluation des programmes et projets en faveur des personnes handicapées :

- Un appui sera apporté aux associations de personnes handicapées pour développer leurs capacités de suivi et d'évaluation des programmes. Pour permettre aux différents partenaires intervenant dans le domaine de la promotion des handicapés de continuer à soutenir les projets, des règles transparentes de gestion seront développées. C'est dans ce cadre que vont s'inscrire les audits périodiques.

v. Le Renforcement de la capacité d'intervention de la Direction Nationale de l'Action Sociale et de ces services déconcentrés :

- Les compétences du personnel chargé de l'encadrement des personnes handicapées seront améliorées pour leur permettre de jouer un rôle effectif

dans la promotion des actions en faveur des personnes handicapées ;

- Les ressources humaines et matérielles de la Direction Nationale de l'Action Sociale seront renforcées pour une meilleure intervention en faveur des personnes handicapées.

Un appui en conseil et en organisation aux structures opérationnelles et d'encadrement appartenant aux organisations de personnes handicapées sera développé.

vi. la Coordination des actions de l'Etat et des Organisation de personnes handicapées par :

- l'institution des concertations régulières ;
- la clarification des missions assignées aux différents organismes chargés de la tutelle ;
- la définition d'un cadre législatif et réglementaire plus adapté par la relecture de l'Ordonnance N° 41/PCG du 28 Mars 1959.

vii. La Promotion de la Recherche :

Par la mise au point d'un programme de recherche sur les causes, la nature, l'incidence des invalidités et des incapacités, sur la situation économique et sociale des personnes handicapées.

2.4. Les Actions en faveur des personnes Agées :

la diminution de leurs revenus aggravée par le chômage des actifs et la désagrégation de la solidarité familiale et la disparition progressive des valeurs traditionnelles consécutives aux difficultés économiques que traverse le pays entraînent des conséquences négatives sur les situations socio-économiques des personnes âgées. Aussi, est-il nécessaire aujourd'hui d'entreprendre des actions visant à améliorer les conditions de vie de ce groupe de plus en plus vulnérable.

i. la Prévention de la dégradation des conditions socio-économiques des Personnes Agées :

- Prendre en compte la nécessité de la préservation du pouvoir d'achat des personnes âgées dans les plans et programmes de réformes économiques ;
- Encourager la mise en place de structures mutualistes, associatives ou coopératives en faveur des personnes âgées.

ii. La Préservation de l'état de santé et l'amélioration des conditions d'accès aux soins des personnes âgées :

Elle sera obtenue grâce à :

- l'institution des bilans de santé pour les personnes âgées ;
- l'implication du secteur privé dans les négociations pour l'accès des personnes âgées aux services ;
- le développement de système de retraite volontaire complémentaire ;
- l'amélioration de l'accès des personnes âgées aux services publics et le développement des formules d'assurance maladie en leur faveur ;
- la promotion des soins à domicile par l'encouragement des professionnels

notamment du secteur privé à développer ce type d'activité ;

- la promotion de la recherche dans le domaine de la nutrition et des menus pour personnes âgées à partir de produits locaux et leur vulgarisation ;
- la mise en place des personnels spécialisés en gériatrie-gérontologie dans les hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} référence ;
- un programme spécial de recherche biomédicale sera promu afin de mieux appréhender les profils des maladies du 3^{ème} âge dans le pays.

iii. Le Renforcement de la contribution des personnes âgées à l'éducation à la formation et à la culture.

- impliquer les personnes âgées en tant que participants actifs dans l'éducation dans leur milieu de vie ;
- mettre en place des systèmes d'échanges, de connaissance et d'information sur le vieillissement afin de rechercher activement, de coordonner et de diffuser les informations et les programmes d'éducation et de formation avec la participation des personnes âgées.

3. L'institution d'un fonds national de solidarité :

L'action sociale, parce qu'elle l'expression de la solidarité nationale, ne saurait être financée exclusivement par l'Etat. La mise en place d'un système performant de protection sociale nécessite une conjugaison des interventions et des financements. Les familles, les collectivités décentralisées, les acteurs de mouvement associatif, les partenaires au développement doivent innover en matière de financement. Il s'agira à chaque niveau de proposer des sources de ressources adaptées au contexte et supportable par les communautés.

A cet effet, le fonds national de solidarité est un moyen d'appui à l'organisation et à la rationalisation de l'aide et de l'assistance sociale. Le fonds national de solidarité vient renforcer le dispositif d'aide sociale déjà très insuffisant. Il revient de l'organiser de telle sorte que les ressources qui lui sont destinées ne soient perçues comme une simple redistribution aux indigents. C'est pourquoi le fonds dont les modalités d'organisation feront l'objet d'une étude devra tendre vers une rationalisation du choix des bénéficiaires.

Objectif N° 4 : Promouvoir le développement des communautés avec leur propre participation.

Le principe fondamental de la promotion communautaire demeure l'association des populations au processus général de développement. Cette participation implique l'intégration sociale et économique de la population (rurale/urbaine) à la vie moderne. Elle exige la mobilisation des ressources humaine, financières et naturelles des communautés aux fins de développement et que l'on considère les membres de la communauté comme constituant eux-mêmes, une ressource majeure pour le développement. Au cours des dix prochaines années, les activités de développement communautaire en milieu rural et urbain seront consolidées et renforcées. Elles s'inscriront dans la ligne de la décentralisation affirmée par les pouvoirs publics.

1. La Responsabilisation des populations dans le choix et la mise en œuvre des actions de développement :

- Favoriser la création d'associations de développement local autour d'objectifs formulés par les communautés elles-mêmes ;
- Favoriser les concertations entre population de mêmes localités sur les actions de développement local.

2. Le Renforcement des capacités d'intervention des communautés dans la définition et la mise en œuvre des actions de développement à travers :

- l'émergence d'un véritable pouvoir de décision locale en matière de planification, de gestion et de mise en œuvre promue ;
- le renforcement des capacités de planification locale et de négociation des projets avec les partenaires locaux ;
- le renforcement de la coopération entre les organisations communautaires à la base et la promotion du jumelage coopération ;
- le soutien des efforts de développement concrétisés dans des projets novateurs et porteurs de progrès par la mise en place d'un système de financement de proximité.

3. L'amélioration du revenu des ménages pauvres par le développement de micro-projets communautaires :

Elle consistera essentiellement en :

- la mise en place d'un système de financement de projets générateurs de revenus concernant les hommes et les femmes.

4. La réadaptation à base communautaire :

La RBC a pour but d'offrir à un maximum de personnes handicapées là où elles vivent et à moindre coût les services essentiels dont elles ont besoin ou en d'autre terme, l'amélioration de la qualité de vie des personnes handicapées les plus démunies au niveau socio-économique. La RBC a pour objectif de permettre aux personnes handicapées de développer au maximum leurs aptitudes physiques et mentales, d'avoir accès aux services en milieu ordinaire et de bénéficier des mêmes possibilités que toute autre personne pour parvenir à une entière intégration sociale et économique dans leur communauté et leur société..

Cela se fera à travers :

- l'affirmation d'une volonté politique nationale en matière de réadaptation des

personnes handicapées ;

- la revalorisation des habitudes communautaires traditionnelles en matière de prise en charge de ses membres défavorisés et dans le cas qui nous préoccupe des personnes handicapées ;
- le transfert de compétence complémentaire approprié à la communauté pour davantage améliorer sa capacité et la qualité de ses services à offrir à ces personnes handicapées et au moindre coût ;
- l'implication des personnes handicapées elles-mêmes à la décision (planification, mise en œuvre, contrôle, évaluation etc) dont elle donne le pouvoir et l'occasion de participer à leur propre réadaptation ;
- La RBC apparaît donc comme une approche globale qui comprend la prévention des handicaps et la réadaptation dans les soins de santé primaires, l'intégration des enfants handicapés dans les écoles ordinaires et pour les adultes handicapés la possibilité d'exercer une activité économique rémunératrice.

5. La Promotion des systèmes financiers décentralisés :

Le développement de ceux-ci est envisagé dans le cadre de la mobilisation de la petite épargne pour satisfaire les demandes de financement de projets locaux.

6. La promotion de la mobilisation sociale :

La santé constitue un des facteurs de développement local, c'est pourquoi les efforts développés autour de la promotion des centres de santé communautaire, de l'hygiène et de l'assainissement seront poursuivis. Les services de promotion sociale de district et les centres de développement communautaire ont continué à soutenir et accompagner les initiatives locales de développement sanitaire, en demeurant les partenaires locaux dans les négociations et la mobilisation sociale. Les moyens d'intervention de ces structures seront accrus dans cette perspective.

La promotion des micro-projets locaux allant dans le sens d'une amélioration des conditions nutritionnelles des femmes et des enfants sera encouragée. Les acteurs du système de santé et de l'action sociale continueront de conseiller et appuyer les communautés dans ce sens. La gestion des points d'eau et leur aménagement constituant une condition sine qua non pour fournir de l'eau potable aux populations. Les organisations en faveur de ce genre d'initiative seront encouragées. Chaque district d'action sanitaire et sociale développera son programme de mobilisation sociale adapté aux réalités sociales et économiques du milieu même si l'objectif reste l'amélioration de l'état de santé de la population. Les éléments guides seront :

- l'approche communautaire ;
- l'utilisation des radio de proximité ;
- l'utilisation des médias traditionnels ;
- l'utilisation des organisations et associations existantes

Objectif N° 5 : Accroître la performance des services de santé et d'action Sociale.

1. Renforcement de la performance des structures de premier niveau :

Les services de premier niveau seront renforcés pour permettre de couvrir environ 90 % de la demande des populations justifiable du PMA définit pour cet échelon. Pour atteindre un tel objectif plusieurs stratégies sont mises œuvre :

1.1. L'organisation des services pour rendre le PMA disponible en permanence grâce à :

- la mise en place des équipements types et du personnel compétent pour fournir le PMA défini dans les nouveaux centres et dans les centres de santé revitalisés ;
- l'introduction des méthodes de gestion permettant de répondre aux besoins et des malades à tout moment ;
- l'élaboration des calendriers d'activités des services tenant compte des habitudes culturelles et des pratiques professionnelles des populations particulièrement en milieu rural ;
- l'organisation de services d'urgences dotés de moyens d'intervention permanente ;
- l'organisation de la référence par la mise en place d'un système de radio communication, de téléphone et de moyens de transports rapides des malades ;

1.2. Le développement des stratégies avancées pour rapprocher les soins préventifs par :

La généralisation des activités des services réservant une place importante aux activités de stratégies avancées nécessitant la mise à disposition de moyens de locomotions adaptés.

1.3. L'amélioration des capacités de gestion et de planification :

- Pour permettre aux différentes structures de concevoir leurs plans locaux de développement sanitaire et négocier les financements, les équipes locales seront initiées à la planification et à la gestion.
- la mise en place d'un système de comptabilité transparent à travers le développement des supports appropriés. Le système ainsi mis en place sera soumis à des audits externes périodiques.

1.4. L'amélioration de la capacité des centres à générer des ressources pour assurer leur autofinancement :

- Chaque centre introduira un système de tarification compatible avec les pouvoirs d'achat des populations en développant en même temps un système de prise en charge des personnes démunies ;
- Une dotation initiale d'un fonds de roulement non renouvelable équivalent à trois mois de charges de fonctionnement sera accordée aux centres qui signeront une convention avec l'Etat ;

1.5. l'établissement d'un système de contrat de performance entre l'Etat et les centres de santé bénéficiant de son concours. Un système paritaire d'évaluation des résultats obtenus sera mis en place à cet effet.

1.6. Le Renforcement des capacités d'intervention des centres de développement communautaire :

- les centres de développement communautaire appuieront l'émergence de formes locales de solidarité, ils apporteront en outre, un soutien aux négociations entre les communautés et les populations pour la détermination des aires de santé et la création des CSCOM ;
- les capacités des centres de développement communautaire seront renforcées dans la constitution des banques de données sur les personnes ayant besoin d'une assistance sociale ;
- enfin, la capacité du personnel des CDC sera renforcée dans le domaine de la formulation des micro-projets générateurs de revenus et dans l'appui à leur mise en œuvre.

3. Le Renforcement de la capacité de gestion et d'organisation des hôpitaux :

2.1. L'amélioration de la mission de service public :

La mission de service public de l'Etat consiste à garantir à tous les citoyens, une accessibilité géographique, financière, permanente, équitable à des soins essentiels, globaux et de qualité. Une convention liera l'Etat à tout établissement hospitalier public ou privé désireux de participer à la mission de service public. En contre partie, l'Etat lui accorde dans la mesure du possible des subventions et facilités avec obligation de résultats.

2.2. Le Renforcement du statut des hôpitaux :

Le statut d'EPA sera étendu aux hôpitaux de deuxième référence. Ceux du district auront un statut de service rattaché. Ainsi, les hôpitaux de deuxième référence et de troisième référence pourront inscrire dans leur budget, les dépenses d'investissement, prévoir leur amortissement, et introduire ainsi dans leur gestion des procédures de type privé. Cette amélioration de la gestion jointe à l'esprit d'entreprise dans l'établissement considéré comme unité de production de soins leur permettront d'accroître la productivité de leur personnel. Chaque hôpital sera amené à préparer son projet d'établissement qui prévoit son développement pour les cinq années à venir. Les hôpitaux de même catégorie se regrouperont pour résoudre ensemble des problèmes communs dans le cadre d'un syndicat inter-hospitalier : contentieux, centrale d'achats, service de maintenance.

2.3. Le Développement du contrôle de la qualité des soins :

Il sera assuré grâce à la mise en œuvre d'une série d'actions au nombre desquelles figurent :

- l'évaluation de la qualité des soins sera introduite dans chacun des hôpitaux par la mise en place de Comité des Soins Infirmiers, et de Soins Obstétricaux au sein de la Commission Médicale d'Etablissement ;
- les pratiques hospitalières seront normalisées par la Commission Médicale d'Etablissement (CME) qui veillera à leur application et à leur évaluation ;

- la revalorisation de la fonction de contrôle de la tutelle et des ordres professionnels ;
- l'instauration d'une comparaison de la durée moyenne de séjour entre les différents services d'un même hôpital, entre les hôpitaux de même catégorie et la moyenne nationale ;
- la participation des bénéficiaires ou de leurs représentants aux organes de gestion des établissements et à l'élaboration des projets d'établissement ;
- la mise en place d'un audit externe à l'hôpital.

2.4. Promotion des activités de recherche et de formation.

Un accent particulier sera mis sur le développement des activités de recherche et de formation dans les hôpitaux, comme éléments participant à l'amélioration de la performance. Ceci sera réalisé grâce à :

- l'établissement de conventions entre les institutions de formation des futurs agents de la santé et de l'action sociale et les hôpitaux, précisant le rôle de chacun ;
- le renforcement des structures d'accueil pour les stagiaires dans chaque hôpital : construction et équipement de salles de cours, de centres de documentation, chambres d'accueil pour les internes ;
- l'ouverture par voie de concours des postes d'externes et d'internes des hôpitaux ;
- l'instauration de la formation continue obligatoire et qualifiante pour leur personnel ;
- la création au sein de la CME d'un comité pour la recherche clinique biomédicale ;
- la mise en place d'une structure de coordination entre les hôpitaux, et avec les Instituts de Recherche nationaux et internationaux ;
- la diffusion des résultats de la recherche hospitalière en premier lieu en direction du personnel hospitalier par la tenue de journées hospitalières sur la recherche ;
- les hôpitaux soutiendront l'organisation et la tenue des réunions scientifiques (congrès, colloques), et créeront les conditions de motivation pour leurs chercheurs.

3. Le Renforcement des performances du Secteur Pharmaceutique :

Le développement du secteur pharmaceutique repose sur le principe de la complémentarité entre les différents secteurs privé, public et communautaire dans l'approvisionnement et la distribution des médicaments et autres produits du domaine pharmaceutique.

Le renforcement des performances passera par la mise en œuvre des stratégies suivantes :

- l'élaboration d'une législation et d'une réglementation permettant à la fois

l'épanouissement d'un marché de libre concurrence et la protection du public pour accéder financièrement, géographiquement et en toute sécurité aux produits pharmaceutiques ;

- la déconcentration des stocks des grossistes importateurs-répartiteurs ;
- la mise en place d'un mécanisme de financement des médicaments permettant d'assurer l'achat des médicaments en quantité suffisante ;
- le développement d'un système d'information à l'attention des dispensateurs, et du public sur l'utilisation des médicaments ;
- la création d'une structure de coordination et de contrôle du secteur pharmaceutique.

Le renforcement de la capacité nationale de production :

Dans le cadre de l'amélioration de la performance de l'UMPP, une étude sur les perspectives d'évolution de la production de l'UMPP focalisée sur sa capacité à fabriquer des produits essentiels de base rentables sera réalisée. En outre, l'ouverture du capital de l'UMPP aux privés sera une des opportunités étudiées.

L'orientation de la production nationale sur les médicaments essentiels de base et la valorisation de la pharmacopée traditionnelle en mettant l'accent sur la recherche opérationnelle.

L'établissement et le suivi d'un plan annuel d'importation et d'approvisionnement :

Un plan annuel d'importation et de distribution au niveau de ses magasins déconcentrés sera élaboré de la PPM. Les plans d'approvisionnement des Dépôts Régionaux de Cercle et des DV, permettront d'éviter les ruptures de stock et de minimiser les frais d'approche. Les capacités d'importation de la PPM en médicaments essentiels seront renforcées. L'action de la PPM sera focalisée sur sa mission de centrale d'achats des Médicaments Essentiels en DCI, réactifs et dispositifs médicaux et consommables de Laboratoires pour les établissements publics et communautaires. La restructuration de la PPM dans le volet d'amélioration des procédures de gestion sera poursuivie. Le renforcement de la capacité de production dans le domaine de la pharmacopée traditionnelle par la création d'un fonds national pour la recherche sur le médicament qui financera en priorité les thèmes se rapportant à la pharmacopée traditionnelle et à l'économie du médicament. Ce fonds devant être alimenté à partir de ressources provenant d'une allocation d'environ 1 % du bénéfice de l'UMPP et des producteurs privés. La mise en place de la liste limitée d'indicateurs de suivi de la Politique Pharmaceutique et en particulier sur la prescription.

4. Développement des capacités nationales de recherche en Santé et Action Sociale :

Le développement de la recherche constitue un des facteurs de renforcement de la compétence des services de santé et de l'action sociale. Celui-ci se fera dans le sens de la promotion d'une recherche nationale essentielle en santé (RNES) et à action sociale. Pour cela, un engagement concret de l'Etat sera affirmé après l'organisation d'un symposium sur la recherche par l'adoption assez rapide d'une stratégie nationale de recherche essentielle en santé, l'élaboration et la proclamation d'une politique nationale de recherche en santé qui ferait partie d'une politique nationale de recherche scientifique.

La définition d'un cadre institutionnel approprié, favorisant la coordination des différents acteurs et institutions, comportant : **un Conseil de Coordination de la RNES avec un Secrétariat Permanent.**

La fixation des priorités de recherche, conformes au PDDSS : elles seront définies par les décideurs, les utilisateurs, les chercheurs et enseignants-chercheurs, les praticiens, les bailleurs de fonds et personnalités représentatives du secteur commercial et industriel, les représentants des centres et organismes inter étatiques, les ONG nationales et internationales.

Le financement de la recherche sera organisé grâce à un mécanisme qui fait appel à un programme global plutôt que sur la base de projets spécifiques. Si possible, environ 2 % du budget de la Santé et 5 % de l'aide extérieure à la Santé devront être consacrés au financement de la recherche.

La concrétisation de cet engagement se traduira par la création **d'un Fonds National de la Recherche**, financé par des taxes (tabacs et alcools), par l'industrie malienne et les bailleurs de fonds. Ce fonds déterminera de manière transparente et claire ses procédures de soumission, d'approbation et de financement des projets de recherche.

Pour l'évaluation scientifique de la politique de recherche, l'Observatoire de Santé (OS) sera un instrument privilégié. Cette évaluation s'ouvrira également à des évaluateurs extérieurs. Les dispositions seront prises pour faciliter le système d'information et de rétro-information des résultats de la recherche. A cet effet, un Centre National de Documentation sera créé. En outre, des appuis financiers aux revues médicales seront octroyés, l'accès aux nouvelles technologies de l'information sera développé. L'augmentation de l'utilisation des résultats de la recherche sera obtenue par l'implication des décideurs dans la formulation des protocoles de recherche et par la tenue des journées nationales de restitution.

4.1. Recentrage et renforcement des institutions actuelles de recherche :

La définition des missions des différentes institutions de recherche. INRSP, FMPOS, Centre de Recherche en Gériatrie et Gérontologie, pour renforcer les synergies entre ces institutions. Le développement du partenariat ONG et Associations pour la promotion de la recherche. L'INRSP devra davantage être orienté vers des missions de recherche et de formation à la recherche. Il sera favorisé le développement de la recherche par des opérateurs appartenant au secteur associatif et aux acteurs de terrain.

Un accent particulier sera mis sur le renforcement des capacités de recherche, cela grâce à la réalisation de programmes de formations de courtes et longues durées.

Dans ce cadre, des formations doctorales viseront à créer une pépinière de chercheurs capables demain faire face à nos besoins de recherche. Certaines formations viseront spécifiquement les acteurs de terrain pour développer leurs habilités à conduire des activités de recherche-action. Pour les chercheurs actuellement en poste, il s'agira de développer leurs capacités d'analyse. Ces formations devront viser la pérennisation de l'aptitude des chercheurs maliens à acquérir des subventions au niveau international en compétition avec d'autres chercheurs sous-régionaux.

4.2. Renforcement des liens entre le Mali et les autres réseaux scientifiques extérieurs :

Par le développement des moyens de communication, l'encouragement à une

production scientifique largement diffusée à l'occasion de forums internationaux, et dans des revues à comité de lecture, organisation de colloques où seront invités des chercheurs extérieurs entre autres.

4.3. Amélioration de l'Implication de la population étudiée dans la recherche :

Les problématiques de recherche devront porter sur les préoccupations des populations, elles doivent par conséquent être associées à l'élaboration des protocoles et bénéficier des résultats des activités de recherche qui les ont intéressées.

5. Développement d'un système d'information socio-sanitaire :

Le plan prévoit l'amélioration et le renforcement du système d'information Socio-sanitaire actuel. Le système envisagé doit permettre d'accéder rapidement et en temps voulu à des informations complètes et de qualité à tous les niveaux.

Il doit couvrir à la fois le secteur public, le secteur privé et le secteur communautaire et répondre aux principaux besoins d'informations sur le plan national et international. Ce Système d'Information socio-sanitaire visera à :

- connaître l'état socio-sanitaire de la population et de définir les priorités sanitaires et sociale ;
- fournir au personnel de santé et de l'action sociale un outil de gestion facilitant les prises de décisions, la planification, le suivi et l'évaluation à tous les niveaux ;
- fournir un outil de transfert d'information sur la production des services (volumes, couverture, utilisation des services, etc...) et sur les ressources engagées ;
- apprécier la performance des services de santé et de l'action sociale ;
- évaluer les effets induits par les actions menées aux différents niveaux.

Le Système d'Information Socio-sanitaire portera sur la surveillance épidémiologique, la gestion des ressources humaines, des infrastructures et équipements, des médicaments et consommables, la gestion financière dans les différentes formations, l'évaluation des prestations des services et tout autre domaine d'intervention du secteur de la santé et l'action sociale. L'amélioration du SIS nécessitera :

- le développement progressif d'outils mieux adaptés à la gestion des rapports personnel malade-ménage. A cet effet, il sera initié des fiches opérationnelles, des échéanciers et à moyen terme des dossiers familiaux. Les outils de collectes de données devront à la fois être complets, simples et faciles à manipuler par le personnel ;
- la standardisation et l'harmonisation dans les services des outils de gestion des ressources ;
- la transformation de rapports périodiques de données statistiques en rapport sur la production sanitaire et de l'action sociale ainsi que sur l'utilisation des ressources ;

La performance du SIS requiert la motivation du personnel chargé de la collecte et du traitement des données, la mise en place d'un système informatique approprié

d'analyse des données. La formation du personnel et l'équipement en matériel informatique des services du niveau central, de la zone sanitaire et du district sont envisagés.

Les données provenant des formations sanitaires et sociales périphériques seront compilées par l'équipe Socio-sanitaire du district et acheminées vers la zone sanitaire. Cette dernière traitera l'ensemble des données de la zone qui seront transmises au niveau central où une analyse globale sera faite et un annuaire national d'informations sanitaires et sociales sera élaboré et diffusé dans tout le secteur du département de la santé et de l'action sociale. Il sera également institué un système de rétro-information permettant au personnel aux divers échelons de la pyramide sanitaire et sociale de disposer à tout moment des informations nécessaires à la prise de décision.

6. Création d'un Observatoire indépendant de la Santé et de l'Action Sociale :

La mise en œuvre de la Politique de Santé et d'Action Sociale sera suivie entre autres par un organisme dont on a voulu garantir l'indépendance par rapport aux administrations publiques, pour en préserver l'objectivité. Cet observatoire dont les missions ne dupliquent pas avec celles des autres observatoires existants, complètent celles-ci. Cet observatoire suivra de manière continue le comportement des bénéficiaires des services, effectuera l'audit des services, et évaluera l'impact des politiques de la santé et de l'action sur la population.

7. Développement des ressources humaines pour la santé et l'action sociale :

La disponibilité des ressources humaines compétentes et en nombre suffisant pour conduire les différentes stratégies développées dans le cadre du plan décennal constitue l'une des conditions majeures de sa réussite. Tel que envisagé le volet développement des ressources humaines visera à :

- satisfaire les besoins nouveaux en ressources humaines pour les différents échelons du système de santé et de l'action sociale résultant de l'application des profils types ;
- améliorer les compétences grâce à une meilleure adéquation entre la formation et l'emploi ;
- revaloriser les professions sanitaires et sociales.

7.1. La Satisfaction des besoins nouveaux en ressources humaines pour les différents échelons du système de santé et de l'action sociale :

Les besoins nouveaux ont été déterminés à partir des prévisions de création de structures ou de réorganisation de certaines d'entre elles sur la période du plan et de l'application des nouveaux profils en personnel définis. Ils résultent d'une soustraction entre les effectifs de personnels existants en 1997 les prévisions de départ à la retraite et les effectifs globaux nécessaires pour chaque catégorie d'agents.

Les nouveaux besoins : 1998-2007

Tableau n°19 : Professionnels dont la formation doit être assurée par les écoles et facultés nationales déjà existantes.

Médecins	400
Pharmaciens	90
Dentistes	75
Infirmiers diplômés d'Etat	751
Sages-femmes	515
Techniciens de Laboratoire	384
Techniciens de développement communautaire	727

Tableau n° 20 : Besoins en spécialistes dont la formation peut être assurée par les établissements existants.

1. CSTS	
Techniciens supérieurs en santé publique	111
Techniciens supérieurs en odonto stomatologie	47
Techniciens spécialisés en santé mentale	40
Techniciens spécialisés en anesthésie	81
Kinésithérapeutes	58
Techniciens de radiologie.	72
2.Faculté de Médecine, de Pharmacie et Odonto Stomatologie.	
Santé Publique	44
Chirurgie générale	15
Dermatologie	2
Ophthalmologie	3

Tableau n°21 : Besoins en personnels qualifiés dont la formation n'est pas assurée actuellement par les écoles.

Spécialités non médicales :

Administrateurs des hôpitaux	88
Gestionnaires comptables	89
Ingénieurs biomédicaux	2
Techniciens de maintenance	15
Secrétaires médicaux et de direction	215
Planificateurs - économistes de la Santé	5

Spécialités paramédicales

Nutritionniste, Diététicien	7
Maître en soins infirmiers et obstétricaux	140

Tableau n°22 : Besoins en personnel de l'action sociale

<i>SPECIALITES</i>	<i>NOMBRE</i>
Administrateurs socio-économistes	86
Sociologues	20
Psycho sociologues	37
Techniciens de développement communautaire	463
Educateurs spécialisés	105
Animateurs socioculturels	12

Tableau n°23 : Besoins en personnel : autres spécialités

AUTRES SPECIALITES	NOMBRE
Planificateurs	10
Spécialistes en communication (IEC)	2
Médecins en santé publique	1
Médecins Généralistes	1
Anthropologues	1
Economistes financiers	2
Ingénieurs électroniciens	1
Juristes ou administrateurs civils	1
Secrétaires de direction	13
Comptables gestionnaires	12
Infirmiers spécialisés en santé publique	4
Infirmiers spécialisés en radiologie	1
Infirmiers techniciens de laboratoire	1
Educateurs préscolaires	3
Techniciens électromécaniciens	1
Documentalistes	1

Pour satisfaire les besoins, les stratégies suivantes seront appliquées :

i. Le Redéploiement de certaines catégories de personnel :

Ce redéploiement intéresse certaines catégories de personnel qui sont en nombre suffisant actuellement par rapport aux besoins projetés. Pour ces catégories se posent essentiellement un problème de répartition. Il permettra d'équilibrer la situation du personnel surtout dans la capitale.

ii. La Régulation des flux de formation des écoles existantes :

Certaines catégories de personnel dont il est question ici, sont formées par les écoles de santé existantes. Les promotions en cours de formation actuellement dont les sorties sont programmées entre 1998 et 2001 pour les écoles de formation paramédicale, et entre 1998 et 2003 pour la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto Stomatologie, contribueront à satisfaire en partie les besoins recensés pour ces catégories.

Pour les formations paramédicales, si on considère qu'il sera nécessaire malgré cette production de disposer de 682 IDE, 412 sages-femmes, 373 techniciens de laboratoire, 727 Techniciens de développement communautaire, l'étalement de cette formation sur la période allant de 2002 à 2007, en admettant un flux annuel constant pour chacune des catégories devrait conduire à produire par an :

- 125 infirmiers diplômé d'Etat ;
- 78 sages-femmes ;
- 62 techniciens de laboratoire ;
- 107 techniciens de développement communautaire.

Si on considère que ces besoins seront satisfaits par les écoles, les capacités actuelles d'accueil de celles-ci pour ces catégories devront être multipliées par 3 pour les IDE, par 5 pour les sages-femmes, par 2 pour les techniciens de laboratoire pharmacie, et 5 pour les TDC. Ceci a des implications importantes en termes d'augmentation des dimensions de ces établissements, de la capacité d'encadrement, et d'allocations budgétaires. C'est pourquoi, il est prévu d'encourager l'ouverture d'écoles privées capables de compléter le dispositif de formation paramédicale étatique.

Pour la formation des aides-soignants dont on estime les besoins à 875 au cours de la période, le secteur privé sera encouragé à assurer celle-ci, sous le contrôle du Ministère chargé de la Santé et de celui chargé de l'enseignement professionnel. La formation des

TDC, en raison des débouchés limités de cette profession dans le secteur privé lucratif, devra être assurée par l'Etat, ce qui aura comme conséquence l'accroissement de la capacité d'accueil de l'actuelle EFDC.

Pour les formations universitaires, les besoins en médecins généralistes sont estimés pour la période du plan à 400 généralistes environ, 90 pharmaciens pour le dispositif d'intervention de santé publique, et 75 dentistes. Si on considère les promotions inscrites actuellement, d'ici l'an 2003, la faculté de médecine produira au total 1004 médecins, et 217 pharmaciens, ce qui dépasse largement les besoins évoqués pour les médecins, par contre pour les pharmaciens le potentiel d'installation des officines privées indique la nécessité d'augmenter cet effectif. Avec le rythme actuel de formation, la faculté aura à satisfaire les besoins en médecins exprimé par le plan déjà en l'an 2001 ! Il reste cependant que les besoins importants en dentistes doit motiver l'ouverture urgente de ce cycle de formation, une bonne régulation du recrutement des candidats pour cette formation devra permettre d'éviter de gérer des effectifs pléthoriques.

iii. L'ouverture de nouvelles filières de formation :

Elle portera essentiellement sur la création d'une filière de formation des administrateurs des hôpitaux, les besoins pour cette catégorie sont estimés à 88. IL est prévu que l'ENA accueille cette formation, l'encadrement devant être assuré dans le cadre de programme de coopération avec des institutions telles que le CESAG de Dakar, ou l'ENAM d'Abidjan et d'autres institutions en dehors du continent, au bout de cinq années les formateurs nationaux prendront le relais. La création aussi d'une filière de formation en nutrition est à envisager .

i.v. Le Renforcement des filières de spécialisation :

- Les filières de spécialisation médicale :

La faculté de médecine et de pharmacie dans le cadre de son programme de formation de troisième cycle a ouvert un certain nombre de filières de spécialisation qui rencontrent des difficultés actuellement, notamment le financement. Pour certaines d'entre elles les besoins du plan demeurent importants pour être réalisés à l'extérieur, c'est pourquoi, ces filières devront être renforcées pour la période du plan. Il s'agit notamment des spécialisations en ophtalmologie, en santé publique, en chirurgie. Il sera ouvert également des filières de spécialisation en pédiatrie et en gynéco-obstétrique.

- Les filières de spécialisation paramédicale :

Dans les disciplines paramédicales, il existe d'importants besoins de spécialistes dans les domaines suivants : radiologie, anesthésiologie, ophtalmologie, kinésithérapie, santé publique, hygiène hospitalière et nutrition. En outre, le développement des capacités d'encadrement des écoles et des services de soins hospitaliers nécessitera la constitution rapide d'un pool de compétences de niveau troisième cycle en soins infirmiers et obstétricaux. Le réceptacle naturel de toutes ses formations est bien entendu le Centre de Spécialisation des Techniciens de la Santé.

Pour permettre à celui-ci de développer des enseignements de troisième cycle, il sera nécessaire de changer son statut pour en faire un **Institut Supérieur de Formation en Sciences de la Santé**, dont la création devra être envisagée au cours de la première tranche quinquennale du plan.

- Les autres spécialités :

Pour le reste des spécialisations, elles seront envisagées à l'extérieur dans le cadre de programme de coopération. Ceci, en raison de l'effectif réduit des agents à former et de la non rentabilité de la réalisation de ces spécialisations localement. La programmation

de cette spécialisation sera envisagée de manière à disposer des ressources en question à temps pour les besoins de la mise en œuvre du plan.

Les conséquences des nouveaux choix en matière de formation du personnel :

L'extinction progressive de la catégorie des agents techniques de santé, nécessitera de prévoir le changement de statut des anciens agents appartenant à cette catégorie. Le remplacement des matrones exerçant dans les CSCOM par les sages-femmes, il y a par conséquent nécessité d'envisager l'arrêt progressif du programme de formation des premières.

Les besoins importants de formation des techniciens de laboratoire-pharmacie recensés pour la période du plan méritent qu'on s'y attarde. Cette filière est actuellement boudée par les candidats en raison des faibles possibilités d'ouverture de carrière qui s'offrent à eux. La création de l'Institut Supérieur de Formation en Sciences de la Santé pourrait constituer une réponse à ce facteur limitant.

7.2. Assurer l'adéquation entre la formation et l'emploi du personnel :

L'étude adéquation formation emploi a révélé d'importants écarts entre la formation initiale et l'emploi. Cette analyse met en cause la formation initiale. Pour pallier cette insuffisance, deux stratégies ont été identifiées :

- le renforcement de la formation initiale et des capacités de production des écoles ;
- le renforcement de la formation continue et la spécialisation des professionnels socio-sanitaires.

i. Le Renforcement de la formation initiale et des capacités de production des établissements nationaux :

Il portera essentiellement sur :

- la poursuite de la révision des cursus de formation en cours dans la plupart des institutions de formation socio-sanitaires en adoptant l'approche curriculaire par compétences qui est plus globale et plus intégrée ;
- l'institut de formation pour le travail social qui sera créé, se substituera à l'EFDC ;
- la fusion des écoles de formation des infirmiers de Bamako (ESS, EIPC) en un institut unique de formation des infirmiers d'Etat et la transformation de 1^{er} cycle de Sikasso à une filière de cet institut ;
- le développement des capacités de formation des établissements nationaux qui bénéficieront à cet effet des appuis nécessaires pour répondre aux besoins en ressources humaines. Ce qui demandera :
 - x. l'augmentation des effectifs de formateurs ;
 - x. le recyclage continu des formateurs ;
 - x. le renforcement du matériel didactique ;
 - x. l'adaptation des infrastructures des écoles aux besoins ;
 - x. la motivation des formateurs.
- l'établissement de convention entre les écoles de formation et les hôpitaux pour les stages des élèves et étudiants ;
- le renforcement de la collaboration entre les formateurs des écoles et les

encadreurs des stages ;

- l'implication des agents chargés de stages aux programmes, de révisions, des curricula ainsi qu'à l'élaboration des programmes de stage.

ii. Le Renforcement de la formation continue et des spécialisations :

Il consistera à la mise en œuvre de la Stratégie Nationale de Formation continue qui a pour objectif de :

- instituer un système fonctionnel de planification, de coordination, d'évaluation des activités en vue du développement des ressources humaines ;
- renforcer les liens entre les employeurs et les institutions pour assurer la formation en cours d'emploi ;
- développer un mécanisme d'ajustement des programmes de formation continue.

Pour réaliser ce programme, il sera inscrit au Budget de l'Etat, une ligne de crédit. Celle-ci sera complétée par les moyens inscrits par les différents partenaires.

7.3. La Revalorisation des Professions socio-sanitaires :

Pour permettre aux agents et professionnels de santé d'une manière générale de mieux participer à l'effort de développement sanitaire, des conditions favorisant leur épanouissement seront créées. Au nombre des mesures envisagées figurent :

- la réalisation d'une étude permettant de compléter le projet de plan de carrière du personnel socio-sanitaire ;
- l'octroi d'avantages aux travailleurs exerçant dans les conditions difficiles de terrain et ou exposés à des risques ;
- l'application du statut particulier pour l'ensemble du personnel, après négociation avec l'ensemble des partenaires sociaux ;
- l'amélioration du cadre de travail du personnel socio-sanitaire ;
- l'appui à la Fédération des associations de santé communautaire pour retenir les professionnels de la santé exerçant des activités pour le compte des ASACO dans les CSCOM à travers le développement d'un plan de carrière de ce personnel en accordant des salaires attractifs et un accès aux bourses d'études à l'étranger ;
- la création d'une filière de 3^{ème} cycle en soins infirmiers et obstétricaux ;
- la mise à jour de la liste des maladies professionnelles et autres risques auxquels sont exposés les travailleurs de la santé et de l'action sociale ;
- la création des lits privés dans les hôpitaux.

8. Renforcement de la capacité institutionnelle du système de santé et de l'action Sociale :

8.1. Le Développement de la fonction planification :

Le plan directeur sera concrétisé par l'élaboration des plans décentralisés quinquennaux et des plans d'opération annuels. Pour garantir cela, le système de planification sera

renforcé à travers une série d'actions importantes.

La Redynamisation des instances de concertation : COCEPSS, CROCEPSS, Conseil de Gestion de cercle par :

- la convocation de deux réunions annuelles pour disposer d'une première échéance d'évaluation-orientation puis d'une seconde de validation et de décision de financement du plan.
- la représentation dans ces instances de secteurs communautaire, privé, confessionnel, des ONG, et Groupements d'intérêt Economique, des bailleurs de fonds et (élus représentant les collectivités décentralisées).

ii. L'évolution vers une planification locale plus réaliste par :

- l'adoption d'un horizon de planification sur cinq ans avec un système de glissement des objectifs d'une année à l'autre ;
- la sensibilisation des équipes de cercle à la prise en compte de leurs capacités réelles à programmer leurs activités ;
- la réduction des pressions exercées par les niveaux supérieurs sur le cercle ;
- la validation technique des plans

iii. L'évolution vers une planification plus cohérente par :

- l'harmonisation des approches entre les régions pour faciliter la synthèse des plans ;
- la formation continue des personnels et des représentants des populations sur les techniques de planification ;
- l'intégration dans les formations initiales et continues des techniques d'implication des partenaires dans l'élaboration et la validation du plan ;
- l'élaboration du plan de cercle dans un esprit d'équipe ;
- la mise en place de budgets consolidés permettant une vision globale des différentes sources de financement ;
- l'évolution progressive vers une même périodicité pour les différents plans locaux de la région .

iv Le Renforcement des capacités en planification par :

- le renforcement du rôle d'appui régional à l'élaboration des plans de district ;
- la formation en planification des responsables des services centraux ;
- le renforcement de la CPS en personnel compétent pour apporter un appui méthodologique aux régions et services centraux.

v. Le Renforcement des mécanismes d'évaluation :

L'évaluation des plans de cercle et de région sera organisée de manière à suivre l'évolution de leur mise en œuvre. Des indicateurs simples et mesurables seront élaborés à cet effet. Les modalités d'évaluation interne et externe seront prévues dans chaque plan. Une évaluation interne annuelle sera organisée pour ajuster les objectifs, et externe intervenant à mi-parcours des plans aura lieu en vue de les recentrer.

8.2. La Revalorisation de la fonction contrôle :

Le respect des règles du jeu est indispensable au fonctionnement satisfaisant du système envisagé. Or aujourd'hui, on constate que celles-ci sont insuffisamment respectées. Le renforcement de cette fonction demandera les mesures suivantes :

i. l'application de la réglementation par :

- la prise et l'application des sanctions en cas de non respect des textes ;
- la déconcentration des structures chargées de prendre les mesures disciplinaires ;
- la diffusion des textes aux différents niveaux ;
- l'élaboration d'une réglementation adaptée.

ii. Le Renforcement du système de contrôle par :

- le renforcement de l'inspection en ressources humaines et matérielles ;
- la responsabilisation des ordres professionnels sur le respect par leurs membres de l'éthique et de la déontologie ;
- la responsabilisation des services déconcentrés sur leur mission de contrôle.

8.3. Le Développement de la dimension managériale :

Un des déficits importants observés est la quasi-absence de managers aux postes-clés. Pour créer un cadre optimal de mise en œuvre du plan, les mesures suivantes sont envisagées :

- la redéfinition des profils de poste de responsabilité en mettant l'accent sur les qualités managériales ;
- l'organisation de formations continues en management pour les responsables aux différents niveaux ;
- le renforcement de la capacité d'évaluation des Régions ;
- le redéploiement du personnel en fonction des profils de compétence recherchés à l'occasion de la mise en œuvre des différentes restructurations envisagées ;
- la mise en place d'un système approprié d'informations.
- le privilège accordé à la promotion des cadres dans l'affectation aux postes de direction. En cas de vacance de poste, des recrutements externes seront organisés par appel à la candidature, au cas où les compétences requises ne sont pas disponibles au sein du service.

Le Département devra s'appuyer sur un cabinet privé spécialisé en ressources humaines pour effectuer l'évaluation et élaborer le plan de renforcement.

i. La responsabilisation des équipes par une gestion sur résultats :

L'amélioration de l'efficacité des services du cercle passera tout d'abord par une responsabilisation des cadres par rapport à leurs résultats. Les relations entre les échelons du département doivent évoluer vers une notion de contrat.

Un système de primes financières individuelles en fonction du degré d'atteinte des objectifs retenus, complétant la partie fixe de rémunération des cadres serait envisagé lorsque les ressources secrétées le permettent.

8.4. Le Renforcement du mouvement communautaire :

Le secteur communautaire, comme acteur principal du développement du système de santé avec un positionnement bien particulier dans ses relations avec le secteur public. Le plan décennal 1998-2007 s'appuie sur cette dynamique et voudrait la

consolider dans un contexte caractérisé par la décentralisation. L'évaluation des expériences récentes a révélé certaines limites au développement de ce secteur qui devront être corrigées à la faveur de la mise en œuvre du nouveau plan.

Au sein de ce mouvement communautaire, la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire (FENASCOM) a un rôle important à jouer, elle a une fonction principale de représentation « politique » pour être l'interlocuteur privilégié des ASACO vis-à-vis des pouvoirs publics, notamment lorsqu'il s'agira de définir et de faire évoluer les règles du jeu concernant le secteur communautaire. Pour le renforcement de la dynamique communautaire, les stratégies suivantes seront entreprises :

i. Le Renforcement de la capacité des associations à gérer de manière transparente et à diriger de façon autonome par :

- la précision des limites des pouvoirs du responsable de santé publique du cercle ;
- la restauration de la fonction de contrôle de la gestion par la mise au point d'un système de certification obligatoire des comptes pour légitimer l'ASACO aux yeux de la population ;
- le développement de la participation des partenaires au renforcement du mouvement communautaire, en tant que sources d'information parallèles ;
- la formation des membres du comité de gestion dans la compréhension des documents comptables et financiers.

ii. Le Respect de la législation du travail :

La législation en vigueur est peu respectée par les ASACO (souvent par méconnaissance). Elles ne s'acquittent pas des cotisations sociales auprès de l'INPS. Cela semble être l'un des facteurs expliquant les réticences du personnel à travailler dans les CSCOM. Pour pallier cet état de fait, les associations et ONG de soutien au processus seront chargées d'organiser :

- l'information des responsables des CSCOM sur les règles et procédures à respecter en matière de législation du travail ;
- la formation des responsables des ASACO sur la gestion administrative de leur personnel ;
- la mise à leur disposition des supports et guides de gestion du personnel, détaillant clairement leurs obligations légales.

iii. L'Organisation de l'appui de l'Etat et de la commune :

Cet appui sera organisé de manière à ne pas perturber la dynamique communautaire. Il visera essentiellement à créer les conditions pour consolider les acquis en prévenant les dérapages et en soutenant les centres de santé en difficulté. Au nombre des difficultés recensées et sur lesquelles l'Etat sera amené à intervenir, figure la question de la sécurisation des emplois au sein des CSCOM.

En effet, le personnel de santé a été réticent à rester au compte des ASACO parce qu'il ne dispose pas de garanties suffisantes en matière de perspective de carrière. Une solution serait la mise à disposition de personnel de l'Etat, en attendant que l'ASACO améliore ses performances financières. Une modalité d'intervention consistera à détacher du personnel assorti d'un subventionnement parallèle de l'ASACO pour couvrir les coûts correspondants afin de préserver la relation employeur/employé qui doit caractériser les rapports entre l'ASACO et le personnel de santé.

8.5. Le Renforcement de la collaboration avec le secteur privé :

Dans sa configuration actuelle, le secteur privé ne constitue pas une alternative viable. En effet, la demande solvable l'oriente vers une offre concentrée en zone urbaine, sans synergies réelles dans l'offre et l'accessibilité des services avec les formations publiques et communautaires. Pour pallier cette situation, l'Etat traduira en termes plus concrets sa volonté de voir le secteur privé se développer, notamment en milieu rural. Son appui sera conditionné au respect de la carte sanitaire et à la contribution du privé à la mission de service public.

Dans ce cadre, il sera établi un contrat permettant au privé d'assurer la prise en charge de tout ou partie du PMA. En contrepartie, un engagement de fourniture minimale d'un ensemble d'activités à des conditions tarifaires accessibles à la population sera donné. En tout état de cause, la liberté est laissée au secteur privé de s'installer en fonction de la demande sans le soutien particulier de l'Etat qui jouera simplement un rôle de contrôle de l'exercice de la profession choisie.

i. l'amélioration des conditions d'installation et d'exploitation : Elle consistera à :

- donner à la commune la possibilité de remplir ses obligations de service public en faisant appel à un privé, dans le cadre d'une convention fixant notamment les conditions tarifaires, et la possibilité pour la commune de mettre à disposition des infrastructures ;
- mettre en place des incitations fiscales : réduction des taux d'imposition ou d'exemption pour une durée déterminée ;
- développer les appuis bancaires sous forme de prêts bonifiés ou garanties bancaires ;
- informer et inciter les jeunes diplômés des écoles à s'installer en fonction des besoins de zone.

ii. Le Développement de la complémentarité des secteurs publics et privés

- l'ouverture des formations hospitalières aux praticiens actuellement en exercice ;
- l'ouverture des instances de coordination (COCEPS et CROCEPS) au secteur privé ;
- le renforcement de l'interpénétration entre privé et public par la possibilité

pour les hôpitaux de faire appel contractuellement au secteur privé, ou d'organiser une gestion conjointe de certains services..

iii. Le Renforcement des capacités spécifiques d'intervention de l'action sociale :

- Nécessite l'actualisation des principaux textes en vigueur et le maintien de la séparation de la direction régionale de la santé et de l'action sociale.

iv. Le Développement de la mobilisation des ressources financière par :

- la concrétisation de l'engagement politique de l'Etat en terme budgétaires (parallèlement aux autres sources de financement) avec un rôle privilégié de solidarité nationale dans le mode d'allocation des ressources publiques, et des modes de financement pouvant s'appuyer sur la taxation des produits des jeux ;
- l'engagement des collectivités territoriales décentralisées qui se voient transférer les compétences en matière d'aide sociale et de promotion communautaire, elles devront veiller à budgétiser les ressources adéquates parallèlement à leurs autres projets de développement local ;
- le développement de mécanismes de prévoyance privilégiant l'assurance volontaire et la mutualité.

8.6. Développement des initiatives non étatiques par la définition des règles du jeu adaptées :

L'Etat poursuivra la politique déjà engagée dans ce domaine en favorisant la mobilisation d'acteurs non étatiques pour la prise en charge et la réduction des problèmes sociaux. Cela implique que l'Etat se recentre sur ses missions d'élaboration, d'adaptation et de contrôle de règles du jeu.

i. Le Développement des ressources humaines compétentes en matière d'administration sociale :

- L'insuffisance de personnel qualifié en administration sociale n'a pas permis de disposer d'un personnel compétent dans les services déconcentrés de la Direction de l'Action Sociale.

Il sera donc important de développer une filière spécifique, qui aujourd'hui, n'existe pas encore, de formation initiale dans le domaine de l'administration sociale, en transformant l'EFDC en Institut de Formation des Travailleurs Sociaux apte à former non seulement des TDC en cycle court mais également des administrateurs sociaux en cycle long.

ii. Le Renforcement de la coordination Action Sociale/Santé par un travail d'équipe :

La forte interdépendance des actions en matière de santé et d'action sociale conduira les équipes de chaque échelon à renforcer leurs mécanismes de coordination.

iii.. Le Développement de la fonction information :

Aujourd'hui, l'élaboration des stratégies est fortement handicapée par la quasi-absence d'informations en matière sociale, ce qui ne permet pas de disposer de tous les éléments nécessaires à la prise de décision dans ce domaine. C'est pourquoi, un accent particulier sera accordé au :

- développement d'un système de recueil, de traitement, d'analyse et de diffusion de l'information dans le domaine social ;
- renforcement des capacités humaines et matérielles de la D.N.A.S. et de ses services déconcentrés à utiliser cette information.

iv. L'Appui au développement de la Mutualité :

Il importe de définir précisément les limites d'intervention de l'Etat en partant du principe que le développement des mutuelles sera d'abord un phénomène spontané venant de la société civile. Cette intervention se fera à travers :

- la diffusion de l'information nécessaire sur les règles de fonctionnement de la mutualité ;
- la poursuite de l'élaboration du cadre juridique favorisant le développement d'initiatives mutualistes ;
- la sensibilisation des populations sur les avantages de la prévoyance ;
- l'appui aux mutuelles en phase de lancement pour leur permettre d'acquérir par la formation des compétences nécessaires en gestion, administration, actuariat, audit et communication.

8.7. Le Développement du rôle des ONG dans les missions de soutien :

Compte tenu de l'ampleur des objectifs des politiques sectorielles du département et des moyens limités de l'Etat dans leur mise en œuvre, il est important de renforcer les relations de partenariat entre le secteur public et les ONG. La contribution des ONG doit s'affirmer dans la prise en charge des missions partageables suivantes :

- l'approche communautaire dans le processus initial d'information et de sensibilisation des populations ;
- l'animation communautaire dans l'entretien et le renforcement de l'appropriation communautaire du centre de santé ;
- l'information des ASACO sur les règles du jeu de la politique sectorielle ;
- le développement des compétences des membres des ASACO : formation aux règles et méthodes de direction et de gestion ;
- les actions d'I.E.C. dans les différents domaines concernés ;
- l'appui à la stratégie avancée en relayant et appuyant l'information ;
- l'appui logistique aux animateurs villageois et à leur formation.

i. Le Renforcement des relations entre l'Etat et les ONG par :

- la participation des ONG aux différentes concertations nationales, régionales et locales lors de l'élaboration des politiques et des stratégies de développement sanitaire ;
- la prise en charge par les ONG de certaines activités de formation et d'appui au développement du système de santé et d'action sociale ;
- la diffusion des informations vers les ONG et en intégrant les leurs dans le système d'information nationale ;
- la participation réciproque aux sessions de formation.

8.8. L'évolution de l'organisation des structures du département :

Cette évolution se fonde sur les axes stratégiques de développement du secteur définis pour les dix prochaines années, les déficits institutionnels diagnostiqués à l'occasion des études récentes sur l'organisation du département de la santé et des rapports de celui-ci avec d'autres acteurs du système de santé. L'objectif visé est de doter le Ministère de la santé d'une organisation lui permettant de réaliser les objectifs du plan décennal. Les principes suivants devront guider cette réorganisation :

- l'économie de moyens évitant la dispersion de tâches similaires dans des entités distinctes et toute duplication de fonction ;
- la rationalisation de la gestion des moyens ;
- le recentrage des missions de l'Etat en tenant compte de la mise en œuvre de la politique de décentralisation ;
- le maintien du principe de séparation des structures chargées de la santé et de l'action sociale ;
- la prise en compte de la spécificité de la filière pharmaceutique comme pièce centrale de la mise en œuvre de la politique de santé ;
- la prise en compte de la volonté politique du département d'accorder un intérêt stratégique au renforcement des domaines d'impulsion de la politique de santé (hygiène, santé de la reproduction, nutrition) ;
- le recentrage des directions nationales, des divisions ainsi que des cellules sur leur vocation de conception des normes et procédures, d'élaboration de la législation et de la réglementation, d'orientation et de conseil aux régions et d'encadrement des échelons locaux ;
- l'affectation des tâches de gestion et d'exécution aux services rattachés, ou à des entités autonomes de type Etablissement Public à Caractère Administratif (EPA) ou à caractère Scientifique Technique et Culturel (EPSTC) ;
- le renforcement de la fonction de gestion des ressources humaines, par le rapprochement des structures de gestion des centres de décision, celles-ci devant être capables d'assurer le suivi des plans de carrière, des plans d'effectif, et d'organiser l'évaluation des performances et la formation continue.

Compte tenu des principes, les propositions de réorganisation suivantes sont faites :

- **Le maintien du Cabinet, du Secrétariat Général et de l'Inspection ;**
- **La création d'une Direction Générale de la Santé.**

Le statut de Direction Générale offre une plus grande flexibilité et commodité dans l'organisation interne des services publics centraux par rapport à la structuration type des directions nationales définie par la Loi N° 94-009. Elle s'adapte mieux à la spécificité et la complexité des missions d'une structure chargée d'élaborer et de mettre en œuvre la politique nationale de santé qui comporte des prestations de service rémunérées. Elle est constituée de sous-directions dont le nombre peut-être variable. Leur organisation ainsi que d'ailleurs leur nombre pourrait refléter les domaines d'impulsion de la politique de santé : Santé de la Reproduction, Problèmes de santé liés à l'environnement, nutrition, maladies prioritaires.

Cette nouvelle organisation présente les avantages suivants :

- Flexibilité dans l'organisation interne de la direction ;
- Création d'entités plus homogènes du point de vue des missions et attributions ;
- Une meilleure intégration des activités de lutte contre les maladies par leur prise en charge par une structure unique ;
- Facilité de coordination des divisions techniques par la création de poste de sous-direction entre la direction et les divisions ;
- Une meilleure rationalisation et coordination des ressources au niveau d'une structure unique.

La Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament :

Sa création procède de la volonté d'accorder une importance particulière à la politique du médicament. Son organisation devra lui permettre d'être en mesure d'élaborer la carte pharmaceutique et la réglementation, délivrer les autorisations d'ouverture des établissements, veiller à l'application des normes de pharmacovigilance, la gestion de l'information médicale, l'administration des demandes d'enregistrement et de renouvellement des visas. En outre, elle gère les banques de données sur le médicament, assure la disponibilité des informations sur les médicaments et coordonne les activités de recherche action sur le médicament.

Le maintien de la Direction Nationale de l'Action Sociale :

La restructuration doit tenir compte des nouvelles attributions conférées aux collectivités en matière de gestion du domaine de l'assistance et de la solidarité, du développement de nouvelles formes de protection sociale avec la mutualité comme axe prioritaire, de la promotion communautaire et la mobilisation sociale.

Le maintien et le renforcement de la Direction Administrative et Financière :

Elle constitue une des pièces maîtresses de la mise en œuvre du programme d'investissement sectoriel du point de vue de la gestion budgétaire et des moyens. Elle aura en outre, la responsabilité du suivi des opérations de décaissement des partenaires ; et de l'exécution du budget aux différents échelons du système. L'option de financement selon un schéma de déconcentration budgétaire et la mise en place de budgets consolidés au niveau des établissements publics. Tout ce qui précède nécessite une restructuration et un renforcement de la DAF. Les nouvelles attributions de la DAF devront porter sur :

- l'élaboration du budget de l'Etat et la programmation budgétaire annuelle d'ensemble du PSI ;
- la mise à disposition d'avances telle que prévu dans le plan de financement du PIS et des plans d'opération des services relevant du département ;
- la gestion des calendriers de mise à disposition des fonds prévus ;
- l'organisation de l'acquisition des équipements.

Pour permettre à la DAF de jouer ce rôle, les mesures suivantes seront prises :

- le renforcement de sa capacité à administrer un mécanisme de paiement des avances aux structures et organismes publics et privés et de sa capacité à traiter à temps les données sur l'exécution financière des établissements ;
- le renforcement de sa capacité à contrôler le respect des procédures ;
- le renforcement de sa capacité à appuyer les régions pour la formation des cadres sur les nouvelles procédures d'exécution budgétaire ;

L'érection du Laboratoire National de la Santé en EPSTC :

Cet établissement est actuellement rattaché à la Direction Nationale de la Santé. Ce changement de statut consacre davantage l'autonomie de cette entité et lui ouvre plus de possibilité d'adapter sa structure à sa mission scientifique en plus de sa mission de contrôle.

L'érection du Centre National de Transfusion Sanguine en EPSTC :

Ce changement de statut devra permettre à cette structure de mieux organiser ses missions de formation et de recherche.

Le recentrage des missions de l'INRSP et son érection en EPSTC :

Elle devra lui permettre de s'orienter davantage vers la recherche sur les sciences de la santé accompagnant les réformes du système de santé. Ceci sera réalisé en transférant ses activités usuelles de laboratoire aux hôpitaux, et au secteur privé. La bromatologie et les autres unités biologiques pointues seront renforcées et érigées en référence nationale. Les départements seront structurés de manière à concentrer les équipes sur la recherche en sciences sociales de la santé, l'épidémiologie et la démographie, la santé publique et la nutrition.

Dans chaque département, la préférence devra être donnée à la constitution d'équipes autour de thèmes prioritaires de recherche portant sur la réforme du système de santé. Le statut d'EPSTC offre plus de souplesse dans ce sens.

L'érection du Centre National d'Information–Education et Communication pour la Santé en établissement public à caractère administratif (EPA) :

Pour consacrer le rôle éminemment important donné à cette structure du fait du choix des stratégies d'IEC comme pièce centrale de la mise en œuvre de la politique de santé. Cette entité devient prestataire de services pour toutes les Directions et pouvant même satisfaire les demandes d'autres départements. Ce changement de statut devra s'accompagner d'un renforcement de la structure actuelle en ressources humaines et en moyens logistiques :

- La restructuration du secteur hospitalier sera envisagée de manière à lui permettre d'adapter le nombre et l'application de ces organes d'administration et de gestion à ses besoins.
- Le maintien de la Cellule de Planification et de Statistiques (CPS) en la renforçant. La cellule de planification et de statistiques, assurera le suivi de la mise en œuvre du plan décennal et des plans régionaux et locaux, et apportera un appui pour la formation des planificateurs locaux. Sa capacité sera renforcée pour lui permettre de prendre en charge l'analyse prospective des besoins sanitaires pour l'élaboration de la carte sanitaire.
- La prise en charge des missions du PSPHR et de la CEPRIS par les structures pérennes du département ayant en charge les infrastructures.
- Services régionaux et sub-régionaux de la santé et de l'action sociale

Les structures déconcentrées régionales et sub-régionales ont été envisagées pour tenir compte de la mise en œuvre de la nouvelle politique de décentralisation. Elles ont été envisagées de manière à rapprocher les services de l'Etat des échelons décentralisés tout en évitant d'accroître de manière considérable les coûts de fonctionnement et d'investissement. Leur nouvelle organisation tient compte des types de rapports nouveaux entre les structures publiques et les collectivités locales. A cet niveau, il est retenu :

- **la création de 9 zones sanitaires et 9 zones d'action sociale** correspondant au découpage administratif actuel. Mais la création de plus d'une vingtaine de régions envisagées par la décentralisation, aura des implications importantes en termes d'investissement, en ressources humaines, financières et matérielles. Ainsi, le plan propose dans cette éventualité , le maintien des 9 zones sanitaires et d'action sociale qui regrouperont chacune 2 ou 3 régions administratives. Cette option, si elle rompt la correspondance entre le découpage administratif et socio-sanitaire, elle permet une utilisation rationnelle des ressources.
- le maintien du rattachement des écoles de formation aux directions nationales ;

Au niveau du cercle, le plan prévoit le maintien de l'intégration des fonctions de santé publique et des fonction de référence technique pour les centres de santé périphériques et ceci pour les 5 premières années du plan, en attendant le transfert effectif des compétences aux collectivités décentralisées.

L'implantation des services régionaux et subrégionaux de l'action sociale aux mêmes échelons que les services déconcentrés de la santé pour maintenir une cohérence des interventions. Il s'agit notamment des zones d'actions sociales et des services de promotion sociale de cercle.

Objectifs N° 6 Garantir un financement équitable et durable du système de santé et d'action sociale.

L'un des objectifs du futur système de santé que le Mali ambitionne de réaliser au cours des dix prochaines années, est la fourniture permanente des services de qualité accessibles à la majeure partie de la population. Un tel choix est conditionné par la disponibilité d'intrants en volume et en qualité voulus et donc à la mobilisation des financements. Le financement devient donc une préoccupation centrale du développement du système de santé et de l'action sociale. Les réflexions qui ont été menées sur la question indiquent que celui-ci doit nécessairement répondre à certaines caractéristiques essentielles dont l'équité, une répartition équilibrée, si on désire donner au plan les meilleures chances de succès.

1. Garantir une utilisation plus équitable du financement public :

L'Etat a pendant longtemps constitué le principal pourvoyeur de ressources des formations sanitaires publiques par le truchement de son budget. A côté de lui, les collectivités locales ont dans une mesure bien moindre contribué à ce financement. Si on considère les dépenses de fonctionnement, son accroissement a plus profité aux zones urbaines que rurales : lorsque l'Etat dépense 100 FCFA pour les formations rurales, il en dépense environ 300 pour les formations sanitaires urbaines. En plus le secteur des soins tertiaires en a plus bénéficié que les structures de premier recours. Au cours des dernières années la participation des usagers au financement des services de santé par divers mécanismes : paiement direct, cotisations, prépaiement, a changé la structure du financement des dépenses de santé, la participation des ménages sous ces différentes formes représente aujourd'hui environ 70 % des dépenses de santé dont 80 % pour les médicaments.

L'émergence des différents mécanismes de financement alternatif promis à un essor certain au cours des prochaines années, conduit à imaginer des principes de meilleure utilisation des ressources publiques. Parmi les orientations définies, la recherche d'une meilleure équité est centrale. Pour garantir celle-ci, plusieurs stratégies sont énoncées. Il s'agit notamment de :

- La mise en place de mécanismes d'arbitrage au sein du Ministère de la Santé permettant de s'assurer que les ressources budgétaires étatiques destinées au fonctionnement soient équitablement réparties entre les zones pauvres et zones nanties et entre zone rurales et urbaines. La formalisation des journées d'évaluation et de programmation constitue une concrétisation de cela ;
- Le développement d'un mécanisme au sein de la Direction Administrative et Financière du Ministère chargé de la santé pour traiter les données transmises par les différents centres bénéficiaires de financement public. La DAF sera équipée pour être en mesure d'analyser à temps les données recueillies et effectuer la rétro-information aux bénéficiaires des financements en question, et remonter les éléments aux structures d'arbitrage
- Les collectivités organisées bénéficiaires des allocations de l'Etat seront en même temps renforcées pour leur permettre de compiler les données relatives à l'exécution budgétaire et de les acheminer vers les différents échelons d'analyse et de décision, par la mise en place de mécanisme de gestion du budget consolidé dans les centres de santé, et de gestion des subventions aux organismes personnalisés et collectivités territoriales ;
- La déconcentration des services de gestion budgétaire.

La mise en place de mécanismes d'arbitrage du financement public, ne doit pas être considérée comme une volonté de centralisation. C'est pourquoi, il sera procédé au

rapprochement des structures chargées de mobiliser les ressources budgétaires vers les entités bénéficiaires. Des analyses qui ont été faites, il apparaît que le cercle est le meilleur niveau de déconcentration garantissant une certaine fluidité et célérité dans la mise à disposition des ressources budgétaires.

2. Les Options de financement du système de santé :

Si pour le fonctionnement, on reconnaît que le budget de l'Etat a financé les zones urbaines (salaires du personnel, fonctionnement courant, dépenses en matériels), les dépenses d'investissements quant à elles ont plus bénéficié aux structures périphériques en raison de l'extension de la couverture des services de premier recours (programme des infrastructures et équipements). Les hôpitaux et les structures tertiaires ont été moins concernés par les dépenses en capital. Cette tendance résulte d'un choix politique qui a prévalu et qui a visé à accroître les infrastructures de premier niveau et garantir l'égal accès à des services de premier niveau quelle que soit la zone de résidence. Sans remettre en cause un tel principe, aujourd'hui, il s'avère nécessaire de garantir un niveau d'investissement substantiel aux hôpitaux et établissements spécialisés en vue de leur permettre de jouer le rôle éminemment important qu'on leur assigne.

2.1. La Promotion de l'autofinancement des charges récurrentes dans les établissements de santé :

La plupart des établissements de santé pratiquent le recouvrement des coûts sur toute l'étendue du territoire. Cette modalité de financement est en voie de généralisation.

i. Le financement des CSCOM :

Pour les CSCOM, les expériences récentes ont montré que la plupart d'entre eux étaient en mesure d'assurer l'autofinancement intégral de leurs charges de fonctionnement, si le bassin de recrutement était suffisant et atteignait 10.000 habitants (population moyenne d'une aire de santé), même avec un profil de personnel comportant un médecin. Cependant, ceci n'était pas possible dans le cas des aires qui ne couvraient pas un tel effectif. Les simulations indiquent que la première catégorie de CSCOM peut assurer sur ses ressources propres le financement de ses charges récurrentes.

Ces ressources proviennent de la tarification et des cotisations essentiellement, l'intervention de l'Etat ne sera envisagée que dans certaines conditions : soutien aux activités de santé publique qui ne peuvent pas faire l'objet de tarification à prix coûtant. Dans ces cas un contrat de performance liera l'Etat aux organismes bénéficiaires. L'appui de l'Etat dans ces conditions s'effectuera en tenant compte des engagements des autres ONG et associations diverses intervenant localement.

Ce principe sera valable quel que soit le type d'établissement désireux de développer des activités de santé publique (vaccination, thérapeutiques de masse, planification familiale), ainsi que tous les CSCOM en déficit structurel malgré le recours aux mécanismes correctifs (regroupement d'aires ou de communes, etc.).

Les montants des subventions arrêtés par le Ministère de la Santé pour les centres de santé communautaires devront passer par les autorités représentant les collectivités décentralisées. Ce qui leur permet de s'impliquer davantage dans la vie de ces CSCOM sans préjudice pour leur autonomie. Les modalités de mise à disposition des fonds aux communes, et les règles sur lesquelles reposent l'intervention des communes en faveur des CSCOM seront définies, pour garantir le maximum de transparence à ces opérations et la meilleure utilisation des fonds.

Dans le cadre de la décentralisation de nouvelles prérogatives sont accordées aux collectivités locales dans la gestion des équipements collectifs locaux. Actuellement, dans le cadre de la politique sectorielle de santé, l'une des conditionnalités permettant aux cercles d'être éligibles au programme d'intervention du projet PSPHR porte sur leur capacité de mobiliser 7% de la Taxe de Développement Régional et Local pour le financement de la santé. Les CLD étaient alors considérés comme représentants des populations, et pouvaient par conséquent inscrire cet engagement dans leur programme de développement.

Le nouveau plan nécessitera encore un effort des populations locales. La situation changeant, avec des responsabilités plus accrues des collectivités dans la gestion des deniers publics ce qui était demandé autrefois aux CLD en tant qu'émanation de la population doit l'être en tenant compte des prérogatives des nouveaux acteurs et du devenir des anciennes ressources fiscales locales. On devra veiller à ce que la ressource qui remplace la TDRL (nouvelle fiscalité) soit en mesure de soutenir les efforts de santé.

ii. Le financement du secteur hospitalier :

D'une manière générale, les équipements en place et le personnel nécessaire pour ces établissements font que les coûts de fonctionnement de cette catégorie sont élevés. La décision d'en faire des établissements jouissant d'une autonomie de gestion n'a pas résolu leurs problèmes de financement. En effet, 80 à 90 % du budget de fonctionnement des hôpitaux sont encore supportés par les subventions de l'Etat et des partenaires. Le renforcement des plateaux techniques tel qu'il est prévu dans le plan, le recours à un personnel plus qualifié, et la nécessité d'assurer un fonctionnement permanent des services, vont entraîner un accroissement des coûts de fonctionnement supérieurs au niveau actuel pour l'ensemble du dispositif hospitalier.

iii. Le système de régulation des tarifs des actes dans les structures publiques et privés de santé :

Pour les établissements privés on optera pour des tarifs dont le plafond est fixé par une commission paritaire. L'essor des structures tiers payant conduira à des négociations tarifaires. Les établissements concourant au service public qui signeront une convention avec l'Etat, veilleront à rendre financièrement accessible leurs services aux populations. Dans ce cadre, les établissements demandant une subvention de l'Etat doivent fixer auparavant des tarifs en rapport avec le pouvoir d'achat des populations. Les actions qui seront conduites dans ce cadre sont de plusieurs ordres :

- la mise en place de mécanismes de recherche-action permettant de connaître périodiquement la capacité à payer des populations ;

L'Observatoire de la santé, en tant qu'entité indépendante jouera un rôle dans ce cadre, en organisant des enquêtes périodiques auprès des ménages sur toute l'étendue du pays. Les données recueillies seront diffusées périodiquement auprès de différentes entités impliquées dans le processus de prise de décision : Ministère de la Santé, établissement de soins. Une structure de concertation composée des représentants du Ministère chargé de la santé, des associations d'usagers des services de santé, du secteur privé, des établissements de soins tirera les conclusions des données fournies par l'Observatoire. Elle recommandera les ajustements tarifaires à envisager et la hauteur de subventions de l'Etat.

- la mise en place d'un mécanisme permettant de déterminer les coûts de revient des prestations dans les différents établissements prestataires de services.

Chaque établissement devra être en mesure de calculer périodiquement le coût de revient des différentes prestations qu'il fournit. Le développement d'une comptabilité analytique dans chaque établissement devient alors un des objectifs primordiaux du plan. Il s'agira par conséquent de favoriser la mise en place d'agents capables de gérer le système comptable à partir de supports de gestion appropriés. Parmi les exigences qui s'imposeront

aux établissements figurera la production de documents analytiques présentant les coûts de revient.

- le développement d'un cadre de concertation périodique entre les prestataires, les partenaires et les associations sur les coûts de revient des établissements sera une nécessité ;
- la fixation de modalité d'utilisation des ressources publiques (conventions entre l'Etat et les établissements) ;
- la subvention de l'Etat se fera à la demande de l'établissement qui soumet un budget argumenté soutenant un programme tous les ans. L'affectation des ressources de l'Etat sera assortie d'un contrat de performance précisant les indicateurs de suivi et les modalités de mise en place des fonds et de leur justification.

2.2. Le Financement des dépenses d'investissement :

i. Au niveau des centres de premier échelon :

L'extension de la couverture sanitaire telle qu'elle est envisagée dans le cadre du nouveau plan décennal, imposera nécessairement d'importantes dépenses d'investissement pour la remise à niveau et la maintenance des investissements anciens, la mise en place d'équipements nouveaux et les dotations pour leur entretien.

La limitation des capacités des établissements publics et communautaires à assurer le financement des équipements tel que cela ressort des études réalisées, indique la nécessité de fixer des règles et principes de financement des investissements pour la période du plan. Dans ces principes, l'Etat maintiendra son intervention dans le financement des investissements à hauteur du gap entre ce que les communautés peuvent payer et le montant total correspondant aux besoins de financement de l'investissement. Ce principe sera concrétisé par un engagement de l'Etat pour assurer le financement des gros équipements. Pour soutenir le financement des équipements du secteur privé, les Banques et Agences de crédit seront encouragées à ouvrir des lignes de crédit, dont l'accès devra être moins contraignant. Selon les expériences récentes, le principe de l'intervention de l'Etat pour le financement des équipements des centres de santé de premier contact sera dans les grandes lignes bâti sur la clé suivante : **Génie civil : Etat 90% - Communautés 10%**.

La plupart des CSCOM créés financent d'une manière générale eux-mêmes la maintenance de leurs équipements (logistique, chaîne de froid, petit matériel). Ce principe sera maintenu dans la mesure du possible.

ii. Au niveau des Hôpitaux :

Le financement sera variable suivant le type d'établissement et dépendra des contenus des projets d'établissements. Une ouverture est laissée à ces derniers d'accéder également aux crédits. Il devront en outre dans le cadre de leur réorganisation effectuer des dotations aux amortissements, celles-ci devant permettre de soutenir le renouvellement de leurs équipements. Pour les Etablissements Hospitaliers, la maintenance sera assurée par une agence inter-hospitalière pour le gros équipement, ce qui n'empêche pas chaque établissement de disposer d'une unité légère pour l'entretien quotidien. Ce dispositif sera complété au besoin par le recours à la sous-traitance auprès du secteur privé. Chaque hôpital devra par conséquent ouvrir une ligne budgétaire servant au financement de la maintenance.

3. La Promotion des mécanismes alternatifs de financement : mutuelles et assurances maladie, pré-mutuelles :

Aujourd'hui, force est de reconnaître la part de plus en plus croissante des mécanismes de financement fondés sur le principe de la prévoyance des risques, formes de solidarité autour des ASACO pour la prise en charge des évacuations et des premiers soins, mutuelles, assurance maladie.

3.1. Les Formes de solidarité organisées par les ASACO pour la prise en charge des références :

Elles ont été développées par les communautés pour résoudre les problèmes liés au coût élevé des évacuations sanitaires pour la référence. Fondées sur le principe d'une cotisation payée d'avance par les villages adhérents permettant ensuite à chaque adhérent de bénéficier du système d'évacuation mis en place. La structure de référence gère les moyens rassemblés mais s'engage vis-à-vis des villages adhérents à prendre en charge les cas et à couvrir l'ensemble des risques.

Ce système introduit pour gérer des cas d'urgence obstétricale a fait ses preuves, c'est pourquoi dans le cadre du plan, il est prévu de l'étendre en accompagnement du programme de mise en place des centres de santé de cercle. Une certaine latitude sera laissée à chaque association de développer à son rythme les prestations qui méritent d'être inscrites dans le lot des risques pour lesquels un certain partage des coûts est nécessaire. L'évolution naturelle de ces formes de partage du risque se fera sans précipitation dans le sens de leur mutation en mutuelle conforme à la loi. Le gros risque lié aux urgences obstétricales sera la porte d'entrée dans une large mesure de ce système.

3.2. Les Mutuelles :

Une évaluation récente en 1997 a montré qu'aucune mutuelle au Mali ne développe véritablement un régime d'assurance maladie. Il s'agit là d'un déficit que les mutualistes réunis en juin 1997 ont décidé de combler. Pour atteindre un tel but, les mutuelles ont élaboré un plan d'action décrit dans les mécanismes de protection sociale.

Si ces mécanismes se mettent en place, la cible des mutuelles pourrait atteindre à la fin de la période du plan 20 à 30 % de la population et toucher aussi bien le milieu rural que le milieu urbain. Les mutuelles contribueront ainsi de manière significative au financement du système de santé.

3.3. L'Assurance maladie :

L'assurance maladie n'est en réalité développée que de manière marginale par quelques sociétés commerciales. Sous cette forme sa contribution au financement du secteur de la santé demeure presque insignifiante. L'Institut National de Prévoyance Sociale n'a pas véritablement un régime d'assurance maladie, ses interventions se limitent essentiellement à la protection maladie disposant à cet effet, d'un réseau de formations sanitaires. Au total, il dépense pour les affiliés de son système 2,158 Milliards (FCFA) par an soit environ 34.800 FCFA par salarié. Les analyses récentes montrent que ce système pourrait être plus efficace en matière de couverture du risque santé, pour le même coût, par une simple décision de changement de mode d'intervention, en introduisant un régime d'assurance maladie véritable. Celui-ci pourra couvrir environ 100.000 salariés dès à présent, l'évolution probable du marché de l'emploi en rapport avec les perspectives décennales de croissance indiquent que cet effectif augmentera d'environ de 5 % par an. Le développement du régime d'assurance maladie constitue une priorité du plan.

Le Décret 243 indique que l'Etat couvre 80 % des frais d'hospitalisation des fonctionnaires. En réalité ce texte est diversement interprété, et son application est très mitigée. En moyenne, l'Etat dépense 7.807.550 FCFA par an dans ce cadre. Aujourd'hui, le développement des mutuelles dont le plus grand nombre intéresse les fonctionnaires

constitue un indicateur des dysfonctionnements importants de ce système. C'est pourquoi, une réorganisation de ce système est envisagée dans le cadre du plan. Celle-ci devant se faire dans le sens de l'instauration d'une assurance maladie obligatoire dont bénéficierait les salariés du secteur privé, de l'Etat, et les retraités : 140.000 actifs et retraités bénéficieront de ce système ce qui correspond environ à 800.000 bénéficiaires avec une assiette de 12 milliards de FCFA. Les ressources ainsi mobilisées serviront à financer les services de santé, et par un système de partage du coût financier du risque ce mécanisme permettra de couvrir les besoins d'un grand nombre de personnes.

3.4. Le Fonds d'assistance médicale :

Il interviendra dans le cadre du financement des dépenses de santé des personnes démunies ou défavorisées. Il s'agit d'un mécanisme de financement qui repose sur la solidarité en faveur des groupes cibles. Pour être efficace, le fonds sera rapproché des communautés. Les ressources mobilisées seront gérées par les collectivités locales, qui ont en charge la gestion des indigents.

4. Les Financements spécifiques :

Le principe de l'accès au traitement de certains malades tels que les lépreux, les tuberculeux, les malades mentaux, les diabétiques et personnes atteintes de SIDA ; sera maintenu gratuit. La liste des maladies soumises à cette règle sera révisée périodiquement par une commission paritaire.

5. Le Développement d'un système de budget consolidé :

Les modes d'allocation budgétaire, ainsi que les procédures d'exécution actuelles des budgets ne prennent pas en compte suffisamment les objectifs prospectifs des formations sanitaires. En outre, l'attribution des ressources ne tient pas compte des résultats, encore moins des autres sources financières mobilisées par ailleurs par les formations sanitaires. Ce constat débouche sur le besoin d'évoluer vers une réforme budgétaire et vers l'élaboration de « budgets consolidés ».

Le budget consolidé devra permettre à des services ou à des établissements de concevoir et d'exécuter un budget à partir de l'ensemble des intrants disponibles (apports de l'Etat, des partenaires, des recettes propres) et d'objectifs précis de développement sanitaire ou de production de services. Au cours de la première tranche décennale, la mise en place de budgets programmes consolidés concernera tous les niveaux de la pyramide.

Le nouveau format budgétaire proposé est caractérisé par :

- une nomenclature commune à tous les postes comptables. Cette nomenclature est conçue de manière à être compatible avec les agrégats adoptés par le ministère des finances ;
- le dispositif offre l'avantage de mieux cibler l'allocation des ressources de l'Etat, des communes et des partenaires en faveur des structures. Il facilitera le suivi et l'évaluation et permettra de faire des analyses comparatives entre diverses structures partageant les mêmes fonctions ;

Sa mise en place exigera au préalable :

- la définition de nouvelles procédures comptables et un effort de formation et d'assistance du personnel concerné pour l'exécution budgétaire conformément aux nouvelles procédures ;
- l'informatisation pour faciliter la préparation des agrégats compatibles avec la nomenclature du budget d'Etat et de permettre l'analyse et le suivi rapproché de

la comptabilité ;

- la mise en place des différents circuits d'approbation des budgets locaux. Un cadre d'approbation des budgets internes à l'établissement et un autre impliquant tous les bailleurs de fonds qui pourront être amenés à émettre des avis sur le contenu du budget seront créés ;
 - la mise en place d'un dispositif d'évaluation de l'exécution des budgets avec indicateurs. Ce dispositif transparent et souple va permettre aux différents partenaires de recevoir à temps les informations sur l'utilisation des fonds mis en place.

Une fois mis en place, il faut en permanence rechercher une plus grande cohérence entre les plans d'opération annuels ou les programmes élaborés et les budgets consolidés.

VI. ANALYSE DES CONTRAINTES DU PLAN :

La perspective d'une mise en œuvre des stratégies envisagées dans le cadre du futur plan, conduit à considérer les facteurs susceptibles de constituer des obstacles ou d'influencer négativement leur réalisation.

En outre, ces stratégies reposent sur un certain nombre d'hypothèses d'accroissement des performances de secteurs autres que la santé dont il faut s'assurer de la faisabilité. Ces différents éléments desquels peuvent dépendre le succès ou l'échec méritent d'être connus.

6.1. La Décentralisation :

Les stratégies d'organisation et de financement des services de santé pour la mise en œuvre du plan s'appuient sur les options de découpage territorial prévu et de transfert de responsabilités de l'Etat vers les collectivités locales. La nouvelle organisation des services de santé en district sanitaire, zone sanitaire, et zone d'action sociale en plus des anciennes aires de santé, conduit à d'importants changements par rapport à la situation actuelle.

Le schéma d'organisation préconisé ne sera pleinement opérationnel que si la décentralisation devient effective. En cas de retard, il faudrait envisager une phase transitoire au cours de laquelle le dispositif actuel sera maintenu tout en poursuivant le développement du système. La majorité de mesures envisagées reposent sur la capacité de financement des collectivités, il en est ainsi du Fonds d'assistance médicale, de la mise en place des centres de développement communautaire. Les montants des ressources dont pourraient disposer les communes ne sont pas connus. C'est pourquoi, ces structures ne seront développées que lorsqu'elles seront à même de les mobiliser. On a également envisagé avec beaucoup d'enthousiasme la capacité de gestion et de négociation des autorités communales. Il faut s'en assurer et au besoin initier à temps les actions de formation en leur direction.

6.2. L'éducation des Populations :

De nombreuses stratégies proposées reposent sur une amélioration du niveau de scolarisation notamment celui des filles. Le programme décennal de l'éducation prévoit un accroissement de celui-ci en faisant passer le taux de scolarisation de 43 % en 1996 à 75 % en 2008 (70 % pour le cas spécifiques des filles), et d'agir sur le taux d'alphabétisation en le faisant passer de 23 % à 50 % au cours de la même période. De tels résultats permettront d'accroître les performances des programmes de santé notamment en ce qui concerne la réduction du niveau de fécondité, l'amélioration de la nutrition, la prévention de risques maternels et infantiles. L'amélioration des conditions d'hygiène dans les établissements scolaires repose sur une volonté des autorités de l'éducation à inscrire dans le programme décennal de l'éducation un volet développement des ouvrages d'assainissement dans les infrastructures scolaires.

6.3. La Situation Economique :

La perspective de développement du système de santé repose sur une participation accrue des individus et des ménages à l'effort de financement de la santé en utilisant les mécanismes de paiement direct. Ceci suppose une capacité contributive accrue, qui ne sera possible que si les revenus sont améliorés. Pour assurer un service public de qualité et garantir l'accès équitable à des soins préventifs et curatifs, l'Etat devra maintenir son engagement financier.

Les stratégies et les objectifs définis dans le cadre du programme de réforme économique pour la période 1997-99 visent à promouvoir une croissance économique durable, et à réduire la pauvreté, les conséquences de ceci étant de concrétiser cet engagement.

Au nombre des résultats attendus figurent : le rééquilibrage budgétaire, la mise en valeur des ressources humaines, la maîtrise de la croissance démographique, l'accroissement du PIB de l'ordre de 5 % par an, le taux d'inflation ramené à 2,5 %, les dépenses de santé passeront de 8,3 % à 10,80 % des dépenses courantes en 1999. Ces résultats devront être consolidés pour le reste de la période du plan.

6.4. La Collaboration Intersectorielle :

Les problèmes de nutrition rapportés et pour lesquels des stratégies d'intervention ont été élaborées, ne seront résolus que si les conditions d'une disponibilité alimentaire sont garanties. Les actions de santé visant à prévenir bon nombre de déficits en micro nutriments n'auront de portée réelle sans celle-ci et un changement de comportement des populations. Les réformes actuelles entreprises dans le secteur du développement rural et de l'éducation apporteront une réponse. Mais pour tirer le maximum de ces progrès, il importera de créer, et d'animer un cadre et un mécanisme de concertation permanente entre les différents secteurs. Bon nombre de problèmes de santé évoqués sont liés à l'environnement. Si les répercussions des différentes pollutions se font sentir surtout en termes de détérioration de l'état de santé, le ministère chargé de la santé n'a que très peu de pouvoir en amont pour les prévenir. Le renforcement des mécanismes de concertation sur les problèmes de l'environnement permettant à tous les acteurs de prendre conscience des effets négatifs sur la santé devra être une des mesures principales. En outre, des actions allant dans le sens de l'intégration de la problématique de la préservation de l'environnement dans tous les programmes de développement contribuera à réduire de manière significative l'ampleur des problèmes de santé liés à sa dégradation.

Le problème crucial de disponibilité de l'eau potable, devra être résolu à partir de programmes de mise à disposition d'ouvrages dont la réalisation devra être assurée. Le PSPHR dans sa conception en a fait une stratégie centrale. Le Programme sectoriel de la santé et celui du secteur de l'hydraulique devront être suffisamment en cohérence pour permettre la réalisation de cet objectif.

6.5. Les nouvelles réformes du secteur de la Santé :

L'implication de plus en plus importante des communautés dans l'effort de gestion des problèmes de santé, conduira à redéfinir les rapports entre elles et les professionnels de la santé. De détenteurs exclusifs du pouvoir de décision technique, ils doivent accepter de partager aujourd'hui leurs responsabilités. Ce changement de mentalité commencé avec la création des centres de santé communautaires, doit se poursuivre en développant ce nouveau partenariat. Le changement des effectifs de population que couvrent les nouvelles aires de santé, tel qu'on l'envisage dans le cadre du plan conduit à considérer la situation des anciennes aires dont la population est inférieure à ceux préconisés.

Pour ne pas perturber les dynamiques instaurées, il sera nécessaire d'entreprendre une négociation avec les populations en évitant d'aller vers des solutions standards systématiques. Pour préparer ces négociations un groupe de travail sera constitué dont le mandat serait d'étudier chacune des situations et proposer un cadre de négociation.

L'introduction de nouvelles méthodes de gestion à l'hôpital est un impératif qui ne doit pas être vécu comme une préférence du lucratif sur le côté social de l'hôpital. L'interprétation erronée pourrait conduire à une impasse fortement préjudiciable à la mise en œuvre de la réforme, c'est pourquoi, la réforme du secteur devra être expliquée. Un grand espoir est fondé sur la participation du secteur privé à l'offre de services de santé de première ligne, notamment en milieu rural. En dehors de mesures incitatives rapides et la clarification du rôle des collectivités locales par rapport à la question de leur installation, le développement de ce secteur dans ces zones risque de connaître un certain retard.

6.6. Les Ressources humaines du secteur de la Santé

D'une manière générale, l'amélioration des performances du système de santé et d'action sociale sera fonction de la qualité morale du personnel, de sa qualification, et de sa motivation. C'est pourquoi, l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de carrière seront une mesure de premier ordre. En outre, des mesures spécifiques devront être prises pour encourager le personnel à travailler dans des régions réputées difficiles. Un important besoin de ressources humaines pour la mise en œuvre du plan a été dégagé. Les institutions publiques actuelles de formation ne suffisent pas à elles seules à y faire face. Le rythme de développement des centres de santé périphériques et du secteur privé dépendra en grande partie de la disponibilité des ressources humaines sur le marché. C'est pourquoi, les initiatives privées de formation soutenues par l'Etat devront dès les premières années du plan compléter le dispositif public.

Le développement du système hospitalier et le renforcement des Etablissements Spécialisés, est en rapport étroit avec la disponibilité des spécialistes. Or le programme de spécialisation des années passées n'a pas été conçu pour apporter des réponses à ces nouveaux besoins. Il n'existe donc que très peu de spécialistes correspondants au profil désiré en cours de formation. Un recrutement massif sur le stock de personnel actuel dont dispose le ministère de la santé entraînerait un déficit important qu'il faudrait compenser par l'ouverture de nouveaux postes à la fonction publique.

6.7. Les contraintes liées à la protection sociale et à la lutte contre les exclusions :

La concrétisation de la solidarité nationale en faveur des couches les plus défavorisées de notre société reste tributaire d'une part de l'engagement politique des autorités de faire en sorte que la dimension sociale demeure une priorité et aussi la finalité de toutes les actions porteuses de développement et d'autre part de la participation active des populations.

L'émergence de la société civile dans le domaine de l'action sociale oblige l'Etat à travailler dans le sens d'une réelle démocratisation du secteur en créant les conditions pour cette participation communautaire et à définir un cadre réglementaire adapté. L'assurance maladie obligatoire pose avant tout le problème de son équilibre financier.

En effet, les recettes du régime constituées essentiellement par les cotisations salariales et patronales augmentent moins vite que les dépenses dont la progression est liée à :

- l'augmentation de la demande soins ;
- l'augmentation de la production de soins ;
- l'évolution des technologies médicales.

Pour éviter d'en arriver à un subventionnement de l'Etat qui risque de perturber les comptes de celui-ci, il sera nécessaire de mettre en place un système performant d'ajustement des dérapages éventuels. Le système d'assurance maladie qui est développé repose sur l'existence d'un mouvement mutualiste bien structuré disposant d'institutions capables de gérer un régime d'assurance-maladie.

Ce mouvement sur lequel on fonde beaucoup d'espoir pour étendre la protection sociale, s'il n'est pas mis à l'abri des jeux partisans et protégé des initiatives peu crédibles ira vers des difficultés certaines. C'est pourquoi, il sera indispensable de le mettre à l'abri des considérations politiques en préservant son indépendance vis-à-vis des pouvoirs publics, des partis politiques et associations.

VII. SUIVI – EVALUATION DU PLAN :

La base du suivi-évaluation de ce plan sera les plans de développement socio-sanitaires de cercles (PDSC) élaborés à partir de cartes sanitaires préétablies. Il sera assuré de façon continue par :

l'élaboration de programmes opérationnels annuels par cercle et par zone basés sur le bilan de l'année précédente dans l'élaboration duquel les tableaux de bord des centres périphériques seront utilisés ;

- la supervision périodique des activités de chaque échelon par l'échelon immédiatement supérieur ;
- l'audit des activités sanitaires et sociales par l'observatoire de la santé et de l'action sociale qui sera créé à cet effet ;
- l'évaluation externe à mi-parcours, à la fin des cinq premières années ;
- l'évaluation externe à la fin du plan.