

Ministère de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique



République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi



Faculté de Médecine de Pharmacie et d'OdontoStomatologie

Année universitaire 2008-2009

N° 358

Thèse

**Financement de la santé au
Mali : cas des gratuités dans le
cadre de quatorze programmes
de santé.**

Présentée et soutenue publiquement le/ 2009
devant la Faculté de Médecine de Pharmacie et
D'Odonto-stomatologie

Par: Mr. Amadou Monzon SAMAKE

**Pour l'obtention du Doctorat en Médecine
(Diplôme D'Etat)**

Jury

Président : Pr. Sanoussi Konaté
Membre : Dr. Samba Diarra
Co-directeur : Dr. Adama Diawara
Directeur de thèse: Dr. Massambou Sacko

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE
ANNEE UNIVERSITAIRE 2008 -2009

ADMINISTRATION

DOYEN : ANATOLE TOUNKARA - PROFESSEUR
1^{er} ASSESSEUR : DRISSA DIALLO - MAITRE DE CONFERENCES
2^{ème} ASSESSEUR : SEKOU SIDIBE - MAITRE DE CONFERENCES
SECRETAIRE PRINCIPAL : YENIMEGUE ALBERT DEMBELE - PROFESSEUR
AGENT COMPTABLE : MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL - CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar SALL	Orthopédie Traumatologie - Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo-phthisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L. TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Mr Mamadou M. KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histoembryologie
Mr Sidi Yaya SIMAGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye Ag RHALLY	Médecine Interne
Mr Boulkassoum HAIDARA	Législation
Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sanoussi KONATE	Santé Publique

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Kalifou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco-Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco-Obstétrique
Mr Salif DIAKITE	Gynéco-Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale, Chef de D.E.R
Mr Abdel Kader TRAORE Dit DIOP	Chirurgie Générale
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr. Mamadou TRAORE	Gynéco-Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBÉ	Orthopédie. Traumatologie
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie - Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L. DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S. DIABATE	Gynéco-Obstétrique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Sadio YENA	Chirurgie Thoracique
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie - Réanimation
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco-Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mme Diénéba DOUMBIA	Anesthésie/Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie - Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie - Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MACALOU	Orthopédie/Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie/Obstétrique
Mr Tiemoko D. COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraïma MAIGA	Gynéco/Obstétrique
Mr Youssouf SOW	Chirurgie Générale
Mr Djibo Mahamane DIANGO	Anesthésie-réanimation
Mr Moustapha TOURE	Gynécologie
Mr Mamadou DIARRA	Ophtalmologie
Mr Boubacary GUINDO	ORL
Mr Moussa Abdoulaye OUATTARA	Chirurgie Générale
Mr Birama TOGOLA	Chirurgie Générale
Mr Bréhima COULIBALY	Chirurgie Générale
Mr Adama Konoba KOITA	Chirurgie Générale
Mr Adégné TOGO	Chirurgie Générale
Mr Lassana KANTE	Chirurgie Générale
Mr Mamby KEITA	Chirurgie Pédiatrique
Mr Hamady TRAORE	Odonto-Stomatologie
Mme KEITA Fatoumata SYLLA	Ophtalmologie
Mr Drissa KANIKOMO	Neuro Chirurgie
Mme Kadiatou SINGARE	ORL-Rhino-Laryngologie
Mr Nouhoum DIANI	Anesthésie-Réanimation
Mr Aladji Seydou DEMBELE	Anesthésie-Réanimation
Mr Ibrahim TEGUETE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Youssouf TRAORE	Gynécologie/Obstétrique
Mr Lamine Mamadou DIAKITE	Urologie
Mme Fadima Koréïssy TALL	Anesthésie Réanimation
Mr Mohamed KEITA	Anesthésie Réanimation
Mr Broulaye Massaoulé SAMAKE	Anesthésie Réanimation
Mr Yacaria COULIBALY	Chirurgie Pédiatrique
Mr Seydou TOGO	Chirurgie Thoracique et Cardio Vasculaire
Mr Tioukany THERA	Gynécologie
Mr Oumar DIALLO	Neurochirurgie
Mr Boubacar BA	Odontostomatologie
Mme Assiatou SIMAGA	Ophtalmologie
Mr Seydou BAKAYOKO	Ophtalmologie
Mr Sidi Mohamed COULIBALY	Ophtalmologie
Mr Japhet Pobanou THERA	Ophtalmologie
Mr Adama GUINDO	Ophtalmologie
Mme Fatimata KONANDJI	Ophtalmologie
Mr Hamidou Baba SACKO	ORL
Mr Siaka SOUMAORO	ORL
Mr Honoré Jean Gabriel BERTHE	Urologie
Mr Drissa TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Bakary Tientigui DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Koniba KEITA	Chirurgie Générale
Mr Sidiki KEITA	Chirurgie Générale
Mr Soumaila KEITA	Chirurgie Générale
Mr Alhassane TRAORE	Chirurgie Générale

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie
Mr Bakary M. CISSE	Biochimie
Mr Abdourahmane S. MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOGO	Bactériologie-Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie Chef de D.E.R.
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F.M. TRAORE	Entomologie Médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie -Mycologie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie-Pathologie
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Boubacar TRAORE	Parasitologie Mycologie
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mahamadou DIAKITE	Immunologie – Génétique
Mr Bakarou KAMATE	Anatomie Pathologie
Mr Bakary MAIGA	Immunologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M. BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Bokary Y. SACKO	Biochimie
Mr Mamadou BA	Biologie, Parasitologie Entomologie Médicale
Mr Moussa FANE	Parasitologie Entomologie
Mr Blaise DACKOUCO	Chimie Analytique

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K. TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de DER
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A. TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y. MAIGA	Gastro-entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Mr Boubakar DIALLO	Cardiologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA
Mr Abdel Kader TRAORE
Mr Siaka SIDIBE
Mr Mamadou DEMBELE
Mr Mamady KANE
Mr Saharé FONGORO
Mr Bakoroba COULIBALY
Mr Bou DIAKITE
Mr Bougouzié SANOGO
Mme SIDIBE Assa TRAORE
Mr Adama D. KEITA
Mr Sounkalo DAO
Mme TRAORE Mariam SYLLA
Mr Daouda K. MINTA

Pneumo-Phtisiologie
Médecine Interne
Radiologie
Médecine Interne
Radiologie
Néphrologie
Psychiatrie
Psychiatrie
Gastro-entérologie
Endocrinologie
Radiologie
Maladies Infectieuses
Pédiatrie
Maladies Infectieuses

3. MAITRES ASSISTANTS

Mme Habibatou DIAWARA
Mr Kassoum SANOGO
Mr Seydou DIAKITE
Mr Arouna TOGORA
Mme KAYA Assétou SOUCKO
Mr Boubacar TOGO
Mr Mahamadou TOURE
Mr Idrissa A. CISSE
Mr Mamadou B. DIARRA
Mr Anselme KONATE
Mr Moussa T. DIARRA
Mr Souleymane DIALLO
Mr Souleymane COULIBALY
Mr Cheick Oumar GUINTO
Mr Mahamadoun GUINDO
Mr Ousmane FAYE
Mr Yacouba TOLOBA
Mme Fatoumata DICKO
Mr Boubacar DIALLO
Mr Youssoufa Mamoudou MAIGA
Mr Modibo SISSOKO
Mr Ilo Bella DIALL
Mr Mahamadou DIALLO
Mr Adama Aguisa DICKO
Mr Abdoul Aziz DIAKITE
Mr Boubacar dit Fassara SISSOKO
Mr Salia COULIBALY
Mr Ichaka MENTA
Mr Souleymane COULIBALY

Dermatologie
Cardiologie
Cardiologie
Psychiatrie
Médecine Interne
Pédiatrie
Radiologie
Dermatologie
Cardiologie
Hépatogastro-entérologie
Hépatogastro-entérologie
Pneumologie
Psychologie
Neurologie
Radiologie
Dermatologie
Pneumo-Phtisiologie
Pédiatrie
Médecine Interne
Neurologie
Psychiatrie
Cardiologie
Radiologie
Dermatologie
Pédiatrie
Pneumologie
Radiologie
Cardiologie
Cardiologie

D.E.R. DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Gaoussou KANOUTE
Mr Ousmane DOUMBIA
Mr Elimane MARIKO

Chimie analytique, Chef de D.E.R.
Pharmacie Chimique
Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO
Mr Alou KEITA
Mr Benoît Yaranga KOUMARE
Mr Ababacar I. MAIGA
Mme Rokia SANOGO

Matières Médicales
Galénique
Chimie Analytique
Toxicologie
Pharmacognosie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Abdoulaye DJIMDE	Microbiologie-Immunologie
Mr Sékou BAH	Pharmacologie
Loséni BENGALY	Pharmacie Hospitalière

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Moussa A. MAIGA	Santé Publique
Mr Jean TESTA	Santé Publique
Mr Mamadou Sounalo TRAORE	Santé Publique, Chef de D.E.R.
Mr Massambou SACKO	Santé Publique
Mr Alassane A. DICKO	Santé Publique
Mr Seydou DOUMBIA	Epidémiologie
Mr Samba DIOP	Anthropologie Médicale

2. MAITRES ASSISTANTS

Mr Adama DIAWARA	Santé Publique
Mr Hamadoun SANGHO	Santé Publique
Mr Hammadoun Aly SANGO	Santé Publique
Mr Akory AG IKNANE	Santé Publique
Mr Ousmane LY	Santé Publique
Mr Cheick Oumar BAGAYOKO	Informatique Médecine
Mme Fanta SANGHO	Santé Communautaire

3. ASSISTANTS

Mr Oumar THIERO	Biostatistique
Mr Seydou DIARRA	Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Boubou DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr. Souléymanne GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Physiologie

DEDICACES ET REMERCIEMENTS

DEDICACES

Je dédie affectueusement ce travail qui est le couronnement de tant de sacrifice et d'endurance à :

Allah le tout puissant, le miséricordieux par la grâce j'ai pu réaliser ce travail, merci pour cette volonté et ce courage que tu m'as donné.

Prophète Mohamed (PSL), qui a été une lumière pour toute l'humanité.

A mon père Fafré Samake

Tu n'as ménagé aucun effort, aucun sacrifice pour que tes enfants bénéficient de la meilleure éducation que tu puisse les offrir, et l'amour que tu nous apportes, puisse le bon dieu t'accorde santé et longévité.

Trouves dans ce modeste travail cher père l'expression de toute notre affection et de notre gratitude.

A ma mère Rokia N'djo Traoré

Les mots me manquent aujourd'hui pour t'exprimer toute ma gratitude, pour les immenses efforts que tu as enduré pour notre éducation, ton amour pour moi ne m'a jamais fait défaut. Ton dévouement, tes soucis permanents de notre bien être, tes bénédictions, ton courage et ton soutien m'ont permis d'être là aujourd'hui.

Quand je suis avec toi, je ne pense qu'à toi
Quand tu es loin de moi, je viens vers toi
Dans ma vie tu seras toujours ma maman chérie

Je te dédie ce travail Maman et te prie d'y trouver l'expression de toute mon affection.

A ma grand-mère Yédiè Samake

J'aimerais t'offrir ce travail en guise de ma reconnaissance et de mon amour indéfectible.

Qu'Allah te donne encore longue vie pour goûter les fruits de ce travail.

A mon grand père Monzon Traoré (in memorium)

Vous nous avez été arraché à notre affection, cependant vous continuez à faire partie de notre existence.

Que l'au-delà soit meilleur pour vous.

A mes sœurs Feue Assetou et Awa Samaké

Arrachées prématurément à notre affection par suite d'une maladie. La mort n'aura raison que sur vos corps. La vie n'est qu'une courte durée, mais durant le restant de ma vie, je ne cesserai jamais de penser à ces bons moments que nous avons passés ensemble dans ce monde.

Dormez en paix chères sœurs.

A mes frères et sœurs

Vous m'avez aidé à traverser les moments difficiles de ma vie, je ne saurais vous remercier assez. Soyons et restons unis. Serrons d'avantage la ceinture. Le chemin est encore long et parsemé d'embûches.

Ce travail est le vôtre.

A tous mes cousins et toutes mes cousines

Je vous dédie ce travail en espérant de vous voir faire mieux. Soyez courageux, disciplinés et déterminés.

A tous mes neveux et toutes mes nièces

Ce travail est aussi le vôtre vous pouvez compter sur mon soutien et mes conseils.

A tous et à toutes mes amis (es)

De peu d'en oublier, je préfère ne pas les citer. Comme dit un adage, c'est pendant les moments les plus difficiles qu'on reconnaît ses vrais amis, vous m'avez aidé quotidiennement à oublier mes problèmes, je vous dis simplement grand merci que l'amitié qui nous lie soit toujours sincère.

MES REMERCIEMENTS

A mes tantes et tontons

Merci pour vos conseils et vos encouragements

A la famille : Diarra, Traoré, Sangaré, Kanté

Merci pour votre soutien morale, votre solidarité et sincère collaboration

Au personnel de la direction nationale de la santé

Merci pour votre franche collaboration

Au personnel de l'unité de planification et système d'information sanitaire

Merci pour votre disponibilité, vos conseils et votre encadrement pour ces moments passés ensemble dans la courtoisie.

Aux différents coordonnateurs de programme

Merci pour votre accueil et votre disponibilité
Recevez ici l'expression de ma sincère reconnaissance.

Au corps professoral de la FMPOS pour la qualité de l'enseignement

A tous ceux de loin ou de près qui ont contribué à ma formation ou l'élaboration de ce travail.

A tous ceux qui manifestent des sentiments affectifs à mon égard

Homages aux jury

NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Sanoussi KONATE

Professeur honoraire de santé publique
Ancien chef du DER de santé publique

Cher maître et père

C'est un grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury. Nous avons été profondément touché par votre simplicité, votre modestie, votre pédagogie à transmettre vos connaissances. Votre rigueur, votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître admiré et respecté. Mieux qu'un maître vous êtes comme un père pour nous. Nous sommes certains que vos pleines contributions permettront une évaluation objective de ce travail.

Veillez recevoir ici cher maître l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre considération, respectueuse.

NOTRE MAITRE ET MEMBRE DU JURY

Dr Samba DIARRA

Economiste de la santé à l'unité de planification et système d'information
sanitaire à la Direction Nationale de la Santé

Cher maître

C'est une grande joie pour nous de vous avoir parmi les membres de ce jury.
Nous avons pu apprécier vos dimensions sociales inestimables. Votre
disponibilité, votre rigueur, votre amour pour le travail bien fait, vos qualités
humaines et le sens élevé du devoir nous ont fortement marqué.

Soyez assuré de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

NOTRE MAITRE ET CODIRECTEUR DE THESE

Dr Adama DIAWARA

Maître assistant en santé publique à la FMPOS
Directeur Général de l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux (ANEH)

Cher maître

Nous ne saurions jamais trouver assez de mots pour témoigner notre reconnaissance.

Votre disponibilité, votre amour du travail bien fait font de vous un maître admiré et respecté par les étudiants.

Permettez cher maître de vous exprimer notre gratitude et notre respectueux attachement.

Ce travail est aussi le votre.

NOTRE MAITRE ET DIRECTEURS DE THESE

Dr Massambou Sacko

Spécialiste en santé publique

Maître de conférence en santé publique à la faculté de médecine de pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Médecin, Conseiller chargé du programme de lutte contre la maladie à l'OMS (Mali)

Cher maître

Vous nous avez honoré en acceptant d'être le directeur de ce modeste travail

La qualité de votre enseignement, votre pédagogie, votre disponibilité et votre amour pour le travail bien fait font de vous un maître admirable.

Cher maître c'est le lieu pour nous de vous exprimer notre profonde gratitude pour la formation que vous nous avez donnée

Liste des Abréviations et Acronymes

ALB :	Albendazole
AMC :	Assurance Maladie Volontaire
AMC :	Assurances Maladie Communautaire
ARV :	Antiretroviraux
ASACo :	Association de Santé Communautaire
BPM :	Bien Public Mondial
CDI :	Centre Dentaire et Infantile
CESAC :	Centre d'Ecoute de Soins d'Animation et de Conseil
CFA :	Communauté Française d'Afrique
CMIE :	Centre Médicaux Inter Entreprise
CNAM :	Centre National d'Appui à la lutte contre la Maladie
CPN :	Consultation Périnatale
CPS :	Cellule Planification et de la Statistique
CSCOM :	Centre de Santé Communautaire
CTA :	Centre de Traitement Ambulatoire
CTA :	Combinaison Therapeutique à base d'Arthemisinine
DCI :	Dénomination Commune Internationale
DN :	Division Nutrition
DNS :	Direction Nationale de la Santé
DSR :	Division Santé et Reproduction
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
EPH :	Etablissement Public Hospitalier
FAM :	Fond d'Assistance Médicale
H.M.E :	Hôpital Mère Enfant
HKI :	Hellen Keller International
IE :	Infirmierie d'Entreprise
IEC :	Information Education Communication
INPS :	Institut Nationale de Prévoyance Sociale
IRA :	Infections Respiratoires Aigues
ITI :	International Trachoma Initiative
MB :	Multi Bacillaire
MII :	Moustiquaire Imprégné d'Insecticide
MNT :	Maladie Non Transmissible
MSF :	Médecin Sans Frontière
MUTEC :	Mutuelle des Travailleurs de l'Education et de la Culture
OMD :	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
ONUSIDA :	Organisation des Nations Unies pour le SIDA
PAS :	Programme d'Ajustement Structurel
PB :	Pauci Bacillaire
PCIME :	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant
PDSS :	Plan décennal de Développement Sanitaire et Social

PEV :	Programme Elargi de Vaccination
PFA :	Paralyse Flasque Aigue
PMI :	Protection Maternelle et Infantile
PNEVG :	Programme National d'Eradication de Vers de Guinée
PNLC :	Programme National de Lutte la Cécité
PNLL :	Programme National de Lutte contre la Lèpre
PNLP :	Programme National de contre le Paludisme
PNLT :	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PNLTHA :	Programme National de Lutte contre la Trypanosomiase Humaine
	Africaine
PPTE :	Pays Pauvres Très Endettés
PRODESS :	Programme de Développement Sanitaire et Social
PSPHR :	Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale
PVD :	Pays en Voie de Développement
PVVIH :	Personnes Vivants avec le VIH
PZQ :	Praziquantel
RA :	Rapports d'Activité
SBD :	Santé Bucco Dentaire
SDAME :	Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicament Essentiel
TEP :	Tuberculose Extra Pulmonaire
TMN :	Tétanos Maternel Néonatal
TPM+nc :	Tuberculose Pulmonaire nouveaux cas
UNICEF :	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
USAC :	Unité de Soins, d'Animation et de Conseil pour PVVIH
UTM :	Union Technique de la Mutualité Malienne
VIH :	Virus Immunodéficience Humaine
VPO :	Vaccin Polio Oral

Sommaire

Introduction.....	1-3
Généralités.....	4-42
Méthodologie.....	43
Résultats.....	45
Commentaires et Discussion.....	76
Conclusion et Recommandations.....	82
Références bibliographiques.....	84

Annexes

I-INTRODUCTION

&

OBJECTIES

I- INTRODUCTION

Selon le petit Larousse [1], la gratuité se définit comme ce qu'on donne sans faire payer, qu'on reçoit sans payer, sans contre partie, sans qu'il en coûte rien aux bénéficiaires.

Gratuité : caractère de ce qui est gratuit

L'accessibilité financière : est l'ensemble des possibilités dont disposent une personne, ou un groupe, d'accéder aux biens et services médicaux.

La demande de santé : est l'ensemble des stratégies et activités qui permettent à une population d'avoir accès facilement aux soins à travers des mécanismes d'exemption de paiement : gratuité, demi-tarif, assurance maladies, mutuelles, sécurité sociale.

De part le monde, les politiques de santé publique, appliquent la gratuité de façon différente.

Aux Etats-Unis [2], tous les enfants et les personnes âgées bénéficient de la gratuité des soins primaires respectivement appelés *kid care* chez les enfants et *MedAid* chez les personnes âgées.

En France [3], la sécurité sociale rembourse entre 60 – 100% les médicaments, les soins de santé publique à 100% et les autres soins à des taux variables allant de 30-40%.

En Afrique, tous les types de soins de toutes les maladies étaient pris en charge gratuitement au moment de l'indépendance (vers 1960). Puis vers les années 1980, les maladies cibles du PEV (programme élargi de vaccination) y ont été ajoutées. En 1978 s'est instauré les soins de santé primaires visant une plus grande implication de la population suite à la réunion d'Alma Ata [3].

Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé

Au Mali, la prise en charge gratuite du paludisme chez les enfants de 0-5ans et la femme enceinte a commencé en 2007, le VIH en 2005, la césarienne en 2005.

Plusieurs études [4] ont été faites dans notre pays, sur certains aspects de la gratuité, notamment : les examens complémentaires, le demi tarif pour les personnels de santé et les élèves, la césarienne ;

Cependant très peu d'études ont été faites sur le niveau de couverture des stratégies d'exemption de paiement.

Il nous a paru ainsi opportun de faire une étude sur le nombre de bénéficiaires des programmes de gratuité sur une année de référence (2007) intitulé « Financement de la santé au Mali: cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé».

Le but de cette étude est :

- Déterminer le niveau de couverture de la gratuité sur une année.
- Déterminer si la gratuité des soins favorise l'utilisation des services par la population.

OBJECTIFS :

1) Objectif général

Evaluer l'impact de la gratuité des soins curatifs et préventifs sur l'utilisation des services de santé dans le cadre du financement de la santé en rapport avec 14 programmes de la direction nationale de la santé (DNS).

2) Objectifs spécifiques

- Identifier les types de prestation gratuite en rapport avec 14 programmes.
- Déterminer le nombre de personnes ayant bénéficié de la gratuité par programme et par type de soins.
- Mesurer l'impact de la gratuité des soins sur l'utilisation des services de santé en rapport avec 14 programmes de la direction nationale de la santé (DNS).

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

La profondeur de la pauvreté : la région de Mopti avec 53,1% a la profondeur la plus élevée tandis que le district de Bamako enregistre la profondeur la plus faible (14,8%). Les pauvres sont concentrés (80%) dans quatre grandes régions du Mali (Mopti, Sikasso, Ségou, et Koulikoro).

II-1 SANTE ET SYSTEME DE FINANCEMENT DE LA SANTE :

A) Santé

Les indicateurs de santé restent préoccupants au Mali ; d'importante disparité existe entre milieu urbain et rural, régions et groupes socioéconomiques.

La surmortalité des groupes les plus pauvres reste malgré tout largement due à des affections évitables.

Les ménages les plus pauvres voient leur comportement en matière de santé influencé par le faible niveau d'éducation des mères, le faible accès géographique à des services fonctionnels et le manque d'information. Les pauvres sont moins informés que les moins pauvres sur les comportements favorables à la santé.

L'influence du coût des services de soins et du coût de transport sur le comportement est mal connue. La plupart des services sont moins utilisés par les pauvres que par les non pauvres et moins par ceux du milieu rural que ceux du milieu urbain.

Les dépenses de santé des ménages apparaissent d'un ordre de grandeur fondamentalement différente entre non pauvres et pauvres. En moyenne chaque ménage malien dépense quinze mille (15000) FCFA par an dont 94% en médicaments [7].

A-1) définition de la santé : [9]

L'OMS a défini la santé en 1946 comme un état de complet bien être physique, mental et social qui ne constitue pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

En 1997, **Michel Foucault** décrit la santé comme la possibilité pour le vivant de s'accomplir.

A-2) Importance de la santé : [15,17]

La santé, élément important des politiques sociales, occupe une place de choix dans les indicateurs des **Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD)**. Comme l'éducation ou l'environnement avec lesquels elle a des liens avérés, la santé entretient des relations complexes avec les facteurs du développement (croissance, lutte contre la pauvreté et les inégalités, réduction de la vulnérabilité). La maladie est un risque qui accroît la vulnérabilité économique des plus pauvres, et le problème de la mitigation de ce risque se pose. L'accès aux services a toujours été une composante très importante des politiques sociales.

La santé longtemps été considérée comme un coût pour l'économie et un poids sur la croissance. La santé est de plus en plus conçue au niveau international non seulement comme une fin en elle-même dans la logique inscrite dans les grands principes de l'organisation mondiale de la santé (OMS) ou dans la déclaration universelle des droits de l'Homme, mais aussi comme un facteur du développement économique et social. L'impact positif de la santé sur l'économie est désormais reconnu ; santé étant un investissement en capital humain [16].

Certaines prestations de santé présentent de forte externalité (vaccination, etc.) et sont considérées par la théorie économique comme des biens publics. La garantie du financement adéquate de ces biens relève de l'état. Certains de ces biens, en raison de leur impact au niveau international ou "global", sont en outre considérés comme des Biens Publics Mondiaux (BPM) justifiant un financement international [18].

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

La Santé Bien Public Mondial [9,19, 20]

C'est le dénominateur commun de droit dont aucun individu ne devrait être privé.

La consommation d'un bien par un individu n'empêche pas sa consommation par un autre.

Exemple : matériel → eau/air

Immatériel → connaissance, santé, justice

Naturel → milieu, climat, mer

Sa production résulte des choix collectifs et à des effets de diffusion (effets involontaires positifs ou négatifs sur la société). La santé est le miroir de la mondialisation dans ses caractéristiques, ses effets positifs ou négatifs :

- Amplification des échanges
- Mobilité (homme, marchandises, informations)
- Emergence de nouveaux acteurs publics (OMS, ONUSIDA, etc.)
- Emergence de nouveaux acteurs privés (firmes pharmaceutiques, ONG...).

Le processus de mondialisation concerne la santé d'un triple point de vue :

L'interdépendance mondiale des déterminants de la santé : n'importe quel taux de mortalité va avoir des conséquences sur les relations économiques et politiques internationales.

- La circulation mondiale des modèles sanitaires (referenciel global).
Exemple : choix de l'OMS
- La santé devient partout l'objet de préoccupation des états (négociation, conflit d'intérêt).

Dès la seconde guerre mondiale il y a l'apparition d'organisation et stratégies qui voient la santé comme un "**Bien mondial**". L'OMS associé à l'UNICEF lèvent en 1974 le Programme Elargi de Vaccination (PEV) : vaccination de tous les enfants du monde contre les 6 principales maladies infantiles (rougeole, diphtérie, coqueluche, polio, tétanos, tuberculose).

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

En 2000, 80% de l'objectif est atteint.

En 1977 lancement des programmes spéciaux de recherche et de formation sur les maladies tropicales endémiques : paludisme/malaria, infections parasitaires, filariose, lèpre, maladie du sommeil (trypanosomiase) ;

En 1978, le programme d'Alma Ata concernant les soins de santé primaires ;

En 2000, la volonté de baisser le taux de mortalité infantile.

En 2003, ONUSIDA lance « 3 by 5 » pour mettre sous ARV les séropositifs.

A-3) Principe du droit à la Santé : [10]

Le droit à la santé nous paraît capital pour permettre d'envisager ou non le développement de la santé en tant que devoir de l'état, des communautés et de l'individu ;

La déclaration universelle des droits de l'Homme en son article 25 stipule :

“toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien être et celui de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires...”

Le préambule de la constitution de l'OMS affirme quant à lui : *“la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre, constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain”*.

Dans sa résolution WHA 23-61, l'OMS proclame : *« il incombe à l'état et à la société de protéger la santé de la population »*.

Le Mali adhère de facto à ces principes en tant que membre de ces deux organisations internationales, mieux il réaffirme ces principes dans sa propre constitution.

Dans ce cas, nous nous sentons à l'aise pour soutenir que la santé est un droit fondamental pour tous, mais aussi un devoir vis-à-vis de lui-même, de l'autre et

Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé

de la société. Il incombe à l'état de prendre les mesures nécessaires pour en assurer la réalisation.

A-4) Problématique d'accès aux soins : [11]

Au cours des deux dernières décennies, la dégradation des conditions économiques a été accompagnée par une détérioration de l'état de santé des populations. Dans la foulée des programmes d'ajustement structurels, la réduction des dépenses publiques de santé a eu une répercutions négative importante sur la disponibilité et la qualité des soins offerts à la population. Face à cette situation, l'OMS et l'UNICEF ont lancé en 1987 *"l'initiative de Bamako"* dont le but est « *d'assurer à l'ensemble de la population l'accès au services de soins de santé primaires et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publique* ». Pour atteindre ce but, de nouvelles orientations ont été définies visant une augmentation de l'efficacité des services de santé, une limitation de leur coût et leur disponibilité permanente.

Ces décennies ont été marquées par l'apparition aux cotés de l'état, du secteur privé : cabinets médicaux cliniques et pharmacies se sont rapidement multipliés dans les villes.

Si ces nouvelles politiques ont effectivement permis d'améliorer la disponibilité des soins de santé, la facturation directe aux patients, conjuguée aux effets de la dévaluation du franc CFA en 1994 a eu pour effet de créer une importante barrière financière à l'accès aux soins. En effet, seules quelques catégories professionnelles (fonctionnaires et salariés du secteur privé) bénéficient d'une protection organisée. Elles ne représentent pas plus de 10% de la population et encore la prise en charge n'est elle que très partielle.

Pour la grande majorité de la population, environ 90%, active dans le monde rural et dans le secteur urbain informel, il n'existe aucun mécanisme de financement collectif des soins de santé. Il s'en est suivi une baisse généralisée

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

de la fréquentation des centres de santé et des hôpitaux, malgré les efforts faits pour nationaliser les soins et rendre les médicaments essentiels disponibles.

En réalité, vu les barrières culturelles et d'accès financier, la situation sur le terrain est pire (statistique de la pauvreté). La principale barrière financière à l'accès aux soins de santé de base concerne l'achat des médicaments, même sous forme générique. Que dire alors de l'accès aux soins hospitaliers, quand on sait par exemple qu'une césarienne coûtait auparavant entre 60000 et 75000f CFA, un traitement antipalustre pas moins de 10000f CFA, dans un pays où près de la moitié de la population survit avec moins d'1 dollar par jour.

B) Systèmes de Financement de la Santé

B-1) définition et fonction de financement [12]

Le financement de la santé a pour objet de dégager des fonds suffisants et de mettre en place des incitations financières appropriées pour que toutes les personnes aient accès à la prévention et aux soins nécessaires.

Un financement correct permet de réduire ou d'éliminer le risque pour un individu ou un ménage de se trouver confronté à de graves difficultés financières ou de s'appauvrir par ce qu'il doit s'acquitter du coût des soins (**def OMS**).

Pour financer les systèmes de santé, il faut collecter des contributions, mettre en commun des ressources et acheter ou fournir des interventions ;

- **Les contributions** sont collectées auprès des ménages et d'organisation ou de sociétés, ainsi que des donateurs.
- **La mise en commun des ressources** : consiste à gérer les revenus collectés grâce au prépaiement de manière à ce que le risque de paiement des soins de santé soit entre tous les membres du groupe et pas assumé par chacun des cotisants.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé

La mise en commun des ressources est généralement appelée « **fonction d'assurance** », que les gens soient affiliés à une caisse (volontairement ou d'office) ou que le financement se fasse par l'impôt.

- **L'achat** : est le processus au cours duquel les fonds sont utilisés pour fournir des services (prévention ou soins) ou pour payer des prestataires pour le faire.

Une stratégie suppose que l'on recherche en permanence le meilleur moyen d'augmenter au maximum la performance, l'efficacité et l'équité du système de santé en décidant quelles interventions il y a lieu d'acquérir, comment et auprès de qui.

Comme il n'existe pas d'approche unique qui vaille pour tous les pays, chacun doit trouver les modalités de financement de la santé qui lui conviennent le mieux.

B-2) Les différents Systèmes de financement

On peut distinguer quatre (4) grandes formes de financement :

- ❖ **Système national de santé** : mutualisation des risques la plus large possible, pas de sélection des risques mais difficultés pour dégager les moyens budgétaires suffisants lorsque les priorités des finances publiques sont fixées ; par ailleurs problème d'accès pour les plus pauvres.

La question se pose également de la part des prestations devant ou pouvant bénéficier de la gratuité.

- ❖ **Assurance sociale de santé** : appartenance obligatoire à une base professionnelle, mutualisation large, sanctuarisation du financement de l'assurance maladie qui est moins sensible aux arbitrages budgétaires et implication des acteurs dans la gouvernance.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé

En revanche, le secteur informel n'est pas pris en compte, ni l'accès des plus pauvres et les recettes sont extrêmement sensibles à la conjoncture.

- ❖ **Affiliation** : l'affiliation se fait sur la base de l'appartenance à une communauté mais elle n'est pas obligatoire. Ces systèmes relèvent souvent d'une forme traditionnelle de solidarité.

Il y a néanmoins un risque de segmentation qui conduit à une mutualisation trop limitée et à une capacité à lever des ressources souvent trop faibles.

L'intégration du secteur informel est plus achevée que dans les autres solutions mais les plus pauvres n'y ont souvent pas accès. Elle peut constituer une phase de transition possible vers l'assurance maladie obligatoire.

- ❖ **Les assurances maladies volontaires** : dans la plupart des pays riches, les deux tiers au moins de la consommation de soins sont financés par les budgets publics. Il peut être utile, dans les pays en voie de développement de réserver aux revenus les plus élevés des assurances privées [12].

Mécanisme de mobilisation des ressources : [13]

Il existe d'autres options pour financer une amélioration des soins de santé, il y a notamment les systèmes généraux de taxation utilisés pour financer les dépenses du gouvernement et des ministères de la santé ; l'aide des bailleurs de fonds spécialement destinée à des projets ; les donations de charité destinées à des pourvoyeurs bénévoles et privés, tels que les missions religieuses ; la tarification et enfin l'assurance maladie.

Les dépenses de santé directement à la charge des particuliers entrent pour plus de **40%** dans les dépenses totales de santé en Afrique. Les dépenses des états, cependant entrent pour environ **37%** dans le total, et elles sont largement financées par les taxes sur les importations et sur les ventes ainsi que par l'impôt sur le revenu. Les **20%** qui restent sont financés par les bailleurs de fonds et les dons d'organisations caritatives.

Aussi paradoxalement que cela puisse paraître, c'est dans les pays pauvres que la part relative des ménages aux financements du secteur de la santé est la plus importante. Dans ces pays, les usagers sont d'avantage contraints à payer directement les services consommés et non pas à les financer collectivement à travers un système de taxe ou d'assurance sociale comme nous la connaissons. En Europe [21], employés et employeurs doivent payer une contribution obligatoire proportionnelle au salaire brut pour financer l'accès aux soins. Les personnes en bonne santé partagent les risques financiers avec les malades, les personnes aisées favorisent l'accès aux soins des plus pauvres. Les régimes de santé et de protection sociale à travers l'Europe se sont organisés autour de deux grands modèles :

- o Le premier est dit **Bismarck**, car il a été inventé par Bismarck, le chancelier d'Allemagne pour protéger les ouvriers de l'industrie alors naissante.

Il s'agit d'un modèle essentiellement paritaire qui fait appel aux partenaires sociaux lesquels sont contrôlés par l'état. Ce modèle est financé par la cotisation à la fois patronale et syndicale. La protection sociale est offerte en échange de travail et les prestations sont proportionnelles aux revenus.

- o Le deuxième est dit **Beveridge** (Britannique) apparu en 1942, il s'agit d'un modèle étatique, financé par l'impôt, gouverné par 3 U : Uniformité, Universalité, Unicité.

Le type modèle bismarckien, c'est aujourd'hui notre caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et financé par les cotisations (salariés et patronales). Le type beveridgien (défini comme service de santé de l'état) est financé par l'état (impôts).

Dans la société Africaine, les risques sociaux sont pris en compte, mais les risques maladies ne le sont pas souvent. On épargne de l'argent pour payer la dote lorsqu'une fille se marie ou des produits alimentaires sont stockés après la

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

récolte. D'habitude la population ne se protège pas contre les maladies qui peuvent les atteindre à l'avenir. Elles ne contribuent pas régulièrement de l'argent pour un problème qui n'est pas visible. Les personnes ne mettent pas de l'argent de côté pour des maladies imprévisibles, qui sont souvent considérées comme tabous.

Le simple fait de parler d'une maladie peut l'attirer [23]. La solidarité existe principalement pour les cas d'urgence, mais les gens attendent jusqu'à ce que la maladie surgisse. L'assurance maladie n'est pas un concept traditionnel africain mais a été introduite de l'extérieur [22].

Ces différentes formes de financement peuvent ne pas suffire par rapport aux besoins de financement des pays en voie de développement par ce que les revenus sont mal connus, l'assiette trop sensible à la conjoncture, les populations pas assez identifiées et la solidarité trop faible. C'est pour cela qu'il ne faut pas opposer chacune de ces options mais plutôt faire ressortir leurs points communs et/ou leur complémentarité.

C) Pourquoi le financement de la Santé par le Gouvernement ?

En 1987, la Banque Mondiale recommandait d'inclure le principe du recouvrement des coûts dans un ordre du jour du financement des prestations des services de santé par le secteur public dans les pays en développement. Depuis on a beaucoup débattu et de nombreuses analyses politiques ont été faites sur les implications économiques et sociales d'une telle approche. Dans les pays de l'Afrique subsaharienne, on accorde de plus en plus à reconnaître que, face à l'escalade des coûts de la santé et à la capacité limitée des ministres de la santé à financer ou à fournir des soins de santé subventionnés à tous, une forme quelconque de partage des coûts s'impose.

Des enquêtes sur les ménages réalisées par la Banque mondiale montrent qu'au moins le tiers, et peut être jusqu'à la moitié des personnes qui tombent malades ne vont pas se faire soigner dans les centres de santé modernes, mais préfèrent

Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé

faire appel à des remèdes maisons, à des médicaments achetés sur place ou à des guérisseurs.

Les pauvres représentent actuellement environ **48%** de la population africaine (soit **216 millions** d'êtres humains en **1990**), la capacité de paiement pour les soins de santé essentiels est manifestement d'une immense importance.

Sous l'effet conjugué de la pauvreté et des faibles investissements dans la santé, la charge des maladies telles que le VIH/SIDA, le paludisme, la tuberculose et des maladies non transmissibles a augmenté, de même que la mortalité et la morbidité maternelle et infantile. Ce constat remet en cause la réalisation des objectifs du millénaire pour développement liés à la santé.

La crise actuelle de l'humanité se manifeste tout particulièrement à travers le fait qu'une grande partie de ses membres souffre entre autre de la pauvreté, de l'iniquité, de la discrimination, de l'inégalité des chances, du retard technologique et de la difficulté d'accès à la santé [26].

L'utilisation des services de santé de premier niveau est très faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés, depuis plus d'une décennie, pour renforcer l'offre des soins. Un grand débat s'est instauré sur les facteurs de cette faible utilisation, les uns incriminant principalement la tarification, les autres montrant les déterminants négatifs vont bien au-delà de cette seule tarification [25].

Pourtant aujourd'hui plus de **1,3 milliards** de personne dans le monde n'ont pas accès à des services de santé, même de base. Plus de **20 millions** de personne, dont la moitié d'enfant de moins de **5 ans** meurent chaque année de maladies qui pourraient être évitées ou facilement traitées. Pour **100 millions** d'autres, le coût d'un traitement ou la perte de revenu liée à la maladie les conduisent à l'extrême pauvreté. Tant la mortalité que l'appauvrissement par les dépenses de santé pourraient être évitées.

II-2 POLITIQUE SANITAIRE ET DE FINANCEMENT DE LA SANTE

A) Politique sanitaire au Mali

A-1) Situation sanitaire :

De l'indépendance à nos jours, le Mali a mis en œuvre, trois plans décennaux de développement sanitaire :

- **Le premier** est celui de **1966 à 1976**, essentiellement financé par l'état. La politique à cette époque était basée sur la gratuité des soins.
- **Le second** est de **1981 à 1990** qui a vu une plus grande implication des populations à la prise en charge de leurs problèmes de santé. Il était basé sur les soins de santé primaire.
- **Le troisième** est de **1998 à 2007** qui a accordé une priorité aux soins de santé primaires et à la santé communautaire.

Avant l'indépendance, les prestations de soins étaient gratuites au Mali jusqu'au moment de l'instauration du Programme d'Ajustement Structurel (PAS) par la Banque Mondiale dans les pays en voie de développement.

En **1987** s'est tenu l'initiative de Bamako qui a décidé le recouvrement du coût. En **1990**, le Mali a élaboré une déclaration de politique sectorielle de santé et de population qui vise à réduire la mortalité infanto-juvenile et la mortalité maternelle ainsi que la morbidité dues aux principales maladies qui affectent la santé de la population plus particulièrement celle des enfants et des femmes. La politique sectorielle de santé et de population se fonde sur les principes de soins de santé primaires et sur " l'initiative de Bamako". Elle définit le cadre d'intervention en matière de santé et de population au Mali. Ses grands axes d'intervention sont :

- L'élaboration d'une carte sanitaire et d'un plan de développement socio sanitaire ;
- L'extension de la couverture sanitaire par la création des Centres de Santé Communautaire (CSCoM).

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

- L'offre d'un paquet minimum d'activité.
- L'organisation et la participation communautaire au développement social.

Cette politique proposée par le conseil régional de l'OMS visait la redynamisation des soins de santé primaires en les réorganisant sur des bases économiques tenant compte du pouvoir d'achat de la population, et telle que :

- L'importation et/ou la production de médicaments essentiels en DCI
- La vente au public des médicaments essentiels à un prix bas que possible, mais sans subvention
- L'utilisation de la marge bénéficiaire pour financer les soins maternels et infantiles.

Toute fois, la façon dont le recouvrement des coûts a été introduit, dans le cadre de l'initiative de Bamako, comme stratégie de l'administration, mais aussi l'incapacité persistante de l'état à faire face aux besoins de santé de la grande majorité de la population et la longue tradition d'échec (par la mauvaise gestion) des projets soutenus par l'administration ; ont suscité dans les quartiers urbains la volonté de s'organiser de façon indépendante pour une prise en charge autonome de la santé.

C'est ainsi qu'un nouveau type de formation sanitaire est né aux cotés des formations publiques et des formations privées : les Associations de Santé Communautaire (ASACO), qui créent et gèrent sous forme de mutuelle des Centres de Santé Communautaire (CSCoM).

Parallèlement à cette campagne de diversification de l'offre de soins, la réflexion sur le financement mutualiste des soins de santé a été amorcée. Des expériences concrètes ont été tentées, notamment la création de la MUTEC. Un cadre favorable au développement des mutuelles a été mis en place. Le Mali s'est doté en 1996 d'une loi sur la mutualité et une agence d'appui au développement de la mutualité Malienne en création [5].

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

A-2) Politique de santé

La politique sectorielle de santé et de population adoptée en 1990 par le gouvernement du Mali a pour objectif l'amélioration de la santé des populations par l'extension de la couverture sanitaire, la disponibilité des médicaments en DCI, la participation communautaire. Sa mise en œuvre de 1992 à 1998 s'est faite au moyen d'un instrument privilégié, le projet santé, population et hydraulique rurale (PSPHR) qui a permis d'améliorer l'état de santé de la mère et de l'enfant, surtout en zone rurale et périurbaine.

Le plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) est mis en œuvre, à travers le programme de développement sanitaire et social (PRODESS) qui est actuellement dans sa 2^{ème} phase quinquennale.

Les orientations stratégiques du Ministère de la santé servent de documents cadres dans la mise en œuvre du plan opérationnel de la direction nationale de la santé (DNS) et ses démembrements. Il s'agit des sept (7) volets du PRODESS II [8] :

Volet 1 : Amélioration de l'accessibilité géographique au paquet de services essentiels de santé.

Aucours de la mise en œuvre du PRODESS II, l'accent est mis sur l'amélioration de l'accessibilité géographique au paquet des services essentiels de santé. La consolidation des acquis se fait à travers les activités de stratégies avancées au niveau des structures de 1^{er} contact (y compris le niveau de ménage).

A ce titre les agents communautaires locaux sont fortement impliqués afin de renforcer : le Programme Elargi de Vaccination(PEV), la distribution de vitamine A, du fer/acide folique et la Prise en Charge Intégré des Maladies de l'Enfant (PCIME).

Volet 2 : Amélioration de la disponibilité de ressources humaines qualifiées.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé

La disponibilité des ressources humaines qualifiées constitue une des principales priorités dans la mise en œuvre des programmes à travers :

- L'application des programmes de formation harmonisés dans les écoles sanitaires publiques et privées ;
- La formation continue du personnel pour la mise en œuvre des programmes prioritaires de santé afin de renforcer leur performance au niveau des services.
- Le recrutement de nouveaux agents qualifiés sur fonds PPTE.
- Le développement des stratégies de motivation du personnel surtout au niveau des zones défavorisées.
- La poursuite de la mise en œuvre de la stratégie nationale de formation continue.
- Le suivi des écoles privées de formation en santé.

Volet 3 : Disponibilité des médicaments et consommables

La disponibilité des médicaments essentiels et consommables de qualité par niveau est un élément important de l'offre de soins curatifs et Préventifs. A ce titre, la consolidation du Schéma Directeur d'Approvisionnement en Médicament Essentiel (SDAME) se poursuit à tous les niveaux pour la maîtrise réelle des procédures d'approvisionnement et de gestion des médicaments essentiels.

Volet 4 : Amélioration de la qualité des services de santé, l'augmentation de la demande et la lutte contre la maladie.

4.1. L'amélioration de la qualité des services de santé et l'augmentation de la demande :

La qualité des services est indispensable pour une meilleure fréquentation des services de santé à tous les niveaux du système de santé ;

Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé

Le respect de l'application des normes et procédures de l'offre des prestations des services de santé dans un environnement salubre est renforcé à travers les missions de supervision et d'appui spécifiques.

4.2. La lutte contre la maladie :

La lutte contre la maladie est articulée autour :

- De la prévention des maladies telles que : les Paralysies Fléissées Aigues(PFA), le Tétanos Maternel et Néonatal(TMN), les Infections Respiratoires Aigues(IRA), l'avitaminose A, la carence en fer, la transmission mère enfant.
- De la mise en place des ateliers de confection des dalles SANPLAT.
- L'équipement des écoles en blocs de latrine et matériels d'hygiène publique et salubrité ;
- De l'application des directives régissant la prévention des infections nosocomiales ;
- De la mise en œuvre du plan intégré de lutte contre les maladies tropicales négligées, le noma, et les maladies non transmissibles ;
- Du renforcement du système d'information sanitaire à tous les niveaux (à travers un système de collecte et d'analyse performant prenant en compte les indicateurs du PRODESS II).
- Du renforcement de la recherche opérationnelle.

Volet 5 : Accessibilité financière aux soins de santé et participation communautaire

Dans ce volet l'accent est mis sur :

- Le renforcement des actions communautaires de financement de la santé à travers les mutuelles, les groupements des femmes, les ONG et les associations.
- Le renforcement du mécanisme de tiers payant dans le cadre du système de référence évacuation.

Volet 6 : Reforme des établissements hospitaliers et des autres établissements de recherche

Depuis le début du PDDSS, la reforme du système hospitalier est en cours. Il s'agit de l'adoption de la loi hospitalière qui change leur statut en Etablissement Public Hospitalier (EPH) doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Cette reforme concerne tous les hôpitaux de 2^{ème} et 3^{ème} référence.

Volet 7 : Renforcement des capacités institutionnelles :

Le renforcement des capacités institutionnelles est articulé autour :

- Du suivi et de la mise en place des établissements sanitaires conformément à la carte sanitaire ainsi que le contrôle de l'application de la réglementation dans les établissements sanitaires .
- Du renforcement de la collaboration intra et intersectorielle et du partenariat ;
- Du transfert de compétence dans le cadre de la décentralisation conformément au décret n°02-314/P-RL du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences de l'état à transférer aux collectivités territoriales des niveaux communes et cercle en matière de santé ;
- Du développement des mécanismes de collaboration et de partenariat entre les secteurs privés, confessionnels et parapublics ;
- Du suivi et de la coordination des interventions à travers les supervisions et le monitoring.
- De l'intensification de la communication pour le changement de comportement et la mobilisation sociale ;
- Du développement de la recherche action afin de trouver des réponses locales et adaptées à certains problèmes qui constituent des préoccupations majeures.

La restructuration effectuée en 2000 au niveau du ministère de la santé, a abouti à la création de la Direction Nationale de la Santé (DNS) par l'ordonnance n°020/P-RM du 20 mars 2001 ; l'organisation et les modalités de

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

fonctionnement sont fixées par le décret n°219/P-RM du 24 mai 2001 ; le cadre organique est déterminé par le décret n°249/P-RM du 07 juin 2001.

Au terme du processus, la DNS est composée de :

- ❖ Unité (avec rang de division) en staff auprès du directeur national, de cinq divisions et d'un service rattaché (SEPAUMAT) ;
- ❖ 9 directions régionales de la santé
- ❖ 59 districts sanitaires (dont 55 centres de santé de cercle et 4 centres de santé de zone sanitaire).
- ❖ 826 CSCOM fonctionnels (situation au 31 décembre 2007)

Le système de santé publique est complété par 723 établissements de santé privés [24].

B) Politique de financement de la santé

B-1) Financement privé et parapublic

L'assurance maladie n'est pas un concept traditionnel Africain, mais a été introduite de l'extérieur. Les mutuelles ont été rarement créées de façon spontanée par les acteurs du secteur informel [27]. La dynamique mutualiste est fortement animée et soutenue de l'extérieur [28].

a) Situation en Afrique [22]

Les termes similaires utilisés pour les systèmes d'assurances maladie locaux sont : mutuelles de santé, assurance maladie communautaire (AMC), et micro assurance de santé.

Le terme mutuelle est largement utilisé en Afrique occidentale et centrale, alors qu'AMC est plus utilisé en Afrique orientale. L'organisation internationale du travail attribue au concept le titre de Micro assurance. Il existe des nuances entre les trois termes.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

Dans beaucoup de pays les populations se sont organisées progressivement en mutuelles et micro assurances de santé, franchissant ainsi un nouveau pas important.

Initié par des associations villageoises, de quartier ou professionnelles, des coopératives agricoles, des réseaux de micro finance ou des syndicats professionnels, ces mutuelles et micro assurances ont pour objectif d'apporter une couverture d'assurance santé aux personnes exclues des systèmes formels de protection sociale.

Modèles de systèmes d'Assurance Maladie

1) Mutuelles

Une mutuelle se définit comme une association autonome à but non lucratif, fondée sur la solidarité et la participation démocratique, qui essentiellement au moyen de cotisations de ses membres, a comme objectif d'améliorer l'accès de ceux-ci et de leur famille à des soins de santé de qualité en menant une action de prévoyance et d'entraide (**plate forme d'Abidjan, 1998**).

Les communautés s'organisent pour créer des structures d'assurance maladie. Les priorités sont définies dans un processus de planning participatif de bas en haut et les décisions importantes, telles que les types de prestation de la structure, sont prises par les communautés. La mutuelle appartient aux bénéficiaires et ils en sont eux-mêmes les gérants, par conséquent ils supportent eux-mêmes les risques financiers. Un contrat est signé entre chaque individu et tous les autres. Ils rassemblent les cotisations pour couvrir les types de soins préalablement définis et fournis par le prestataire. L'assureur et le prestataire de services de soins de santé négocient les termes des services de soins. Des mutuelles qui fonctionnent bien peuvent jouer un grand rôle dans la défense des intérêts des ménages qu'elles représentent. Elles peuvent négocier pour une meilleure qualité, telles qu'une plus grande disponibilité des médicaments essentiels ou une amélioration du comportement du prestataire.

2) Modèle géré par le prestataire des services de soins de santé

Les mutuelles gérées par le prestataire sont souvent initiées par un hôpital, dont l'objectif est d'avoir une source de revenu stable dans un contexte où de nombreux patients sont incapables de payer les factures. Le prestataire des services de soins de santé est à la fois l'assureur et le gestionnaire de la mutuelle ; par conséquent il supporte les risques financiers.

3) Modèle de prépaiement

Les structures de prépaiement sont souvent organisées par les prestataires de soins de santé. Les risques ne sont pas partagés avec d'autres membres de la communauté ; comme c'est le cas avec les structures d'assurance. Un certain montant d'argent est payé en avance aux prestataires de soins de santé. A chaque consultation le montant prépayé est progressivement défalqué, selon les frais de consultation jusqu'à l'épuisement total de la somme totale déposée. Ce système permet de financer les soins de santé dans les moments où les ménages ne disposent plus d'argent. Des frais plus élevés, tels que les frais d'hospitalisation, sont difficiles à financer au moyen de ce modèle.

4) Tontines de santé

Il existe un autre système pour couvrir les risques maladies ; c'est celui des tontines de santé, qui est un mode alternatif de financement des services de santé envisagé dans les pays en voie de développement (PVD) est fondé sur le partage des risques ; c'est-à-dire qu'un groupe de personnes décide, volontairement ou non de cotiser solidairement à une assurance afin de permettre à tous les adhérents de bénéficier de l'accès aux services de soins tout au long de l'année.

Ce mécanisme offre deux avantages :

- Il permet aux personnes ne possédant pas de ressources à un certain moment de l'année (exclusion temporaire) d'anticiper le paiement de leurs soins (par exemple au moment des récoltes).

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

- Il répartit les coûts liés aux risques de tomber malade entre les personnes d'un groupe et instaure ainsi une certaine solidarité entre malades et biens portants.

Mais ce système a également des inconvénients :

- Il peut inciter les adhérents à utiliser abusivement les services (aléa ou risque moral).
- il peut inciter aussi, dans le cas d'une assurance facultative, les personnes dont le risque de tomber malade est élevé à adhérer massivement et les personnes à risque faible à ne pas adhérer ou à se retirer du système (sélection adverse). [31]

b) Situation au Mali [15]

Les normes de santé ne sont la plupart du temps pas atteintes et l'espérance de vie à la naissance est faible, tandis que la mortalité infantile et celle des enfants de moins de 5 ans sont élevées. L'espérance moyenne pondérée de vie en bonne santé à la naissance est de **45,8 ans**. A ceux-ci s'ajoutent également la qualité des déterminants socioéconomiques, comme le revenu, le logement, l'éducation et l'environnement.

Face à cette situation de déséquilibre entre les ressources affectées à la santé et l'immensité des besoins à couvrir, les populations sont souvent mises à contribution de façon significative pour faire face à leurs dépenses de santé. Selon le rapport mondial sur la santé en 2003, les ménages supportent la plus grande part du financement global de la santé (entre 60 et 80% du financement total de la santé), démontrant ainsi leur capacité et leur volonté de se prendre en charge pour la couverture des frais de santé.

Les contributions des ménages sont collectées à travers plusieurs sources dont l'analyse détaillée indique que les paiements directs viennent en tête, suivis des assurances sociales et des assurances privées.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

La part des paiements non assuranciers est élevée, parce que la majorité de la population a recours soit aux services publics de soins qui sont subventionnés et qui sont les plus importants en terme quantitatif, soit au paiement direct du coût des actes des praticiens du secteur privé. En payant directement de leur poches, sans possibilité de remboursement par une tierce partie, il sont exposés au risque d'appauvrissement quand on sait que le coût des actes du secteur privé est plus élevé que ne le permet la capacité contributive des patients. Les ménages voient leurs revenus descendre en dessous du seuil de la pauvreté du fait du paiement direct des soins.

Le Mali s'est engagé depuis plusieurs années dans la mise en place d'une assurance maladie obligatoire pour les salariés des entreprises du secteur formel, les salariés contractuels de l'état et pour les fonctionnaires. Le processus correspondant est loin d'être achevé et il serait présomptueux d'en tirer des enseignements définitifs. Il est néanmoins instructif de l'analyser dans son état actuel, car il illustre bien des difficultés de toutes sortes, économiques, politiques et sociales.

L'étendue pratique de la couverture correspondant aux dispositions a entraîné le développement d'une couverture privée et quelques expérimentations en secteurs publics.

Les régimes d'assurance volontaire organisés par les mutuelles : les mutuelles se sont développées dans le cadre légal défini par l'Etat (*loi n°96-022 du 21 février 1996 et décret 136 et 137 du 02 mai 1996*). Ce développement permet à des salariés ou à des fonctionnaires d'adhérer volontairement à des régimes d'assurance maladie. Il s'agit soit de régimes ad hoc, soit de régimes fondés sur le produit de l'Union Technique de la Mutualité Malienne (UTM), désigné comme « Assurance Maladie Volontaire » (AMV). La gestion de ce produit est externe aux mutuelles de base. Ce produit à un coût acceptable pour les employés : 440fcfa par mois et par personne pour accès en tiers payant aux

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

formations publiques et communautaires avec des tickets modérateurs de 40% en ambulatoire et de 25% pour hospitalisation. L'adhésion familiale est obligatoire. Il existe une option donnant accès au secteur privé, mais elle est beaucoup plus onéreuse (5826fcfa). Cette solution mutualiste est actuellement accessible dans les régions de Bamako, Koulikoro, Sikasso, Kayes, Ségou, et Mopti. Certaines mutuelles, qui diffusent le produit de AMV de L'UTM, organisent aussi une prise en charge à un coût privilégié dans certaines formations de santé, sans qu'il y ait un dispositif d'assurance.

Environ 35000 personnes sont couvertes par une assurance ; en outre près de 20000 personnes ont un accès privilégié à une formation de santé.

Les régimes d'entreprise : le dispositif de l'INPS a été conçu dans l'attente d'un régime d'assurance maladie. La mise en œuvre effective de l'assurance maladie volontaire de l'INPS a été instituée par la loi n°99-047 du 28 décembre 1999 et son décret d'application n°04-567/PRM du 28 décembre 2004. Les textes sont assez flous et ne précisent pas si c'est l'employeur, l'employé ou l'INPS qui interviennent financièrement en cas de maladie et selon quel partage. Selon l'article 36 du code de prévoyance sociale, toute entreprise doit assurer à ses travailleurs un service médical et sanitaire destiné, « en attendant l'institution d'un régime d'assurance maladie, à dispenser des soins aux travailleurs et le cas échéant à leur famille ».

Différents modèles sont observables et d'ailleurs se combinent au sein de certaines entités :

1. **Le fond social d'entreprise** (5% des bénéfices selon la loi) prend en charge une partie des soins des employés et de leurs familles, au même titre que d'autres dépenses sociales (naissance, mariage, décès, etc.). Ce dispositif est souvent conçu comme une complémentarité des prestations de l'INPS. Certains fonds prennent en charge des évacuations. En outre la

gestion du fond à tendance à être opaque et la couverture dépend du bénéfice de l'entreprise.

2. **L'employeur prend lui-même en charge une partie des dépenses de soins et finance une dotation annuelle à cet effet.** La « caisse maladie de l'entreprise » paye une partie des frais hospitaliers et ouvre une enveloppe pour le remboursement des médicaments. Un ticket modérateur est récupéré sur le salaire. La gestion est assurée par le service social sous contrôle de la direction des ressources humaines. Ce type de régime est non contributif pour les employés et le montant alloué pour les prestations est à la discrétion de l'employeur. La gestion est à priori plus claire et est sous contrôle du contributeur.
3. **L'employeur incite à la création d'une mutuelle à adhésion volontaire** qui diffuse le produit AMV de l' UTM. Le régime est contributif et ses prestations sont définies. A ce jour, 26 entreprises sont couvertes par ce produit mutualiste.
4. **L'employeur souscrit un contrat de groupe auprès d'une compagnie d'assurance privée.** Le paiement de la prime est partagé entre l'employeur (majoritaire) et l'employé. Le coût de ces contrats est très élevé, mais l'accès au secteur privé est autorisé.
5. **L'entreprise a son propre appareil de soins ;** qu'il met à la disposition de son personnel et des familles. Ce modèle est adapté à des situations particulières de déficit total d'offre publique ou privée dans le voisinage.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles n'ont aucune reconnaissance juridique pour les fonctionnaires civils. En revanche, pour les militaires, les conséquences des blessures de guerre donnent lieu à des prestations.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé

Les salariés relevant du code du travail, y compris les salariés contractuels de l'état bénéficient :

- D'une part de la même disposition que les fonctionnaires, pour la prise en charge de l'hospitalisation. C'est l'entreprise concernée (donc l'Etat pour ses contractuels) qui paie les 80%.
- D'autre part des prestations prévues par le code de prévoyance sociale, au titre des régimes « prestation familiales », « réparation et prévention des accidents du travail et maladies professionnelles » et « protection contre la maladie » et de l'assistance sanitaire et sociale organisée par l'Institut Nationale de Prévoyance Sociale(INPS).

Les assurés sociaux correspondant et les membres de leur famille reçoivent gratuitement des prestations de médecine d'entreprise (régime de protection contre la maladie) et de médecine de caisse (action sanitaire et sociale) dans les centres médicaux de l'INPS (centres médicaux interentreprises : CMIE, protection maternelle et infantile : PMI, centres dentaires infantiles : CDI) ou les infirmeries d'entreprise (IE). Ces prestations consistent en consultations médicales, octroi de médicaments de première nécessité, analyses médicales et examens de radiologie (radio pulmonaire).

Le dispositif de l'INPS est financé par une contribution des employeurs au titre des trois premiers régimes : respectivement 8% pour le régime « Prestation familiale », 1-4%(en moyenne 2%) pour le régime « Réparation et prévention des accidents de travail et maladies professionnelles » et 2% pour le régime « Protection contre la maladie ». L'INPS délivre les prestations grâce à un ensemble de structures de soins, aux quelles il fournit des moyens de fonctionnement : personnel payé par lui, dotation de médicament, dotation de matériel et de fluides.

Les prestations servies aux affiliés de l'INPS sont de nature préventive et curative. Il y a en tout 14 CMIE, 3 PMI et 1 CDI. Les formations de l'INPS

Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé

effectuent aussi le suivi des grossesses et les accouchements des femmes de salariés, si leurs moyens le permettent.

Fond d'Assistance Médicale

Au Mali les autorités ont envisagé la création d'un fond d'assistance médicale qui serait géré au niveau des communes et prendrait en charge la cotisation des plus pauvres.

Des fonds d'assistances médicales ont été développés dans deux centres de santé de référence équivalents à des hôpitaux de district : à Selingué en 2001 et à Bougouni en 2003. Le modèle retenu résulte d'un consensus entre représentants des autorités sanitaires et administratives, société civile et l'ONG Médecin sans frontière (MSF) Luxembourg. Les initiateurs ont cherché à créer un modèle participatif, avec dépendance minimale par rapport aux acteurs externes à la zone de santé. Cela se manifeste tant au niveau du modèle de fonctionnement que des options de financement retenues.

Le FAM s'adresse à deux catégories de patients : les indigents, définis comme « toute personne sans ressources, ne bénéficiant d'aucun soutien social » et les pauvres en difficulté de paiement. Les 1^{ers} bénéficient d'une exemption de tous les frais médicaux auprès de la structure de santé ; les seconds de facilités de paiement via un système de crédit à rembourser. Selon les cas, les services proposés peuvent s'étendre aux transports de référence vers l'échelon supérieur ainsi qu'à l'octroi de nourriture ou de produits d'hygiène.

Les fonctions principales du FAM sont assurées par le personnel de la structure de santé. Le comptable de la structure de santé se charge du paiement des services. L'assistant social procède à un entretien non structuré pour déterminer l'éligibilité du candidat et évaluer ses besoins. Une politique de cofinancement a été érigée avec un soutien de départ de MSF [15]

c) Principe de Fonctionnement des Mutuelles [29]

Les mutuelles et les micros assurances de santé constituent une composante essentielle de l'économie sociale. Elles fonctionnent sur la base d'un certain nombre de principes fondamentaux :

- 1. La solidarité :** le principe de la solidarité est le fondement de la mutualité. Ses implications sont doubles :
 - Chaque membre paie une cotisation qui est indépendante de son risque personnel de tomber malade. Le montant de la cotisation n'est pas déterminé par l'âge, le sexe, ou l'état de santé du membre.
 - Chacun bénéficie des mêmes services en cas de maladie pour un même niveau de cotisation. La solidarité ne concerne pas uniquement l'aspect financier. Elle peut aussi se concrétiser par un engagement bénévole en faveur des malades, des handicapés ou des personnes âgées.

- 2. La participation démocratique :** chacun est libre d'adhérer à une mutuelle et ce, sans discrimination raciale, ethnique, sexuelle, religieux, sociale et politique. Tous les membres ont les mêmes droits et obligations. Ils ont, entre autre, le droit de participer, directement ou indirectement aux différentes instances de décision.

- 3. Autonomie et la liberté :** ce sont des organisations libres qui doivent, en conséquence pouvoir prendre des décisions sans demander l'aval des autorités publiques. Cette souplesse dans l'action est bénéfique pour les membres car elle permet d'adapter les services offerts à leurs besoins.

Une mutuelle ne doit pas être autonome seulement vis-à-vis de l'état, mais également vis-à-vis des partis politiques, des groupes de personnes qui défendent parfois des intérêts contraires à ceux des membres.

4. But non lucratif : par vocation, une mutuelle consacre son action au service de ses membres. Elle ne poursuit pas un but lucratif. La recherche du profit est incompatible avec sa nature. Cependant, cela ne veut pas dire que les considérations économiques et les principes de bonne gestion peuvent être négligés, car contribuent à la réalisation du bien être collectif. Un surplus de recettes peut, une fois qu'une réserve raisonnable a été constituée permettre d'améliorer les services existants, et répondre à d'autres besoins des membres ou réduire éventuellement le montant des cotisations.

5. Epanouissement de la personne : le respect de la dignité de la personne dans toutes ses dimensions, quelque soient son sexe, sa race, son ethnie son origine sociale, est un autre principe de base de la mutualité. Reconnaissant l'originalité de chacun, la recherche de l'épanouissement de la personne doit aboutir à une plus grande autonomie et responsabilité vis-à-vis de soi-même et des autres. C'est dans cet esprit que les mutuelles offrent à leurs membres non seulement des formations mais aussi des programmes d'éducation à la santé et qu'elles les encouragent à un engagement social en vue de l'intégration des malades et des plus démunis.

6. Responsabilité des membres : la solidarité, la démocratie participative, l'autonomie et même l'épanouissement de la personne supposent toujours que la mutuelle et ses membres prennent leurs responsabilités.

7. Dynamique d'un mouvement social : de tout ce qui précède, il découle que les membres des mutuelles ne sont pas des « consommateurs » passifs mais des personnes engagées dans un processus de développement individuel et collectif. Ils sont membres d'un mouvement social, c'est-à-dire d'un groupe de personnes ayant pour but la défense du bien être et des intérêts communs.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

Ce mouvement social peut faire partie d'un ensemble plus large comme un syndicat, un mouvement féminin, un groupement d'épargne et de crédit, un mouvement de jeune ou de personne âgées. Il est souhaitable qu'il collabore avec d'autres organisations pour atteindre ses objectifs.

d) But d'une Mutuelle et Micro assurance de Santé

Elles ont pour but de servir ses membres. Il est donc important d'identifier les besoins prioritaires de ceux-ci, et partant, de déterminer les services à fournir.

✚ Besoins de santé : au moins au départ tous les soins ne pourront pas être pris en charge. Il faudra donc déterminer quelles prestations couvrir parmi les soins de base, les soins hospitaliers ou spécialisés, les médicaments, le transport des malades ou autres.

✚ Les services à fournir : doit tenir compte de trois facteurs essentiels

- Besoin de santé
- L'offre existante en matière de santé
- La capacité de contribution financière des membres

Le but des mutuelles est de permettre aux membres et à leurs personnes à charge d'accéder à des soins de santé de qualité. Elles cherchent donc, avant tout, à supprimer les barrières financières et, si nécessaires, les barrières géographiques à l'accès aux soins [29].

e) Les avantages et les Limites [30]

Les avantages sont :

- Participation de la population, notamment des femmes
- Information, promotion et prévention
- Usagers solvables et traités dans la dignité
- Négociations avec l'offre de soins : tarif, qualité de l'accueil.

Les limites sont :

- Leur petite taille, difficulté à s'étendre

- Cotisations faibles, donc en l'absence de subventions, le paquet de services couverts est limité
- Capacité de gestion faible, non professionnelles
- Environnement juridique pas adapté.

f) Modalités de financement des structures autonomes [32]

Trois types de financement doivent être distingués :

- La subvention** : correspond à la somme globalement allouée par le ministère de la santé ou une collectivité locale à la structure, en générale annuellement. Il s'agit d'un mode de financement qui concerne principalement les établissements publics. Mais le ministère peut être conduit à subventionner des structures privées.
- La tarification** / consiste à faire payer une prestation particulière. Différentes modalités de tarification correspondent aux différentes manières d'identifier la prestation fournie (acte médical, hospitalisation, épisode de pathologie, etc.). Ce mode de financement peut s'appliquer à toutes les catégories de financeurs (ménages par paiement directs, organisme de couverture maladie) et de prestataires.
- La capitation** : consiste à payer un forfait (annuel par exemple) pour bénéficier, en cas de besoin, des prestations de la structure. Elle peut être versée par le ménage (paiement direct), par un organisme de couverture maladie ou par l'état au profit d'un bénéficiaire.

B-2) Financement Public : gratuité

A. Politique d'exemption en Afrique [13]

Même les études les plus optimistes de la disposition et de la capacité des gens à payer constatent qu'une certaine partie de la population a besoin d'aide. On pense surtout aux malades mentaux qui sont incapables de se soigner eux-

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

mêmes, aux pauvres et aux indigents et à ceux qui ne sont pas en mesure de se procurer en espèce ou même en nature de quoi se soigner lorsqu'une maladie grave les frappe. Le problème essentiel, ici, est de définir ces gens, de trouver une formule acceptable pour leur accorder des subventions et d'administrer efficacement des exemptions. Dans la plupart des pays, il est aussi rare aujourd'hui qu'il l'était il y a dix ans de trouver des modèles éprouvés et peu coûteux pour identifier ceux qui ne peuvent tout simplement pas payer pour se faire soigner.

Une enquête sur les politiques officielles de recouvrement des coûts des systèmes de santé dans les pays d'Afrique donne à penser que des exemptions sont remarquablement rares (Tableau). Sur les 21 pays de l'enquête, un seul a fixé un minimum de revenus en dessous duquel les gens sont exemptés de paiement. Douze déclarent que leur politique de santé prévoit des exemptions, mais n'ont pas de critères clairs pour déterminer qui a droit. Les huit autres accordent des exemptions seulement dans le cadre de projets ou d'établissements locaux, selon les critères déterminés cas par cas ou sur une base communautaire. La capacité limitée dont dispose la plupart des pays africains pour administrer les exemptions est peut être la principale raison de leur rareté et de leur inefficacité à atteindre ceux qui sont vraiment pauvres.

Tableau : classification brute des pays par politique d'exemption

Politique d'exemption	pays
Politique nationale et critères de plafond de revenu	Zimbabwe
Politique nationale mais critères clairs (comme « incapables de payer, pauvres et indigents »)	Burundi, Congo, Ethiopie, Gambie, Ghana, Kenya, Lesotho, Mauritanie, Mozambique, Nigeria, Rwanda, Swaziland
Politique locale (par exemple, décisions communautaires liées à un projet local)	Cameroun, Guinée-Bissau, Guinée équatoriale, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, Zaïre, Zambie

Source : Noland et Turbat (1993)

Le tableau relatif aux politiques d'exemptions reste donc incomplet.

Malheureusement, il n'existe vraisemblablement aucune formule satisfaisante pour déterminer qui doit vraiment bénéficier d'une exemption de paiement. Ce sont les pays et les communautés qui sont les mieux placés pour concevoir leurs propres systèmes.

Mise en place d'un système d'exemption et d'exonération

Sans tenir compte de l'habileté et de la volonté de la population à payer, il y a toujours ceux qui ne peuvent pas payer tout ou une partie de leur frais quelque soit le prix. La mise en place d'un système effectif d'exemption et d'exonérations implique plusieurs étapes :

- a) **Critère d'éligibilité** : ceux qui sont éligibles pour les exemptions de paiement des frais des usagers devraient inclure les pauvres, ceux qui sont incapables de prendre soin d'eux-mêmes, ceux souffrant des maladies ou nécessitant les services à forte caractéristique publique et peut être des

catégories de la population comme les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées, ceux inclus pour des raisons de "mérite", etc.

- b) Poids du critère**, ayant établi un critère, il est nécessaire d'avoir une échelle par laquelle l'éligibilité du critère peut être jugée. Par exemple, si un critère pour l'exemption est le niveau de bas revenu, il est nécessaire de décider qui constitue un bas niveau de revenu.

Similairement, si la maladie implique des soins externes, elle qualifie pour des exemptions, alors il est nécessaire de préparer une liste avec ces maladies.

- c) Etendue de l'exemption** ; dans un nombre de cas, il est possible que le patient soit capable de payer une partie des frais des usagers mais pas la totalité. Alors, un système d'exemption et d'exonération peut par conséquent être partiel, en ce sens que le patient paie seulement un pourcentage des frais ou bien quelques services.

- d) Autorité à accepter les exonérations** : clairement, il devrait y avoir une personne dans le service pour autoriser les exonérations sur la base du critère et de son étendue établie ci-dessus [33].

B. Politique d'exemption au Mali

Historique

En 1993, la politique de solidarité qui consiste à lutter contre toutes les formes d'exclusion et marginalisation a été élaborée.

De l'indépendance à nos jours toutes les politiques de santé ont mis un accent particulier sur la santé de la mère et de l'enfant.

Cependant les résultats obtenus sont en deçà de ceux attendus. Toutes les enquêtes de résultats réalisés ces dernières années corroborent cet état de fait.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

En effet, selon l'EDS III, le taux de mortalité maternel est de 582 pour 1000 naissances vivantes, le taux de mortalité néonatale est de 57 pour 1000, le taux de mortalité infantile est de 113 pour 1000 naissances vivantes.

Ces indicateurs ci-dessus mentionnés montrent à suffisance le niveau élevé de mortalité et de morbidité malgré les différentes mesures entreprises.

Ces indicateurs concernent essentiellement les enfants et les femmes du corps, la vulnérabilité de ces couches de la population. Il est donc apparu nécessaire de fournir des réponses appropriées à cette situation d'où la mise en place des prestations de qualité correspondant aux besoins de ces tranches de population. L'offre des services de qualité passe par la fixation des règles, de standards, de mesures permettant d'apprécier et de valoriser les services fournis d'où les politiques, normes et procédures.

Les dirigeants africains se sont engagés collectivement en 2001 dans la capitale nigériane, à mettre en œuvre des programmes efficaces de prévention et de prise en charge des maladies.

A l'issue des travaux, les chefs d'état et de gouvernement ont lancé un appel, dit « *appel d'Abuja* » en faveur de l'accélération des interventions pour l'accès universel aux services de santé et de lutte contre les infections prioritaires sur le continent d'ici 2010 dans l'attente des objectifs du millénaire pour le développement [5].

Le Mali en application des textes et règlements de cet appel et vu l'état de santé des femmes et des enfants très inquiétant selon les rapports de certains hôpitaux du pays ; le taux de consultation prénatale est de 56,8% ; le taux d'accouchement assisté par un personnel de santé formé et des accoucheuses traditionnelles sont respectivement de 42,4% et 24%, le coût élevé de certains médicaments de première nécessité, a décidé de rendre certains soins et actes médicaux gratuits à savoir :

- Certains examens complémentaires
- La césarienne

Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé

- Traitement du paludisme chez tous les enfants de 0-5 ans et les femmes enceintes
- Distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)
- Distribution des antiretroviraux (ARV)

Il faut ajouter à cette liste le PEV, la distribution de vitamine A, les déparasitants.

Mécanismes [15]

Le dispositif légal de la couverture maladie comprend les mesures qui s'appliquent à toute la population (gratuité légale) et des mesures ciblant des catégories particulières :

- **Le dispositif qui s'applique à toute la population** : se définit d'abord par une série d'exemptions du paiement des tarifs. La tarification des soins publics et communautaires, qui détermine les sommes demandées à la population, ne correspond quant à elle qu'à une partie des coûts de production. Ainsi elle participe déjà implicitement d'une forme de couverture maladie, l'autre partie des coûts étant de la responsabilité du financement public.

Les personnes atteintes d'un certain nombre de maladie, « affections chroniques à caractère social » peuvent recevoir des soins gratuits ou partiellement gratuits dans le secteur public (les médicaments spécifiques et les examens para cliniques ne sont pas payés).

Il est également possible que toute personne en difficulté soit dispensée de paiement. A cet effet, les maires et les préfets peuvent délivrer des certificats d'indigence (certificat « soins gratuits ») aux personnes sans ressources pour se faire soigner dans les formations publiques. La délivrance du certificat vaut engagement de paiement.

- **Le dispositif réservé à des catégories particulières** : il existe d'abord toute une série d'exemptions catégorielles qui donnent aux personnes correspondantes un accès gratuit à certains services de soins. Ces exemptions résultent

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

principalement de la politique de ressources humaines dans le secteur de la santé.

Dans le cadre du programme élargi de vaccination (PEV), tous les enfants peuvent être vaccinés gratuitement dans les centres publics contre les maladies suivantes : coqueluche, variole, tuberculose, diphtérie, tétanos, poliomyélite, typhoïde. Par ailleurs les examens sont gratuits pour les enfants de 0-14 ans, les élèves et étudiants, les soldats pendant la durée légale de formation de base. Le personnel socio sanitaire, leur conjoint, leurs enfants, leurs pères et mères bénéficient de la gratuité ou le demi tarif de l'ensemble des examens y compris les actes de radiologie et de scanner.

Les critères d'octroi de ces avantages sont précisés dans le décret n°243/P-RM du 19 septembre 1983, modifié par le décret n° 02-311/P-RM du 04 juin 2002 relatif à la gratuité légale.

Les femmes enceintes ayant besoin d'une césarienne sont également prises en charge gratuitement depuis le 23 juin 2005, selon le décret n°05-350/P-RM du 04 août 2004, les PVVIH bénéficient d'un traitement ARV gratuitement depuis 2005 selon le décret n°05-147 du 31 mars 2005 relatif à la distribution gratuite des ARV aux PVVIH ; les enfants de 0-5 ans et les femmes enceintes du traitement contre le paludisme depuis 2006.

Les personnes âgées de plus de 60 ans bénéficient de tarifs réduits (50%) dans les formations publiques ; cette mesure ne s'applique pas aux familles. Il existe enfin une carte « vieillesse » délivrée par la maison des aînés ou les collectivités territoriales qui donnent un accès gratuit à certaines formations publiques et communautaires. Il faut en faire la demande et elle donne droit à la gratuité de consultation et à la dispense de 10% des frais de médicament.

C. Avantages de la gratuité des soins [36]

La perspective d'une offre de soins délivrée sans paiement direct, combinée avec l'objectif de l'accès universel, doit prendre en compte les mécanismes actuels du financement des systèmes de santé dans les pays en développement. Le cadre de l'accès aux traitements et soins est défini par l'Initiative de Bamako (IB) et repose sur la participation financière des usagers. Dans ce contexte, le recours aux soins dépend de la capacité des personnes à soutenir une dépense directe. Ce mode de paiement des soins est le plus répandu dans les pays en voie de développement, mais il est difficile à supporter pour les plus pauvres et réduit leur taux d'usage des services de santé [34].

Ces dépenses peuvent atteindre un niveau tel, par rapport à l'ensemble des dépenses des ménages, qu'elles sont dites « catastrophiques » quand elles conduisent à restreindre d'autres dépenses. L'organisation mondiale de la santé (OMS) estime qu'une dépense de santé est catastrophique quand elle excède 40% du revenu restant après que les besoins fondamentaux ont été couverts. Pour les populations à très faible revenu, un niveau infime de paiement de soins conduit à une dépense catastrophique. D'une manière générale le paiement direct est un facteur d'appauvrissement et une source d'iniquité. Il s'ajoute aux dépenses indirectes nécessaires à une bonne prise en charge comme le transport ou l'alimentation [35].

La gratuité est nécessaire pour assurer l'efficacité d'une prise en charge. Cette efficacité est d'abord individuelle et médicale (une prise en charge individuelle efficace). Il ressort des publications disponibles que la gratuité de la prise en charge des soins permet d'avoir un meilleur accès aux services et de meilleurs résultats médicaux. Du point de vue du système de santé, elle permet de lever les lourdeurs du paiement et de réduire l'iniquité des systèmes. Enfin la gratuité génère un double impact économique positif en évitant la chute dans la pauvreté à la suite des dépenses de santé excessives et en permettant aux entreprises de

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

préserver leurs mains d'œuvre. Plus généralement, la gratuité contribue au maintien d'un niveau d'activité productive favorable à la croissance.

Dans ce qui suit, nous allons présenter la méthodologie (III), les résultats obtenus sur la gratuité des soins en 2007 à l'échelle du Mali (IV), commentaires et discussions (V) et une conclusion et recommandation (VI)

III-METHODOLOGIE

III- METHODOLOGIE

1) Lieu et cadre d'étude

Notre étude s'est déroulée à la direction nationale de la santé (DNS) qui comporte des divisions, sections et des structures déconcentrées représentées par les différents programmes.

2) Type et Période d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective transversale qui s'est étendue sur une année de référence (01 janvier au 31 décembre 2007).

3) Population d'étude

Les personnes ayant bénéficié de la gratuité des soins curatifs et préventifs à travers les données des différents Rapports d'Activité (RA) fournis par les programmes concernés.

a) Critère d'inclusion

Sont inclus dans cette étude, toutes les personnes ayant bénéficié des soins preventifs et curatifs faisant l'objet de gratuité dans le cadre de la mise en œuvre de 14 programmes à la DNS.

b) Critère de non inclusion

Ne sont pas inclus

Les personnes qui utilisent des services dont les prestations ne font pas l'objet de gratuité.

4) Matériel et Méthode de collecte des données

a) La collecte

Nous avons procédé à un recrutement exhaustif de toutes les personnes ayant bénéficié d'un acte préventif et curatif faisant l'objet d'une prise en charge gratuite à partir de la version électronique des rapports d'activité transmis par les 14 programmes.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

b) Le matériel

Il a été constitué d'une fiche d'enquête unique comportant les différents programmes et les variables utilisées dans notre étude.

c) Saisie et analyse des données : Nos données ont été analysées et saisies sur Excel, et Word.

d) Les variables utilisées :

Actes preventifs : gestes qui ont pour but de prévenir, d'empêcher la survenue d'une maladie

Actes curatifs : gestes et attitudes destinés à la guérison d'une maladie.

Les programmes : l'ensemble des services habilités à fournir les actes curatifs et preventifs à la population.

5) Plan d'Analyse

Nous avons procédé à une analyse de la gratuité avec :

- Une partie statistique portant sur les données des programmes : actes curatifs et preventifs
- Une partie analytique faisant ressortir le croisement entre les différentes variables ci-dessus citées.

6) Limites de l'étude

Notre étude s'est limitée aux informations et données fournies par les différents programmes de la DNS en charge des maladies ciblées par la gratuité.

7) Ethique et Déontologie

L'étude a été faite dans l'anonymat total et dans le plus grand respect de la confidentialité des documents fournis.

IV-RESULTATS

IV- ANALYSE ET DESCRIPTION DES RESULTATS

IV-1 Identification des programmes et Rapports d'Activité (RA)

Programmes /Divisions/Sections étudiés	Rapports d'activité
Programme de lutte contre la tuberculose	Fourni 2007
Programme VIH/SIDA	Fourni 2007
Programme de lutte contre la lèpre	Fourni 2007
Santé Bucco-dentaire (programme de lutte contre le noma)	Fourni 2007
Division Santé Reproduction (programme gratuité de la césarienne)	Fourni 2007
Programme lutte contre la Trypanosomiase Humaine Africaine	Fourni 2007
Programme national d'éradication du ver de guinée (PNEVG)	Fourni 2007
Programme lutte contre la Filariose	Fourni 2007
Programme de lutte contre la cécité	Fourni 2007
Programme de lutte contre le paludisme	Fourni 2007
Division Nutrition	Fourni 2007
Programme de lutte contre Onchocercose	Fourni 2007
Section immunisation	Fourni 2007
Programme de lutte contre la schistosomiase et géo helminthiase	Fourni 2007

IV-2 Description par structure des actes curatifs et Préventifs

2-1 Actes de type curatif par programme

A) Programme de lutte contre la Tuberculose

Tableau I : répartition des cas de tuberculose déclaré

Cas déclarés	Nombre	Pourcentage
TPM+nc	3890	72%
Retraitement	422	8%
TPM-(négatif)	391	7%
TEP	674	13%
Total	5377	100%

Au total **5377** cas de tuberculose toutes formes confondues ont été dépistées au Mali sur un nombre de 15159 cas attendus en 2007 soit un taux de détection de 26%.

Les différentes formes se répartissent comme suit :

- il a été déclaré **3890** nouveaux cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif, représentant 72% de l'ensemble des cas
- le nombre de cas en traitement (rechute, échec, reprise) à **422** soit 8% des cas
- le nombre de nouveaux cas de tuberculose à frottis négatif représente **391** soit 7% du total
- **674** cas de tuberculose sont extra pulmonaire, représentant 13% de l'ensemble des cas

NB : ce tableau représente les actes curatifs

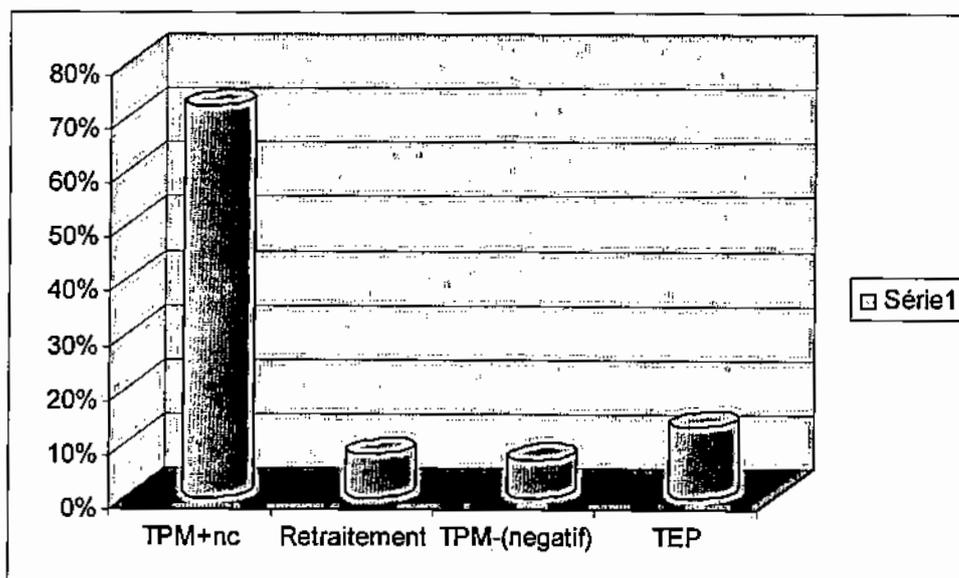


Figure 1: Répartition des cas tuberculose déclarés, Mali 2007

Tableau II : Le taux de détection de la tuberculose pulmonaire à frottis positif par région en 2007

Régions	Taux
Bamako	70%
Gao	44%
Kayes	12%
Kidal	58%
Koulikoro	19%
Mopti	29%
Ségou	16%
Sikasso	15%
Tombouctou	37%

Le district de Bamako a le taux de détection le plus élevé tandis que la région de Kayes a le plus faible.

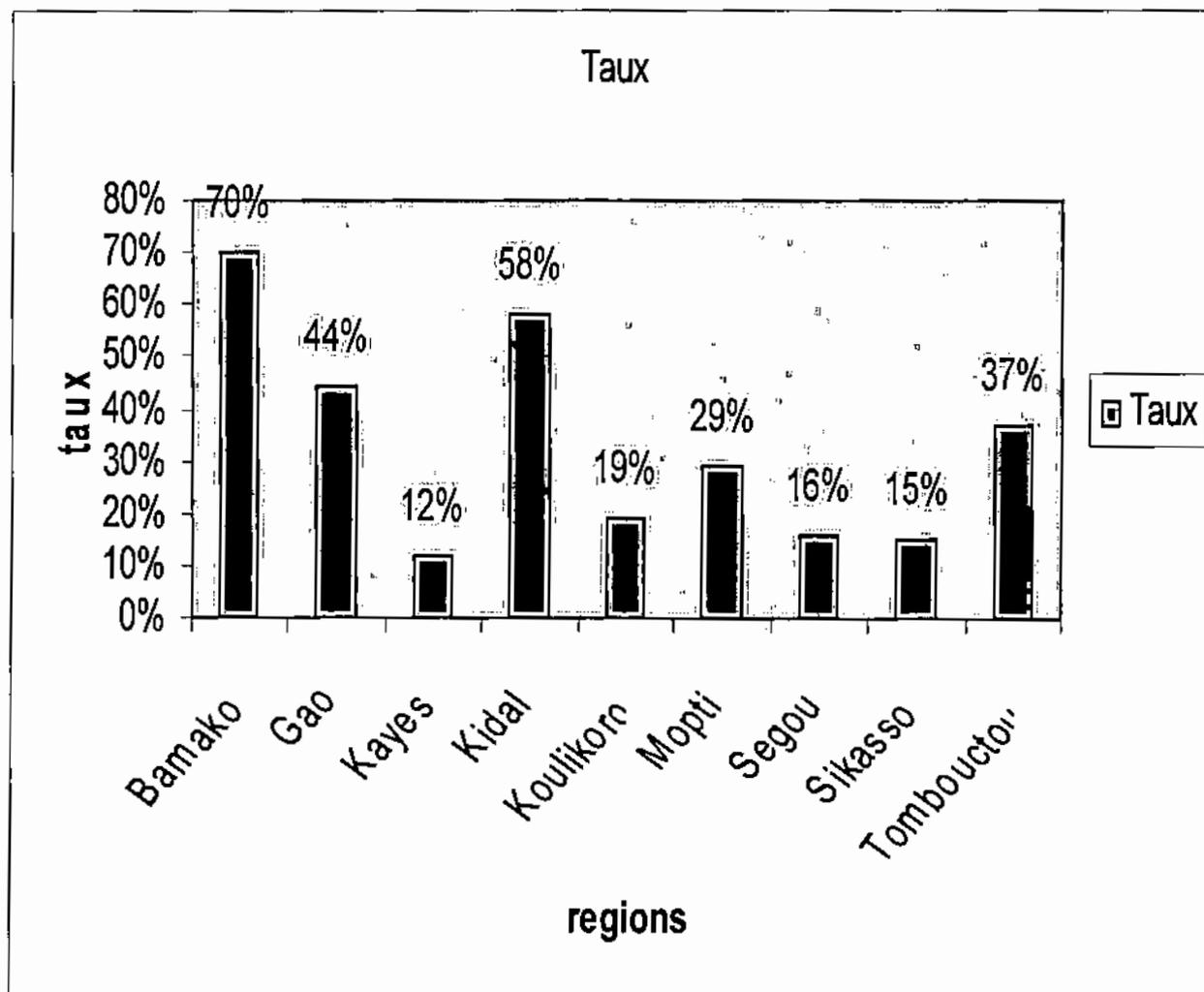


Figure 2: Taux de détection de la tuberculose pulmonaire à frottis positif par région en 2007

Tableau III : Les cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif par sexe

Sexe	Taux
Féminin	34%
Masculin	66%

Le sujet masculin porte le taux le plus élevé de frottis positif par sexe

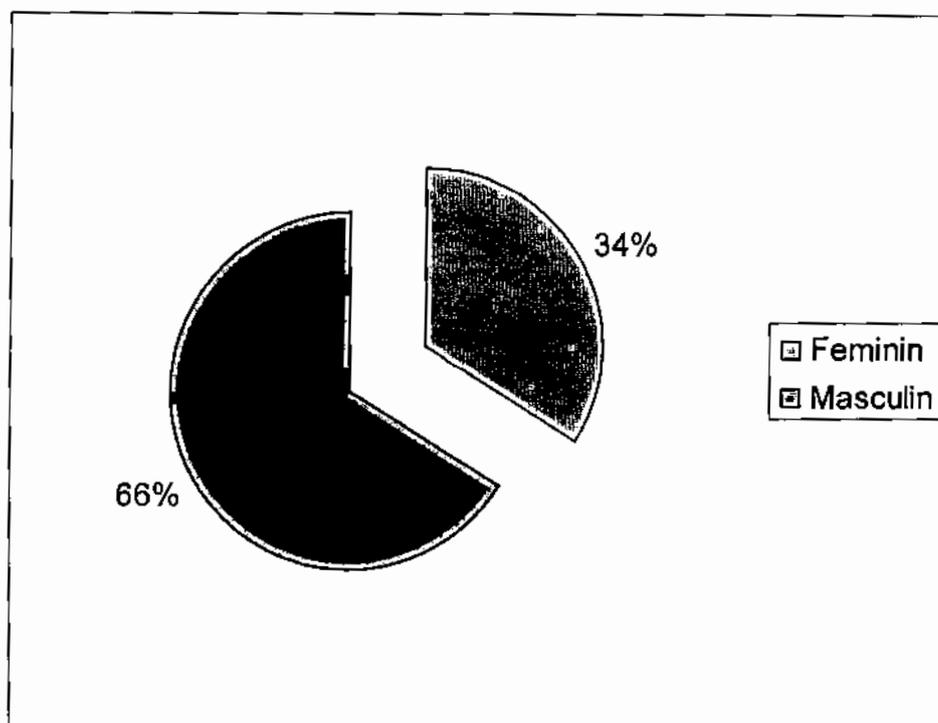


Figure 3 : Répartition des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif selon le sexe (n=3890), Mali 2007

Tableau IV : Le sexe ratio des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif par groupe d'âge

Ages	
0- 14 ans	0,97
15 - 24 ans	1,47
25 - 34 ans	1,75
35 - 44 ans	2,15
45 - 54 ans	2,65
55 - 64 ans	2,51
64 et +	2,22

La tranche d'âge de 45-54 représente la proportion la plus élevée de tuberculose pulmonaire à frottis positif.

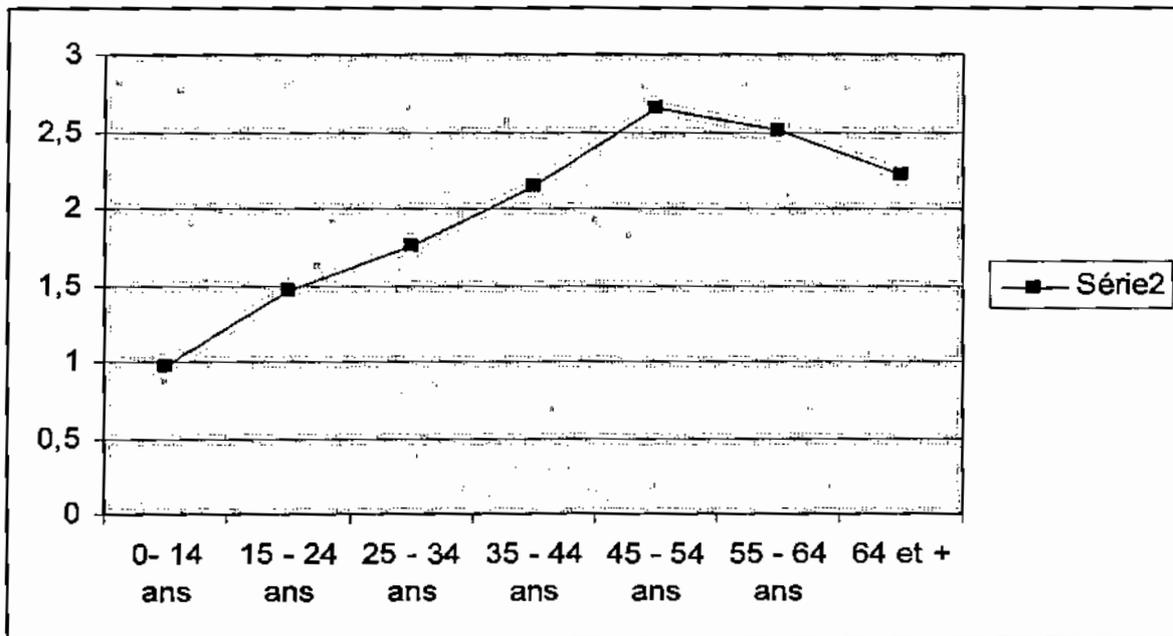


Figure 4: Le sexe ratio des cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif par groupe d'âge, Mali 2007

B) Programme de lutte contre le Sida (traitement ARV)

En 2007, **14844** nouveaux patients ont initié un traitement ARV sur une prévision de 1500 patients, parmi lesquels **13829** adultes et **1015** enfants soit 93,2% et 6,8% respectivement.

Tableau V : Distribution des patients selon l'âge

Age	Initiés au traitement ARV		Suivis régulièrement sous ARV	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Adulte	13829	93,2	10195	94,5
Enfant	1015	6,8	598	5,5
Total	14844	100	10793	100

La majorité des patients initiés et suivis régulièrement sont adultes.

Les enfants sont sous représentés respectivement à 6,8% et 5,5%. Cela s'explique par le nombre réduit de sites de prise en charge des enfants et l'insuffisance dans la prise en charge pédiatrique.

Tableau VI : Distribution des patients selon le sexe

Sexe	Initiés au traitement ARV		Suivis régulièrement sous ARV	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Homme	4865	37,9	3631	38,2
Femme	7968	62,1	5869	61,8
Total	12833	100	9500	100

Les variables sexes sont collectées seulement chez les patients adultes et adolescents. Elles n'ont pas été précisées par certains sites chez 996 patients initiés et 695 patients suivis régulièrement. Les femmes sont représentées de façon satisfaisante parmi les patients initiés et suivis sous traitement ARV soit 62%.

Tableau VII : Distribution des patients selon la région

Région	Initiés aux traitements ARV		Suivis régulièrement sous ARV	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Bamako	10266	69,2	7036	65,2
Ségou	1586	10,7	903	8,4
Sikasso	1456	9,8	1405	13
Mopti	518	3,5	357	3,3
Kayes	632	4,3	663	6,1
Koulikoro	264	1,8	307	2,8
Gao	67	0,5	66	0,6
Tombouctou	55	0,4	56	0,5
Kidal	0	0	0	0
Total	14844	100	10793	100

La région de Bamako suit plus de 2/3 des patients maliens. Les régions de Sikasso et Ségou arrivent en 2^{ème} position. Le recrutement des patients reste faible dans les régions du nord.

Tableau VIII : Distribution des patients selon le type de structure

Type de structure	Initié aux traitements ARV		Suivis régulièrement sous ARV	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Intégrées*	7397	50	3908	36
CTA	6547	44	5683	52
USAC	900	6	1232	11
Total	14844	100	10793	100

La moitié des patients ont été initiés dans les sites Intégrés* (Hôpitaux nationaux et régionaux), 44% dans les centres de traitement ambulatoire (Cesac, walé et APROFEM) et 6% dans les USAC. En terme de suivi, 52% des patients sont suivis régulièrement dans les CTA, 36% dans les sites intégrés et 11% dans les USAC.

Tableau IX : Répartition des patients initiés aux traitements ARV et suivis régulièrement selon le site de traitement

Sites	Patients initiés aux ARV	Patients suivis régulier
Cesac Bamako	4511	4005
H point G	2585	1217
H Gabriel Touré	2639	1168
USAC commune V	467	564*
H.M.E	33	39*
USAC commune I	0	0
CSRef commune II	0	0
USAC CNAM	31	43
HR Kayes	577	579*
USAC Kita	37	66*
CSRef Kayes	1	1
CSRef Diéma-Yélimané	10 - 0	10 - 0
CSRef Keniéba	7	7
USAC KKO, CSRef Banamba	211	196
USAC Fana	53	111
HR Sikasso	330	330
CERKES Sikasso	1054	856
CSRef Koutiala	72	219*
CSRef Sikasso	0	0
CSRef Bougouni	0	0
CSRef Kadiolo	0	0
HR Ségou	738	226
ONG Walé	428	410

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

CSRef Ségou	200	145
APROFEM Ségou	220	122
CSRef Niono	0	0
CSRef Bla	0	0
CSRef San	0	0
HR Mopti	184	97
HR Tombouctou	55	56
Cesac Mopti	334	260
CSRef Tombouctou	0	0
HR Gao	38	3
USAC Gao	29	33
Kidal	0	0
Ensemble	14844	10793

*le nombre de patients suivis régulièrement est souvent supérieur au nombre de patients initiés sous traitement ARV dans certains sites. Cela est expliqué par le transfert de patients. Un total de 1027 patients a été transféré d'un site à un autre.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

C) Programme de lutte contre la lèpre

Le nombre de cas dépisté est de **455** cas.

Le taux de prévalence est de 0,36 cas (le seuil d'élimination fixé par l'OMS est d'1 cas pour 10000 habitants).

Le nombre de personne sous traitement en 2007 est de **455** cas, repartis comme suit :

- Lèpre Multi bacillaire (MB), formes compliquées sous traitement **331** personnes
- Lèpre Pauci bacillaire (PB), formes non compliquées sous traitement **124** personnes

Le nombre de comprimé (plaquette) utilisé :

MB : **3972** plaquettes utilisées

PB : **744** plaquettes utilisées

Pour les MB, chaque patient utilise 1 plaquette/mois et cela pendant 12 mois

Pour les PB, chaque malade utilise 1 plaquette par mois, pendant 6 mois

Les médicaments spécifiques anti-lèpre ont été disponibles et gratuits dans tous les centres de traitement de la lèpre courant 2007. Quant aux médicaments non spécifiques qui interviennent dans la prévention et la prise en charge des infirmités (séquelles), ils ne sont pas encore suffisant de façon gratuite dans les formations sanitaires mais leur coût est considérablement réduit dans la politique sanitaire du pays.

NB : une plaquette coûte 1000f CFA

L'accessibilité financière des populations aux soins lèpre est jugée en fonction des moyens que les individus ont par rapport au premier contact qui permet d'établir le diagnostic de la maladie, sinon les autres contacts (prise supervisée des médicaments, suivi clinique) sont gratuits.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

Cependant malgré tout, le système de prise en charge de la lèpre est mal structuré, il n'existe pas de véritable faits réels de prise en charge gratuite de la lèpre au Mali, car c'est une partie seulement qui est affectée par la gratuité.

D) Santé Bucco dentaire (programme de lutte contre le noma):

En 2007, le nombre de cas de **Noma** dépisté est d'environ **45 cas** (cas évolutifs et séquelles) et prises en charge gratuitement ;

12496 élèves ont été touchés lors des séances d'IEC dans les écoles du district de Bamako et à Baguineda.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

E) Programme de Gratuité de la césarienne

En 2007, **12752 cas** ont été pris en charge gratuitement au Mali sur 614985 femmes enceintes au Mali.

Tableau X: Répartition des cas selon les régions

Régions	Nombre de cas
Kayes	1110
Koulikoro	894
Sikasso	1907
Ségou	1917
Mopti	880
Tombouctou	282
Gao	373
Kidal	17
Bamako	5372
Total	12752

Le taux de césarienne est passé à 2,06 en 2007, objectif PRODESS (3%) en 2007 La proportion de décès après césarienne était de 1,98 en 2007

NB : sur les 614985 femmes enceintes, 12752 ont accouché par césarienne.

Tableau XI : Récapitulatif des cercles par région ayant organisé la référence/évacuation, Mali décembre 2007

Régions	Cercles	Total	% de réalisation
Kayes	Bafoulabé, Diéma, Kayes, Kita, Nioro, Yélimané, Keniéba	7/7	100
Koulikoro	Banamba, Dioila, Fana, Kangaba, Kolokani, Koulikoro, Kati Nara, Ouéléssebougou	9/9	100
Sikasso	Bougouni, Kadiolo, Kolomdiéba, Koutiala, Selingué, Sikasso, Yanfolila, Yorosso	8/8	100
Ségou	Baraouéli, Bla, Macina, Niono, San, Tominian, Markala, Segou	8/8	100
Mopti	Bandiagara, Bankass, Djenné, Douentza, Koro, Tenenkou Mopti, Youwarou	8/8	100
Tombouctou	Tombouctou, Diré, Goundam, Nianfunké, Gourma Rharous	5/5	100
Gao	Bourem, Gao, Ansongo, Menaka	4/4	100
Kidal	Kidal, Tessa lit	2/4	50
Bamako	Commune I, Commune II, Commune III, Commune IV, Commune V, Commune VI	6/6	100
Total Mali		57/59	96%

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

Le nombre de cercle ayant organisé le système de référence/évacuation avec partage des coûts était de 57 en 2007 soit 96pour_cent. Il est en cours dans d'autres cercles dans la région de Kidal (Tin-essako et Abeibara).

F) Programme de lutte contre la trypanosomiase humaine Africaine

En 2007, sur 17628 personnes examinées, 193 ont été suspectées clinique, 87 suspectées sérologiques, au cours de la prospection dans les zones d'endémie de Kadiolo, Bougouni, Yanfolila, Kolomdiéba, Dioila et Keniéba. Tous les cas dépistés ont été pris en charge gratuitement

2-2 Actes de type curatif associé au préventif par programme

A) Programme de lutte contre la Dracunculose

En, 2007 le Mali a enregistré **313** cas de dracunculose contre 329 cas en 2006 soit une réduction de 3% du nombre de cas, dus essentiellement à l'épidémie survenue dans la région de Kidal qui était jusque là une région indemne de vers de guinée et à la flambée dans une zone blanchie du cercle d'Ansongo dans la région de Gao.

Tableau XII : Répartition des cas par district sanitaire

District sanitaire	Nombre de cas en 2007	Nombre de cas isolés	Taux d'isolement
Ansongo	135	64	47
Gao	62	39	40
Tessa lit	86	0	0
Gourma Rharous	15	10	66
Nianfunké	1	1	100
Mopti	8	7	88
Douentza	3	2	67
Djenné	2	2	100
Tenenkou	1	1	100
Total	313	126	40,2%

Le Mali compte actuellement 4 régions endémiques du vers de Guinée : Gao, Tombouctou, Mopti et Kidal ; 3 régions blanchies : Kayes, Koulikoro et Ségou. La région de Sikasso est la seule région indemne de vers de guinée, c'est-à-dire une région qui n'a jamais notifié de cas autochtones de dracunculose.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé

Le taux d'isolement de 2007 est de 40,2% contre 82% en 2006 et 77% en 2005.

Le faible taux d'isolement de 2007 est surtout lié à la situation de Kidal et à la flambée dans le cercle d'Ansongo ;

Tableau XIII : Distribution des filtres

Type de filtre	Nombre de filtre distribué
Filtre à ficelles	55500
Filtre à ficelles grands formats	11000
Pailles filtre	32500
Tamis	6500
Total	105500

Les filtres sont distribués aux ménages selon la taille du ménage. Les ménages reçoivent soit des tamis, soit des filtres à ficelles grand format. Les pailles filtres sont à usage individuel et sont réservés aux bergers et aux enfants.

Les points d'eau de 92% des villages d'endémie en 2007 ont été traités.

En 2007, la couverture des sites d'endémie en points d'eau potable est de 24%, 3 nouveaux forages sur 18 prévus ont été réalisés dans les sites d'endémie.

Au total en 2007, 313 personnes ont bénéficié du traitement gratuit de la dracunculose et 105500 filtres ont été distribués.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé

B) Programme de lutte contre la Filariose Lymphatique

En 2007, la couverture géographique du traitement de la filariose est de 24 districts. En terme de pourcentage elle est de 40%. La population traitée est de **4527977** personnes sur une cible de **5704533** personnes attendues avec un taux de couverture Therapeutique de 80% dans les 24 districts des régions de Sikasso, Koulikoro et Kayes (Sikasso : 8 districts, Koulikoro : 9 districts, Kayes : 7 districts).

Le programme utilise deux molécules : l'albendazole et l'ivermectine.

Pour les campagnes du traitement de masse en 2007, **6211200** comprimés d'albendazole et **17066500** comprimés d'ivermectine ont été mis à la disposition des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso.

La prise en charge des cas d'hydrocèle et d'éléphantiasis : **1386** cas d'hydrocèle et **716** cas d'éléphantiasis ont été recensés dans les 24 districts traités. Sur financement de l'état **86** cas d'hydrocèle ont été opérés.

Tableau XIV: Taux de prévalence par village à Kayes

Village	Positif/500	Pourcentage
Bountoum	127	25,40%
Linguetoko	2	0,40%
Sanganfara	4	0,80%
Sirakoro	53	9,60%

Bountoum est le village le plus endémique avec un taux de prévalence de 25,40%.

Certaines activités programmées par le niveau opérationnelle notamment l'identification et la prise en charge des complications (hydrocèle et éléphantiasis) n'ont pas été réalisées faute de retard de la mobilisation des ressources financières.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé

C) Programme de lutte contre la cécité

Lutte contre le trachome :

Le traitement de masse à l'azitromycine prévoyait le traitement (dans le cadre des maladies tropicales négligées) de Sikasso, Ségou, Mopti. Mais seule la région de Sikasso a été traitée : **1767877** personnes ont été traitées sur **2288330** cas attendus, alors que Ségou et Mopti devant être traité en novembre n'ont pu l'être à cause des changements de récipiendaires de International Trachoma Initiative (ITI) à Hellen Keller International (HKI).

Chirurgie du trichiasis :

Elle a concernée 2890 sujets dans les régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou et Mopti sur une prévision de 8000 soit un taux de réalisation de 36% ; la journée mondiale de la vue et l'organisation du mois de la solidarité 2007 ont été une occasion de faire participer toutes les régions aux activités de lutte contre la cécité par la mise route de chirurgie de trichiasis au cours desquels 215 trichiasis ont été opérés.

Chirurgie cataracte

L'année 2007 a été marquée par le début de l'opération Milagro, il a été opéré au centre Milagro de Bamako 3782 cataractes. Mais les centres régionaux de Kayes, Sikasso et Mopti n'ont pu voir le jour par manque de financement ; quant à l'équipe mobile du PNLIC opérant dans les zones enclavées et à l'intérieure du pays, elle a pu opérer 872 cataractes.

550 cataractes ont été opérées au cours de la journée mondiale de la vue et l'organisation du mois de la solidarité 2007 ;

En 2007, **8309** personnes ont bénéficié du traitement gratuit dans le cadre de la lutte contre la cécité dont **3105** trichiasis et **5204** cataractes au Mali ; il a été distribué **1767877** comprimés d'azitromycine dans le cadre du traitement Préventif et près de **10498** élèves examinés.

D) Programme de lutte contre le paludisme

Aucours de l'année 2007 :

- **1162048** combinaisons Therapeutique à base d'artemisinine (CTA) pour les enfants de moins de 5 ans ont été mises à la disposition des régions. La population cible de moins de 5 ans est de **960680** enfants.
- **587925** MII a été distribués aux femmes enceintes et aux enfants de 0-5 ans au cours de la CPN et PEV de routine
- **2232468** MII a été distribués pendant la campagne intégrée rougeole, VPO, vit A, albendazole et distribution de MII.
- **409887** ont bénéficié de la Sulfadoxine Pyrimethamine 1^{ère} dose (SP1) et **269839** de la Sulfadoxine Pyrimethamine 2^{ème} dose (SP2) sur une population cible de femmes enceinte de **614985** soit respectivement 67% et 44%.

2-3 Actes de type préventif par programme

A) Division nutrition :

En 2007, **7252** enfants ont été pris en charge sur une cible de 10110 soit 71%

Distribution de **516** tonnes de vivres aux enfants de 0 – 59 mois, aux femmes enceintes, aux femmes allaitantes, aux malades tuberculeux et aux PVVIH

(Personnes Vivants avec le VIH)

Campagne Intégrée (Vit A et albendazole):

Taux de couverture en Vit A chez enfant de 6 – 59 mois est de 100%, chez les FPPI 103%

Taux de couverture albendazole chez enfants de 12 – 59 mois est de 101%, chez FPPI 104%

B) Programme de lutte contre l'onchocercose

Tableau XV : Répartition de la population par aire sanitaire et bassins

Bassins	Cercles aires sanitaires	Population		
		Recensée	Traitée	Pourcentage
Senegal	Kayes	249452	195631	78,4
Bafing	Bafoulabé	120552	95615	79,3
Bakoye	Kita	237182	184356	77,7
Falémé	Keniéba	114082	90962	79,7
Niger	Kati	240897	183799	76,2
Niger	Kangaba	60518	47547	78,5
	Koulikoro	39567	31092	78,5
	Kolokani	90759	69577	76,6
Bagoé	Dioila	102461	80524	78,5
Niger	Ouélessébougou	81070	63897	78,8
	Fana	75042	59906	79,8
Banifing II	Bougouni	351653	291281	82,8
Baoulé Est	Yanfolila	109962	86147	78,3
Sankarani	Selingué	60068	47262	78,6
Kankelaba	Kolomdiéba	142093	106705	75
	Sikasso	86226	66999	77,7
Total		2161584	1701300	78,7

En 2007, 1701300 personnes ont été traitées sur une cible de 2161584 soit 78,7% de la couverture nationale.

Tableau XVI: Distribution de Mectizan sous directive Communautaire

Bassin	Cercles aires sanitaires	Villages			Population			Mectizan utilisé
		Prévu	Traité	Pourcentage	Recensée	Traitée	Pourcentage	
Senegal	Kayes	339	339	100	249452	195631	78,4	632424
Bafing	Bafoulabé	253	253	100	120552	95615	79,3	284712
Bakoye	Kita	479	479	100	237182	184356	77,7	546412
Falémé	Keniéba	357	357	100	114082	90962	79,7	257322
Niger	Kati	361	361	100	240897	183799	76,2	563768
Niger	Kangaba	66	66	100	60518	47547	78,5	124886
	Koulikoro	157	157	100	39567	31092	78,5	77053
	Kolokani	165	165	100	90759	69577	76,6	195486
Bagoé	Dioila	158	158	100	102461	80524	78,5	221147
Niger	Ouélésebouyou	112	112	100	81070	63897	78,8	174169
	Fana	85	85	100	75042	59906	79,8	161870
Banifing II	Bougouni	505	505	100	351653	291281	82,8	816135
Baoulé Est	Yanfolila	145	145	100	109962	86147	78,3	257950
Sankarani	Selingué	56	56	100	60068	47262	78,6	128308

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

Kankelaba	Kolomdiéba	154	154	100	142093	106705	75	310185
	Sikasso	144	144	100	86226	66999	77,7	194220
Total		3536	3536	100	2161584	1701300	78,7	4946047

4946047 comprimés de Mectizan ont été utilisés au cours de l'année 2007 dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose.

L'ivermectine (**Mectizan**) est la seule molécule utilisée pour la lutte contre l'onchocercose par le programme au Mali.

C) Section immunisation

Tableau XVII: Nombre de personnes prises en charge en 2007

Vaccin / intervention	Nombre de personne dans le groupe cible	Nombre de dose administrée dans le cadre de la vaccination systématique
BCG	540751	530837
DTC1	479647	518200
DTC3	479647	455589
Polio3	479647	464104
HepB3	479647	450335
Hib3	77759	78782
Rougeole	479647	410927
Fièvre Jaune	479647	408063
VitA, 1ère dose	ND*	ND
VAT2 +	599557	340465
Vit A pour FFPI	614985	316600

Le nombre de doses administrées représente le nombre de personnes prises en charge (vaccinée) par rapport au nombre de personnes ciblées au cours des journées de vaccination en 2007 au Mali.

Dans la majorité des cas l'objectif ciblé (90%) a été atteint et dans certaines situations le nombre de personne vaccinée dépasse largement le nombre de groupe ciblé.

*Données non fournis

FFPI : femme en post-partum immédiat

Tableau XVIII : Taux de couverture vaccinale atteinte, Mali 2007

Vaccin/Intervention	Nombre de personne dans le groupe cible	Nombre de dose administrée dans le cadre de service systématique	Taux de couverture (%)
BCG	540751	530837	98,17
DTC1	479647	518200	108,04
DTC3	479647	455589	94,98
Polio3	479647	464104	96,76
Hep B3	479647	450335	93,89
Hib3	77759	78782	101,32
Rougeole	479647	410927	86
Fièvre jaune	479647	408063	85,07
VAT2 +	599557	340464	56,78

NB : en 2007, il a été vacciné dans le cadre de la prévention de la méningite **328194** personnes réparties comme suite : Sikasso : **286929**, Tombouctou : **37783**, Koulikoro (Kati) : **3482** ; tranches d'âge de 2-30 mois. **127391** personnes vaccinées contre la fièvre jaune suite à un cas de fièvre jaune notifié dans le cercle de Kati, dose de vaccin utilisé **133010** (routine).

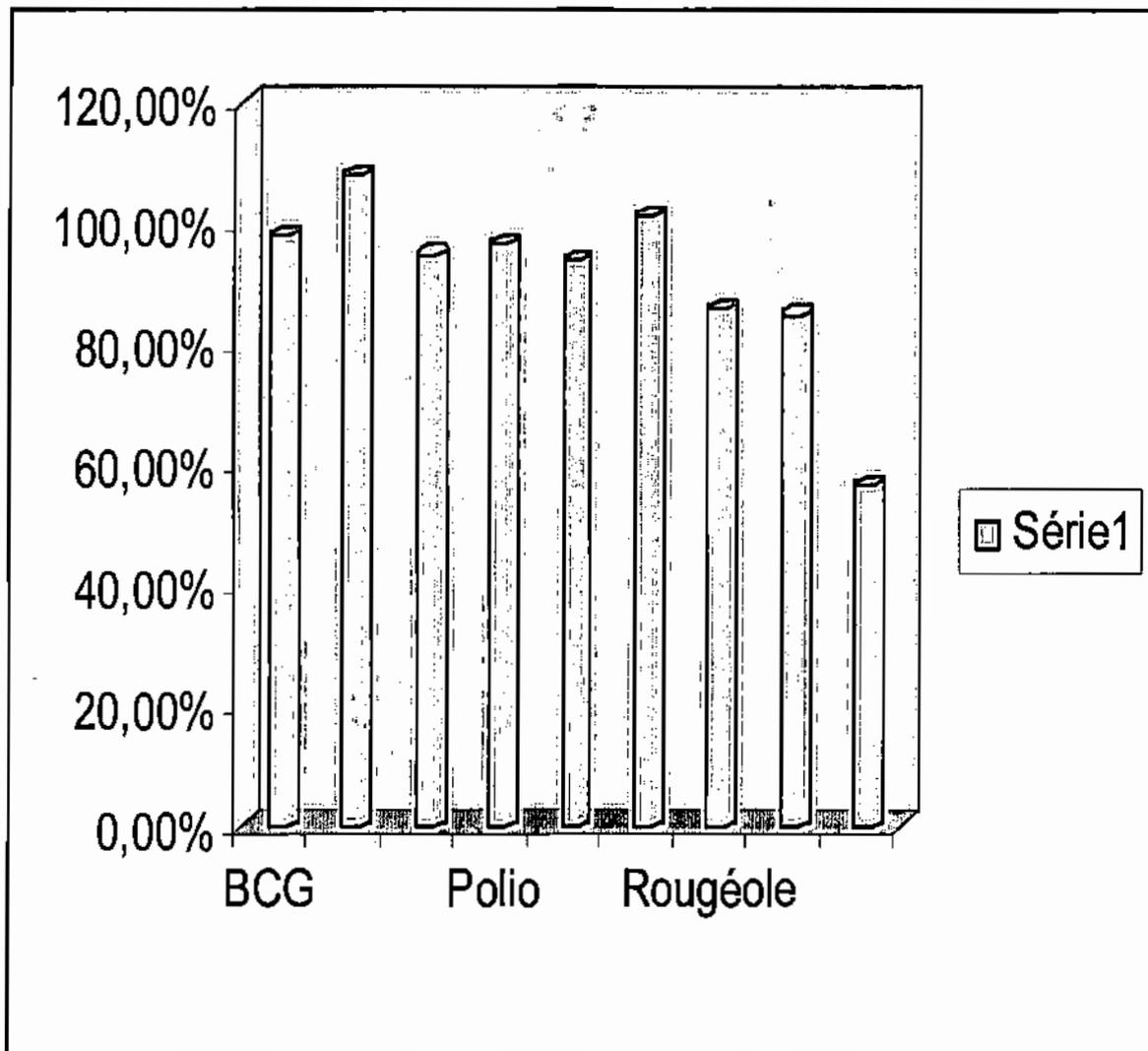


Figure 6: Taux de couverture vaccinal atteinte en 2007

Tableau XIX: Description du groupe cible et taux de couverture en 2007

Vaccin /Intervention	Description du groupe cible utilisé	Nbre personne dans le groupe cible	Nbre dose administrée	Taux de couverture (%)
BCG	Naissances vivantes	540751	530837	98,17
DTC1	Naissances vivantes	479647	518200	108,04
DTC3	Nourrissons ayant survécu	479647	455589	94,98
Polio3	Nourrissons ayant survécu	479647	464104	96,76
HepB3	Nourrissons ayant survécu	479647	450335	93,89
Hib3	Nourrissons ayant survécu	77759	78782	101,32%
Rougeole	Nourrissons ayant survécu	479647	410927	86,00%
Fièvre jaune	Nourrissons ayant survécu	479647	408063	85,07
VAT 2 +	Femmes enceintes	599557	340465	56,78
VitA, 1ère dose	6 - 59 mois			100%
VitA (VitA2) pour FPPI	Naissances vivantes			103%

Couverture élevée en Hib3 dans le district de Bamako et capitales régionale ;

Vit A1 est le taux de vitamine A chez enfants Le taux de couverture en Vit A, de chez les enfant de 6 – 59 mois est de 89%, chez les Femmes en Post Partum Immédiat (FPPI) est de 88% ;

Vit A2 est le taux de vitamine A chez FPPI. **NB** : Il s'agit d'une couverture administrative nationale de janvier à décembre 2007

Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé

D) Programme de lutte contre Schistosomiase et Géo helminthiase

Sur une cible de **1286416** personnes attendues en 2007 dans la région de Kayes, Sikasso, Bamako, Tombouctou, Gao, et Kidal, **895343** ont reçu le traitement contre la Bilharziose et les Vers intestinaux, soit une couverture globale au traitement de 69,5%.

Tableau XX : Répartition des stocks de médicament mise en place en 2007

Intrants		
Régions	PZQ	ALB
Tombouctou	226300	105600
Gao	286900	126400
Kidal	37500	16600
Bamako	1103700	485700
Kayes	1435300	0
Sikasso	412000	0
Total	3501700	734300

Au total, **4236000** comprimés (Praziquantel plus albendazole) ont été mise à la disposition des régions.

Tableau XXI : Situation des stocks de médicament en 2007

Mouvement			
Médicament	Entrée	Sortie	Stocks au 31 décembre 2007
PZQ	4064200	1854122	3749700
ALB	800000	385800	2805700
Total	4864200	2239922	6555400

Au total **2239922** comprimés (PZQ et ALB) ont été distribués au Mali dans le cadre de la lutte contre les schistosomiasés et les géo helminthes.

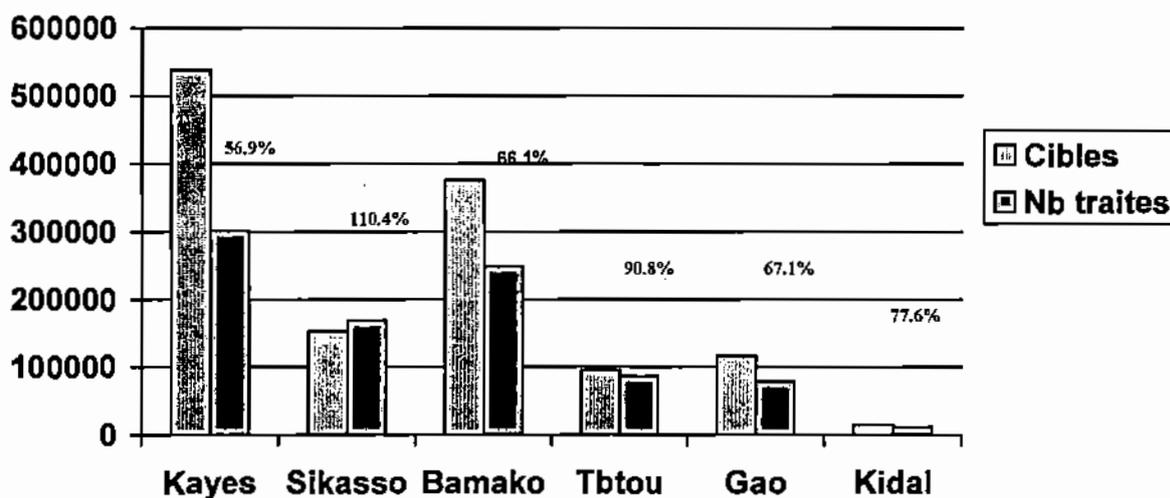


Figure 5 : Nombre de personnes traitées et couverture du traitement (%) par région en 2007

Les taux de couverture obtenus varient de 56,9% dans la région de Kayes, à 110% dans la région de Sikasso (zone sanitaire de Selingué et District sanitaire de Yanfolila).

Au regard des objectifs de 75% fixés par le programme national pour le traitement, trois régions ont une couverture insuffisante (Kayes, Bamako, Gao).

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

V- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

Notre étude est de type rétrospectif transversal. Elle a pour but, de déterminer le niveau de la gratuité, si la gratuité des soins favorise l'utilisation des services de santé par la population.

Pendant la période de notre étude nous avons pu avoir accès aux rapports d'activité (RA) de 14 programmes relevant de la DNS. Tous ces programmes répondaient à notre critère d'inclusion.

Dans ce qui suit nous allons présenter le résumé des résultats de l'année de référence (2007) comparé à celui de 2006 des mêmes programmes à partir de la revue de la littérature.

Les résultats :

- Dans le cadre de la lutte contre la tuberculose, le nombre de personne prise en charge gratuitement était de 5243 en 2006 contre 5376 en 2007 toutes les formes confondues soit un taux d'accroissement du nombre de personne de l'ordre de 1,25% ; le sexe masculin représente 66% et le sexe féminin 34%. Le district de Bamako a le plus fort taux soit 70% du total et Kayes le plus faible soit 12% du taux national.
- Le nombre de bénéficiaire de la césarienne était de 11156 en 2006 contre 12752 en 2007 soit un taux de 1,89% en 2006 contre 2,06 en 2007
- Les personnes sous traitement antiretroviral (ARV) étaient au nombre de 11508 en 2006 contre 14844 en 2007 soit un accroissement de 12,65%.
- Le taux de couverture du traitement antipalustre chez la femme enceinte sont respectivement de 67% pour la Sulfadoxine Pyriméthamine 1^{ère} dose (SP1) et 44% pour la Sulfadoxine Pyriméthamine 2^{ème} dose (SP2).
- Le Mali a enregistré 313 cas de dracunculose en 2007 contre 329 cas en 2006 soit une réduction de 3%. Le taux d'isolement du ver de guinée était de 82% en 2006 contre 40% en 2007.

- Dans le cadre de la lutte contre la schistosomiase et géo helminthiase : le taux de couverture était de 85% en 2006 contre 57% en 2007 à Kayes, 103% en 2006 contre 110% en 2007 à Sikasso, 5% en 2006 contre 66% en 2007 à Bamako.
- Le taux de couverture thérapeutique de la filariose lymphatique est passé de 78,3% (2317185 personnes) en 2006 à 80% (4527977 personnes) en 2007.
- Le taux de couverture vaccinal atteint par le programme d'immunisation est :
 - BCG.....96% en 2006 contre 98,17% en 2007
 - DTCP3.....92% en 2006 contre 94,98% en 2007
 - DTCP1.....91% en 2006 contre 108,04% en 2007
 - VAT2.....55% en 2006 contre 56,78% en 2007
- Le taux de couverture thérapeutique dans le cadre de la lutte contre l'onchocercose est de 78,7%.
- programme de nutrition : le taux de couverture thérapeutique de la malnutrition chez les enfants est de 71%, le taux de couverture lors de la campagne intégrée (vitamine A et albendazole) sont respectivement :
 - Vit A chez enfant de 6 – 59 mois 100%, chez les femmes en post-partum immédiat (FPPI) 103%
 - Albendazole chez les enfants de 12 – 59 mois est de 101%, chez les FPPI 104%.
- Dans le cadre de la lutte contre la trypanosomiase humaine africaine, le programme a enregistré des résultats modestes à la dimension des ressources mobilisées, ce qui a permis d'avoir un taux de prévalence de 0,49 en 2007 (seuil d'élimination est d'1 cas pour 10000 habitants selon L'OMS).
- En 2007 le taux de prévalence dans le cadre de la lutte contre la lèpre est de 0,36 cas pou 10000 habitants contre 0,40 cas pour 10000 habitants en 2006 au Mali (seuil d'élimination fixé par l'OMS est d' 1 cas pour 10000 habitants). C'est dire que le Mali a atteint le seuil d'élimination de la lèpre.

En analysant ces différents résultats, nous constatons que dans la majorité des cas, il y a une nette augmentation du nombre de bénéficiaire de ces différents actes curatifs et preventifs pris en charge de façon gratuite.

Types de gratuité

Au cours de notre étude nous avons distingué deux types de gratuité au Mali :

Le dispositif qui s'applique à toute la population : notamment le dépistage et le traitement de la tuberculose, la lèpre, la trypanosomiase humaine africaine (THA), l'immunisation contre les maladies cibles du programme élargi de vaccination (PEV), la filariose lymphatique, schistosomiase et géo helminthes, le noma, la dracunculose (qui en plus de la gratuité des soins ne payent pas d'impôts), lutte contre l'onchocercose, la lutte contre la cécité, programme nutrition où toute la population quelque soit le niveau socioéconomique, culturelle, l'age et le sexe bénéficie gratuitement des actes préventifs et curatifs offerts par ces programmes.

Ces campagnes de traitement gratuit ont sensiblement réduit [tableau 10, 14, 20] non seulement le taux de prévalence, mais également intensité de l'infestation de la population exposée [tableau 1, 5, 13, 12]. Elles ont permis d'atteindre une couverture préventive élevée [15, 16, 17] ; d'où une nette influence positive sur l'utilisation des services sanitaires par la population.

Le dispositif qui s'applique à une population particulière : cette disposition concerne les femmes enceintes selon le décret n°05-350/P-RM du 04 août 2005 relatif à la prise en charge de la césarienne. Cette disposition a permis 12752 femmes (qui devraient accoucher par césarienne) sur 614985 femmes enceintes de bénéficier gratuitement de la césarienne. Le taux de césarienne est passé de 1,86% en 2006 à 2,06% en 2007, l'objectif du PRODESS II était de 3%

Les enfants de 0- 5 ans et les femmes enceintes bénéficient du traitement paludique respectivement de combinaison thérapeutique à base d'artémisinine

Financement de la santé au Mali : cas des gratuits dans le cadre de quatorze programmes de santé

(CTA) et de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP). Ceci a permis de mettre à la disposition des hôpitaux par le programme 1162048 combinaison thérapeutique à base d'artémisinine, 2820393 moustiquaires imprégné d'insecticide (MII) ; 409887 femmes enceintes ont eu la première dose de Sulfadoxine Pyriméthamine (SP1) et 269839 femmes enceintes la 2^{ème} dose (SP2) sur 614985 femmes enceintes soit respectivement un taux de couverture thérapeutique de 66,64% pour SP1 et 44% pour la SP2

Le décret n°05-147/PRM du 31 mars 2005 relatif à la distribution gratuite d'ARV aux personnes vivant avec le VIH(PVVIH) a permis de mettre sous antiretroviraux (ARV) 14844 personnes sur 15000 personnes attendues dont 13829 adultes et 1015 enfants soit respectivement 93,2% et 6,8%.

Les résultats relatifs à ces dispositions montrent à suffisance qu'il y a une augmentation du nombre de bénéficiaire profitant des services de soins gratuits de ces programmes.

Conséquence de la gratuité sur le revenu des ménages

Les études qui ont été menées au Mali sur la demande des soins de santé montrent que les médicaments occupent une place importante des dépenses des soins de santé des ménages et représentent plus de 80% de ces dépenses (juillet 1999, Fournier et al. 2002, Mariko 2003, Cissé 2004a)

L'étude de juillet [6] menée en 1996 à Bamako montrait que plus la tarification c'est le coût supposé de l'ordonnance qui constituait une barrière à l'accès aux soins modernes des plus pauvres, et que les revenus jouaient un rôle en intervenant sur la décision de recours (ménages les plus pauvres pratiquant plus l'automédication).

Une partie de la population (de 5% à 30%) restent incapable de payer et de ce fait pas accès aux soins [40].

Cissé 2004a [37], montre que les 20% des ménages (sur un échantillon de 1800) des plus pauvres (dont les revenus représentent 5% de l'ensemble des revenus

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

des enquêtes) contribuent pour 30% au financement des soins tandis que les 20% les plus riches (70% de l'ensemble des revenus) y contribuent pour moins de 20%.

Ridde V, Clermont- Fernand [38] disent qu'en Afghanistan 82% affirment n'avoir pas suffisamment de ressources pour subvenir aux dépenses d'hospitalisation. En moyenne 7,37% des dépenses des ménages sont réalisées pour leur santé, 75% des ménages sont endettés. Le ratio moyen des dépenses de santé par rapport à la richesse des ménages est de 14,42% et les plus pauvres dépensent plus que les riches.

Les résultats de notre étude nous montrent, qu'avec la mise en vigueur effective des dispositions sur la gratuité des soins médicaux, il y a une demande accrue et un nombre de bénéficiaire croissant [tableau 5, 18, 20, programme de lutte contre la cécité, programme de lutte contre le sida, programme de lutte contre la tuberculose] profitant des exemptions de paiement. Sachant que les pauvres (basés en grand nombre dans le milieu rural) sont en majorité les premiers qui profitent à cause de leur environnement socioéconomique. Ils constituent aussi le groupe de population le plus vulnérable aux maladies. Les ménages qui bénéficient de ces traitements gratuits pourront faire des économies sur le coût supposé cher des ordonnances. Ce qui permet d'avoir une conséquence positive tant sur la quantité que sur la qualité de l'état nutritionnel des ménages.

Alternatives à une sous utilisation des services de santé et un meilleur accès aux soins de santé : nous savons tous que les frais aux usagers constituent une barrière financière à l'utilisation des services pour les plus pauvres [39]. Ainsi une des solutions les plus intéressantes est la création de mutuelles de santé, assurances maladies obligatoires, fond d'assistance médicale, à travers les diverses formules employées dans le continent : association des ressortissants, tontines améliorées, épargnes individuelles de santé, abonnement mutuelle de santé, centres de santé communautaires.

Dominique Evrard, (2002), [11], affirme que le mouvement mutualiste ne concerne que 1 à 5% de la population, qui rejoint celui de (Ruissel S, Gilson L.) [41] et (Bennel S, Greesse A 1996) [42] affirment que le système d'assurance à un potentiel de génération de revenu très limité, particulièrement dans les pays pauvres et que les mutuelles restent peu étendus et leur activité ne profite qu'à une faible partie de la population.

Au regard de tous ces résultats sur l'exemption et l'accessibilité financière des soins de santé ; il ressort au cours de notre étude que l'accès aux soins de santé et l'augmentation de la fréquentation des services de santé passe par une meilleure accessibilité financière. Soit tous les soins sont dispensés gratuitement par l'état à travers les impôts de la population, soit plus des 2/3 ou la totalité des finances de santé de la population sont prises en charge par ce qu'on appelle le mécanisme de tiers payant ou les régimes d'assurance maladie.

Le taux d'utilisation (nombre de personne traitée par 100 sur le nombre de personne attendu) des services de gratuité offerts par les 14 programmes de notre étude est de 70% pour 100 habitants ; celui-ci comparé au taux de fréquentation global (services non gratuits et gratuits des hôpitaux) des services de santé qui est de 5,5% (faible) pour 100 habitants sur l'ensemble du pays. Cette disparité laisse à croire que l'utilisation des services de santé reste très faible si les soins ne sont gratuits. Cette faible utilisation est fonction des ressources financières disponibles, de la maladie (grave ou pas), problématique socioculturel, le coût des soins (facteur non négligeable), le faible pouvoir d'achat des populations constituent un facteur limitant l'utilisation des services de santé sans oublier les autres facteurs : le transport, la géographie qui peuvent aussi être un frein à l'obtention d'un taux de recours plus élevé dont les études éventuelles pourront les mettre en évidence. Ce qui permettra d'aller au-delà des résultats attendus, atteindre une couverture universelle, réduire le taux de mortalité, accroître la productivité et l'espérance de vie de la population.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

VI- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

1. Conclusion

Notre étude qui était rétrospective transversale dont le but était de déterminer le niveau de la gratuité, si la gratuité des soins favorise l'utilisation des services sanitaires par la population.

Cette étude a permis d'affirmer qu'il est clair aujourd'hui que la stratégie d'accès aux soins basée sur la gratuité des soins est encourageante même si certains programmes observent des difficultés quant à l'atteinte des objectifs ciblés (due à un déficit de ressources financière, matérielle et humaine). Malgré ces contraintes d'autres atteignent ou dépassent largement les objectifs fixés.

Le nombre de population bénéficiant de ces exemption augmente de façon exponentielle chaque année par rapport aux années précédente. Ce qui laisse à croire que ce mécanisme pourrait être fortement apprécié par la population. Si la tendance observée jusque là se maintient, cette stratégie d'accès aux soins contribuera d'une manière générale à l'atteinte des objectifs du programme de développement socio- sanitaire (PRODESS) et du millénaire pour le développement avec comme objectif à long terme une couverture universelle en passant par une réorganisation des programmes, des systèmes de santé et par la mise en place d'une gestion rigoureuse.

2. Recommandations

Au terme de notre étude nous formulons les recommandations suivantes :

Aux autorités politiques et administratives

- Préciser que les débats actuels autour de la couverture des risques ne doivent pas constituer un frein à la mise en œuvre des politiques de gratuité.

Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programmes de santé

- Doter ces programmes des moyens logistiques, matériels, humains et financiers permettant de réaliser les activités programmées et de mener à bien leur mission.
- Elargir la gratuité des soins à d'autres maladies

A la communauté internationale et aux bailleurs de fond

- Apporter un appui financier à la mise en œuvre de cette politique de gratuité et à la compensation des pertes de ressources liées à la suppression des recouvrements des coûts

Aux différents programmes concernés :

- Avoir des objectifs ambitieux reposant sur un cadre financier réaliste.
- Atteindre au maximum les objectifs fixés par le programme et les autorités sanitaires.
- Organiser des sessions (campagnes) de rattrapage dans les cas où l'objectif attendu n'est pas atteint
- Faire un plaidoyer auprès des partenaires financiers pour les inciter à financer
- Informer la population sur les différentes prestations prises en charge de façon gratuite

A la population

- Profiter de ces mécanismes d'exemption de soins pour lever l'obstacle à la faible utilisation des services de santé et atteindre les objectifs visés.

VII-REFERENCES

Bibliographies

- [1] Petit Larousse, édition 2007
- [2] **Becker G:** "child endowment and the quantity and quality of children, journal of political economy" n°84(1976)
- [3] **Auray J.P., Duru G:** " « les fondements théoriques de l'évaluation en économie de santé », édition Lacassagne, Paris (1991)
- [4] [http : //www.who.int](http://www.who.int), [http : //www.who>Int/social_determinants](http://www.who.int/social_determinants)
- [5] **Diarra S. :** "le fardeau de la maladie sur les enfants de 0 à 15 ans cas des districts et centres de santé communautaires du Mali", mémoire de pédiatrie (2007), 54p
- [6] **Juillet. A** « pauvreté et accès aux soins à Bamako » ; séminaire international "santé de la reproduction en Afrique de l'ouest" IRD, Bamako nov. 1999
- [7] **CPS- Santé** (cellule de planification et de la statistique) « 2^{ème} comptes nationaux de la santé » comité technique du PRODESS mars 2006
- [8] Séminaire sous régional d'orientation en politique de santé, Bamako, janvier 2000, 23-38p
- [9] **B. Hours, 2001**, Système et politique de santé ; **S Brunel**, l'Afrique , Bréal 2004, **R. Pourtier**(ed), **M.E. Gruenais**(coll.),2000, la santé en Afrique, ancien et nouveaux défis « la santé dans le monde Tropical cour 1 »
- [10] **Konaté S. :**"réflexion sur la santé au Mali" (1997),p31 ;146 p
- [11] **Dominique Evrard :** « mutuelles de santé en Afrique », *mouvement émergent ou phénomène de mode*, Dakar sept 2002, 312p
- [12] **Bioget** « différent mécanisme de financement », 2p
- [13] **R. Paul Shaw, Charles C. Griffin:** "le financement des soins de santé en Afrique subsaharienne par la tarification des services et l'assurance" 1995; 2, 48,49; 111p
- [14] **M. Audibert, J.Mathonnat, E.De Roodenbeke ;** *quels système de santé ?*"Financement de la santé dans les pays à faible revenu" ; *question récurrente, nouveaux défis* (med trop 2004 ; 64 : 552-560) ; 9p
- [15] **Gille Dussault, Pierre Fournier, Alain Letourmy** "L'assurance maladie en Afrique francophone" *améliorer l'accès aux soins et lutte contre la pauvreté*, 2006 ; 596p
- [16] **Sachs.J (2001)** "investir dans la santé", Genève : commission macroéconomique et santé, world headline organisation.
- [17] **Chen M., D. Snodgrass 2001.** Managing resources, activity, and risk in urban India: *the impact of SEWA Bank*. Accessing the impact of micro enterprise service. Project Washington, Dc: Managing System International

- [18] **Cling, J.P., D.Cogneau, J. Loup, J.P.Naudet, M. Razafindrakota, et F.Roubaud** 2005. "Le développement une question de chance" doc de travail n°8, Paris : agence française de développement
- [19] **R.Pourtier(ed), M.E.Gruenais (coll.)** 2000. "La santé en Afrique et nouveaux défis", Afrique contemporaine, numéro spécial 1951, juillet- sept, la documentation française, 282p
- [20] **G. Salem**, la santé dans la ville géographie d'un petit espace dense : pikine (senegal), homme et sociétés, karthala, 1998 ; 360p
- [21] **J.J Zambrowski** (consultant en stratégie économie de santé) "Les différents systèmes de santé en Europe" 6p
- [22] **Gotz Huber, Jürgen Homann, Kirsten Reinhard** "Mutuelles de santé- 5 années d'expérience en Afrique de l'ouest" publié par GTZ, 2003, 80p
- [23] **Bationo F. (2001)**. Approche culturelle de la mutualité au Burkina faso. In: ANMC documentation. An international partnership: from dream to reality? International colloquium, June 21-21, Brussels
- [24] Programme décennal de Développement Socio Sanitaire du Mali (PDSS) p156
- [25] **M. Audibert, E. De Roodenbeke** : "utilisation des services de santé de premier niveau au Mali" : analyse de la situation et perspectives, avril 2005 ; 2 ; 115p
- [26] Réseau "Santé" de l'alliance pour un monde responsable, pluriel et solidaire « la santé et ses enjeux au 21^{ème} siècle »
- [27] **Galland B.** : "quelques questions relatives au développement des mutuelles de santé en Afrique". In: documentation atelier CIDEF; May 1998
- [28] **Criel B.** "Local health insurance systems in developing countries ": a policy research paper. Antwerpen: institut voor tropische geneeskunde (ITG); 2000
- [29] Micro assurance santé, guide d'introduction aux mutuelles de santé en Afrique; BIT-STEP Afrique 2000; 25-30; 74p
- [30] **Mr Assane Diop** (directeur exécutif BIT) "quelles méthodes, quels instruments pour la protection sociale en santé ?", *couverture du risque maladie dans les pays en développement, qui doit payer ?* Paris, mai 2008 ; 5 ; 9p
- [31] **Valérie Van Belle, Dominique Evrard**, Alliance nationale des mutualistes chrétiennes, service coopération internationale (mail : international.cooperation@mc.bc)
- [32] **Mr Hervé Lafarge**, maître de conférence à l'université de Paris Dauphine enseignant associé au CESAG « syllabus du module 13, comportement du producteur de soins » année académique 2004-2005, 2^{ème} trimestre ; p 35-36

- [33] **Mukesh Chawla, Peter Bernan** " La mobilisation des ressources" : guide méthodologique, août 1996 ; 17 ; 63p
- [34] World developemnt reports 2004, making services work for poor people, Washington, world bank/oxford university press, 2003. World developemnt report 2006 equity and developemnt, Washington, world bank/oxford university press, 2005
- [35] World health organization, designing health financing systems to reduce catastrophic health expenditure, technical brief for policy makers, n°2, 2005
- [36] Rapport de la commission internationale du conseil national du sida "rapport sur la gratuité de la prise en charge pour les PVVIH dans les pays en développement" ; 11-12 ; 73p
- [37] **Touré O. A** : " analyse économique du manque à gagner dans la remise sur les tarifs des examens dans le service d'imagerie médicale et de radiologie de l'HPG pendant 24 mois" Thèse de médecine 2008
- [38] **Cissé B.** : " L'impact de la tarification sur la demande de soins dans les PEV" : raisons des résultats contradictoires, revue française d'économie ; 18, 4, 111-140
- [39] **Ridde, V** ; communication réalisée au 26^{ème} journée des économistes français de santé " santé et développement" ; Clermont Ferrand, CERDI, 9-10 janvier 2003
- [40] **Cresse A, Kutzin J.**; Lessons from cost recovery in health. In: colclough. Ed. Marketing education and health in developing countries, miracle or mirage? Oxford: Clarendon press 1997: 37-62
- [41] **Shaw R P, Ainsworth M**, eds. Financing health service through user fees and insurance, case studies from sub-Saharan Africa. World Bank? 1995
- [42] **Russell S, Gilson L.** Use fee policies to promote health access for the poor: a wolf in sheep's clothing? Int J health service 1997; 27(2): 359-79
- [43] **Bennet S, Cresse A, Monach R**, Health insurance schemes for people outside formal sector employment, Geneva: WHO,1998; 120p

ANNEXES

Fiche d'enquête

Structures de (coordination) Programmes	Types de Prestation		Nombre de Beneficiere		TOTAL
	Préventif	Curatif	Préventif	Curatif	
Nutrition					
Césarienne					
FILARIOSE					
PNEVG					
PNLP					
PNLL					
SBD					
Immunisation					
Schistosomiase					
Programme VIH/SIDA					
PNLTHA					
Onchocercose					
PNLT					
PNLC					

Cabinet

Arrêté n° 94 - 8388 / Msspa - Cab
Portant création d'un Programme national de lutte contre la cécité

Le Ministre de la santé, de la solidarité et des personnes âgées,

Vu la Constitution ;

Vu le protocole d'accord entre le Ministère de la santé publique et des affaires sociales d'une part et l'Organisation française pour la prévention de la cécité (Ofpc) d'autre part relatif à la mise en place d'une « médecine ophtalmologique de masse » au Mali dite « Opération yeelen », signé en date du 18 décembre 1978 à Bamako,

Vu la Convention de collaboration entre l'Organisation française pour la prévention de la cécité (Ofpc) et l'Organisation de coordination et de coopération pour la lutte contre les grandes endémies (Occge).

Vu la Convention de financement entre la Communauté économique européenne et les pays membres de l'Organisation de coopération et de Coordination pour la lutte contre les grandes endémies (Occge) du 26 avril 1993 et les annexes relatives aux dispositions techniques et administratives d'exécution,

Vu le décret n° 94-067 / P-RM du 06 février 1994 portant nomination des membres du gouvernement,

Arrête :

Article 1er : Il est créé auprès du Ministre de la santé, de la solidarité et des personnes âgées un Programme national de lutte contre la cécité, en abrégé Pnlc.

Article 2 : Le Programme a pour missions de mener des actions visant à :

- réduire le taux de prévalence des cécités curables et le taux d'incidence des cécités évitables ;
- accroître le taux de couverture nationale en personnel ophtalmologique spécialisé oculaires et en infrastructures de soins oculaires
- intégrer les soins oculaires au système national de soins primaires.

Article 3 : Le programme est placé sous la responsabilité d'un médecin ophtalmologiste, coordonnateur national.

Article 4: le Responsable du programme est chargé:

- de l'élaboration d'un programme national de lutte contre la cécité,
- de l'élaboration des programmes d'activités annuelles du PNLc,
- du suivi des programmes d'activités (enquêtes et évaluations)
- du contrôle des activités du personnel du programme et de la supervision technique,
- de l'analyse périodique des résultats obtenus,
- de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition.

Article 5 : Le Programme national de lutte contre la cécité est rattaché à la Direction nationale de la santé publique. Au niveau régional le programme est placé sous la responsabilité du Chef de service d'ophtalmologie, médecin ophtalmologiste ou infirmier spécialisé.

Article 6 : Au niveau local le programme est placé sous la responsabilité du Chef des Services socio-sanitaires de Cercle ou d'arrondissement. .

Article 7 : Le Responsable national du Programme national de lutte contre la cécité est assisté d'un Comité technique restreint de cinq (5) membres désignés par le Directeur national de la santé.

Article 8 : Le Comité technique est assisté d'un Comité national de lutte contre la cécité élargi à tous les partenaires du Programme.

Article 9 : Le Directeur national de la santé est chargé de l'application du présent arrêté qui sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera.

Ampliations :

- Original.....
- PRM.AN .cS.SGG
- CC.CESC.....6-
- PRIM.TS Minist..16 -
- Ttes Dir.Nat/MSSPA 3
- Archives..... 11
- JORM.....

Koulouba, le 2 août 1994
Le Ministre de la santé, de la solidarité
et des personnes âgées,

Modibo SIDIBE

Décision n° 95 - 328 / Msspa - Sg
Portant création d'un Programme national de lutte contre la tuberculose

Le Ministre de la santé, de la solidarité et des personnes âgées,

Vu la Constitution ;
Vu le décret n° 94 - 067 / P-RM du 06 février 1994 portant nomination des membres du gouvernement modifié par le décret n° 95 - 097 / PRM du 27 février 1995;
Vu les nécessités de service

Décide :

Article 1er: Il est créé auprès du Ministère de la santé, de la solidarité et des personnes âgées un Programme national de lutte contre la tuberculose, en abrégé PnlT.

Article 2 : Le programme a pour mission de mener des actions visant à :

- réduire le taux de prévalence de la tuberculose et le taux d'incidence des tuberculoses évitables.
- accroître le taux de couverture nationale en personnel ayant une formation adéquate pour la prise en charge des malades en médicaments antituberculeux et en établissements sanitaires offrant ce type de service.
- renforcer les soins antituberculeux dans le système national des soins primaires.

Article 3 : Le programme est Coordonnateur national placé sous la responsabilité d'un médecin.

Article 4 : Le responsable du Programme est chargé :

- de l'élaboration d'un programme d'activités annuelles du PnlT ;
- du suivi des programmes d'activités (enquêtes, évaluations),
- du contrôle des activités du personnel du programme et de la supervision technique.
- de l'analyse périodique des résultats obtenus,
- de la gestion des ressources matérielles et financières mise à sa disposition

Article 5 : Le Programme national de lutte contre la tuberculose est sous l'autorité du Directeur national de la santé publique. A l'échelon régional l'appui du programme est placé sous la responsabilité du Directeur régional de la santé.

Article 6 : A l'échelon opérationnel, le programme est placé sous la responsabilité des Chefs des services socio-sanitaires de Cercle.

Article 7 : Le Coordonnateur national du Programme de lutte contre la tuberculose est assisté d'un Comité technique restreint de cinq (5) membres désignés par le Directeur national de la santé publique.

Article 8 : Le Comité technique est assisté du comité national de lutte contre la tuberculose élargi à tous les partenaires du programme.

Article 9 : Le Directeur national de la santé qui sera publique est chargé de l'application de la présente décision partout où besoin sera enregistrée, publiée et communiquée partout où besoin sera.

Koulouba, le 27 octobre 1995

Ampliations : P / Le Ministre / Po

- Original 1 Le Secrétaire général
- Prim- AN-CS.SGG.CC.CESC.....6
- Ttes Dir. Nat/MSPA .3
- Archives ...1
- JORM ..1 Dr Zakaria MAIGA

Décision 95-328 Programme tuberculose

Lettre circulaire n° 1003 / Ms-Sg

A tous

- Directeurs d'établissement public hospitalier (EPH) Directeurs régionaux de la santé
- Médecins chefs de centre de santé de référence

Objet : Organisation provisoire de la prise en charge gratuite de la césarienne

Le Conseil des Ministres du mercredi 23 juin 2005 a décidé l'institution de la prise en charge gratuite de la césarienne dans les établissements publics hospitaliers et les centres de santé de référence. Très prochainement, interviendront un décret pris en Conseil des Ministres et un arrêté du ministre de la santé pour fixer les modalités d'application de la décision du Gouvernement.

Mais il me revient que l'attente était tellement forte de ladite mesure que déjà des parturientes en réclament le bénéfice.

Je vous invite en conséquence à faire preuve de compréhension à leur égard et à prendre les dispositions qui permettront à vos structures de faire face à la situation.

La gratuité envisagée consiste en la prise en charge par l'Etat des frais suivants que le système actuel laisse à la charge de la parturiente, à savoir :

- le paiement de l'acte chirurgical et des examens préparatoires ;
- l'achat de kit pour l'intervention chirurgicale et le post opératoire (produits et consommables nécessaires à une césarienne) ;
- le paiement de l'hospitalisation.

En ce qui concerne le paiement des examens préparatoires et de l'acte chirurgical, le coût d'achat du kit et de l'hospitalisation dans les centres de santé de référence, vous devrez mettre en place un mécanisme inspiré du système institué dans les établissements publics hospitaliers pour la prise en charge des urgences au nombre desquelles figurent les femmes enceintes.

Je vous rappelle qu'aux termes de l'article 10 de la loi hospitalière, « tout malade, femme enceinte doit bénéficier d'une prise en charge thérapeutique immédiate et appropriée, sans que puisse être exigé de lui un financement préalable ». Et l'article 11 de ladite loi précise que « l'Etat est tenu de rembourser à tout établissement hospitalier public les soins exigés par la prise en charge d'un cas d'urgence, dont il n'a pu recouvrer le tarif en totalité ou en partie, à la condition qu'il ait pris toutes les mesures nécessaires pour exiger ce recouvrement. Les modalités de cette prise en charge par l'Etat sont précisées par décret pris en Conseil des Ministres ».

Pour la prise en charge gratuite de la césarienne au niveau des établissements publics hospitaliers et des centres de santé de référence, il sera institué un système de remboursement trimestriel sur présentation d'un état de paiement établi par le médecin-chef du centre de santé visé par le Président du Conseil de cercle auquel seront annexés à titre de pièces justificatives :

- un extrait du registre opératoire et du registre d'hospitalisation certifiés conformes à l'original par le maire compétent ;
- les fiches d'évacuation et les fiches d'admission et de sortie ;
- la facture établie par la pharmacie du centre de santé.

En ce qui concerne les frais d'hospitalisation, la différence de régimes instituée par la loi hospitalière entre les salariés et les non salariés sera maintenue : pour les fonctionnaires, l'Etat prendra en charge les 100 % et pour les agents des entreprises du secteur de l'Etat ou du secteur privé, les 20 % qu'elles supportent actuellement.

Je vous invite, d'ores et déjà, et pour ceux qui n'en disposent pas encore, à doter vos structures des outils ci-dessus indiqués pour permettre le remboursement des nouvelles charges auxquelles elles seront exposées avec l'application de la mesure décidée par le gouvernement.

Les procédures d'approvisionnement en kits vont suivre le circuit habituel des médicaments essentiels. Chaque centre de santé de référence recevra cependant un stock initial de kits d'urgence qui sera mis à niveau, en fonction des besoins. Des dispositions sont en train d'être prises à cet effet. La gestion des médicaments et des autres produits et consommables sera suivie sur la base des supports habituels du mouvement de stocks.

A titre indicatif, et en attendant que les tarifs en soient fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et des finances après avis des organes délibérants des centres de santé et des établissements publics hospitaliers, les frais engagés par vos structures seront remboursés sur les bases suivantes :

- acte chirurgical et examens préparatoires et hospitalisation: 30.000 F CF A

- kit pour l'intervention chirurgicale et le post opératoire (produits et consommables nécessaires à une césarienne) : 30.000 F CFA.
J'en appelle à l'engagement et l'implication personnelle de chacun de vous pour l'exécution correcte de la présente circulaire à laquelle j'attache du prix.

Bamako, le 27 juin 2005
Le Ministre de la santé,

Mme MAIGA Zeïnab Mint YOUBA

Ministère de la santé
de la solidarité et des
personnes âgées

République du Mali
Un Peuple - Un but - Une Foi

Secrétariat général

Décision n° 96 - 0434 / Msspa - Sg
Portant création d'un Programme national de lutte contre les schistosomiasés

Le Ministre de la santé, de la solidarité et des personnes âgées,

Vu la Constitution ;
Vu le décret n° 90-262 / P-RM du 05 juin 1990 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la Direction nationale de la santé publique ;
Vu le décret n° 94-333/P-RM du 25 octobre 1994 portant nomination des membres du Gouvernement, modifié par le décret n° 95-097 / P-RM du 27 février 1995 ;
Vu les nécessités de service ;

Décide :

Article 1er : Il est créé auprès du Ministre de la santé, de la solidarité et des personnes âgées, un Programme national de lutte contre les Schistosomiasés, en abrégé Pnlsh.

Article 2 : Le Programme a pour mission de conduire des actions pour :

- réduire le taux de prévalence des schistosomiasés au Mali ;
- accroître le taux de couverture nationale en personnel ayant une fonction adéquate pour la prise en charge des malades;
- intégrer la lutte contre les schistosomiasés dans le système national des soins de santé primaires;
- renforcer le paquet minimum d'activités (Pma) par des actions de lutte à base communautaire.

Article 3 : Le programme est placé sous la responsabilité d'un médecin, coordonnateur national.

Article 4 : Le responsable du programme est chargé:

- de l'élaboration d'un programme d'activité annuelle du Pnlsh ;
- du suivi des programmes d'activités (enquêtes, évaluations).

Article 5 : Le Programme national de lutte contre la schistosomiasé est sous l'autorité du Directeur national de la santé publique. A l'échelon régional le développement du programme est placé sous la responsabilité du Directeur régional de la santé.

Article 6 : A l'échelon opérationnel, le programme est placé sous la responsabilité des chefs des services socio-sanitaires de cercle.

Article 7 : Le coordonnateur national du programme de lutte contre la schistosomiasé est assisté d'un comité technique restreint de cinq (5) membres désignés par le Directeur national de la santé publique.

Article 8 : Le Comité technique est assisté du comité national de lutte contre la schistosomiasé élargi à tous les partenaires du programme.

Article 9 : Le Directeur national de la santé publique est chargé de l'application de la présente décision qui sera enregistrée, communiquée partout où besoin sera.

Bamako, le 22 juillet 1996
Le Ministre de la santé, de la solidarité
et des personnes âgées,

Ampliations

- Original
- Prim - An - Cs - Sgg - Cc - Cesc
- Ttes Dtions Nles / Msspa
- Archives
- JORM

Modibo SIDIBE

Décision 96-0434 Programme schistosomiasés

Primature

Secrétariat général
du gouvernement

République du Mali
Un peuple - Un but - Une foi

Décret n° 05 – 147 / P-RM du 31 mars 2005 Fixant les conditions et modalités d'octroi de l'assistance particulière de l'Etat aux malades du Sida et personnes vivant avec le VIH et de la garantie de confidentialité

Le Président de la République,

Vu la Constitution ;

Vu la loi n° 02-044 du 24 juin 2002 relative à la santé de la reproduction ;

Vu la loi n° 02-049 du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé ;

Vu la loi n° 02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière ; Vu la loi n° 98-036 du 20 juillet 1998 régissant la lutte contre les épidémies et les vaccinations obligatoires contre certaines maladies ;

Vu le décret n° 95-448 / P-RM du 27 décembre 1995 autorisant la substitution des médicaments essentiels aux spécialités pharmaceutiques ;

Vu le décret n° 02-311 / P-RM du 04 juin 2002 fixant les régimes de la rémunération des actes médicaux et de l'hospitalisation dans les établissements publics de santé ;

Vu le décret n° 04- 140 / P-RM du 29 avril 2004 portant nomination du Premier Ministre ;

Vu le décret n° 04-141/ P-RM du 02 mai 2004 portant nomination des membres du gouvernement;

Statuant en Conseil des Ministres,

Décète :

Chapitre 1 : Des dispositions générales

Article 1er : Toute personne malade du Sida ou vivant avec le VIH, bénéficie d'une assistance particulière de l'Etat et de la garantie de confidentialité de son état dans les conditions et les modalités fixées par le présent décret.

Chapitre 2 : Des conditions et modalités d'octroi de l'assistance

Article 2 : Pour bénéficier de l'assistance particulière de l'Etat, la personne malade du Sida ou vivant avec le VIH doit avoir déclaré son état ou avoir été dépistée séropositive dans un établissement de santé public ou privé agréé.

Article 3 : La déclaration ou le test de dépistage positif fait obligatoirement l'objet d'un test de confirmation dans un établissement de soins habilité à cet effet.

Article 4 : En cas de confirmation, le responsable de l'établissement délivre à la personne malade du Sida ou vivant avec le VIH une fiche de santé individuelle lui permettant de bénéficier de l'assistance de l'Etat.

Chapitre 3 : De la nature de l'assistance

Article 5 : L'assistance particulière de l'Etat comprend :

- l'accès gratuit aux antirétroviraux et aux préservatifs masculins et féminins ;
- la prise en charge du coût des analyses, de dépistage et de suivi biologique ;
- la prise en charge du coût des consultations, des analyses et de traitement des maladies opportunistes ;
- la prise en charge de l'alimentation du bébé né d'une mère séropositive par les substituts du lait maternel ;
- l'information et le conseil sur la sexualité responsable des personnes vivant avec le VIH

Chapitre 4 : De la garantie de confidentialité

Article 6 : Les personnes malades du Sida ou vivant avec le VIH ont droit au respect de la confidentialité de leur statut.

Toutes les personnes qui travaillent dans un centre de conseil - dépistage, de diagnostic ou de soins ou ont accès au dossier d'une personne malade du Sida ou vivant avec le VIH doivent veiller à préserver la confidentialité du statut du malade du Sida ou de la personne vivant avec le VIH dont elles ont connaissance.

Chapitre 5 : Des dispositions finales

Article 7 : Un arrêté du Ministre chargé de la santé fixe les modalités d'application du présent décret.

Article 8 : Le Ministre de la santé et le Ministre de l'économie et des finances sont chargés chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret qui sera enregistré et publié au Journal officiel.

Le Premier ministre,
Ousmane Issoufi MAIGA

Le Ministre de l'économie
et des finances,
Abou-Bakar TRAORE

Bamako, le 31 mars 2005
Le Président de la République,
Amadou Toumani TOURE

Le Ministre de la santé,
me MAIGA Zeïnab Mint YOUNA

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
SECRETARIAT GÉNÉRAL**

REPUBLIQUE DU MALI
UN PEUPLE - UN BUT - UNE LOI



14 JUL 2004

Le Ministre de la Santé

N° 1118 / MS / S-G

A

Messieurs les Directeurs de :
Hôpital du Point « G »
Hôpital Gabriel Touré
CESAC
Hôpital Fousséyni Daou de Kayes
Hôpital Nianankoro Fomba de Ségou

Objet : Gratuité des soins et des Antirétroviraux
 au profit des malades du SIDA

Le Président de la République dans sa lettre de cadrage ainsi que le Premier Ministre dans sa Déclaration de Politique Générale du Gouvernement ont instruit de rendre gratuit les soins et les antirétroviraux à tous les malades du SIDA.

Par conséquent, je vous invite à rendre effective cette mesure à compter de la date de signature de la présente correspondance au niveau de vos sites respectifs.

J'attache du prix à l'exécution correcte et diligente de la présente instruction.

P/le Ministre P.O.
 Le Secrétaire Général

M. Mamadou Adama
 Dr. Mamadou Adama



Amplifications
 CM BALLO/PNLS/DPM/DAF pour suivi
 PPM pour info.

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata ce douze septembre mil neuf cent soixante dix huit, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

I

La conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.

II

Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

III

Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition sine qua non d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

IV

Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

V

Les gouvernements ont, vis-à-vis de la santé des populations, une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière, au cours des prochaines décennies, doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.

VI

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'auto-responsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus interrompu de protection sanitaire.

VII

Les soins de santé primaires :

1. Reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique.
2. Visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet.
3. Comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels.
4. Font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire ; l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs.
5. Exigent et favorisent au maximum l'auto-responsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation

appropriée, l'aptitude des collectivités à participer.

6. Doivent être soutenus par des systèmes d'orientation / recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles et accordant la priorité aux plus démunis.

7. Font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours, aux personnels de santé - médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels - tous préparés socialement et techniquement à travailler et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

VIII

Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action des autres secteurs. A cette fin, il est nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et à d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles.

IX

Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE / OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

X

L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires demande instamment que soit lancée d'urgence, aux plans national et international, une action efficace pour développer et mettre en œuvre les soins de santé primaires dans le monde entier et, en particulier, dans les pays en développement, conformément à l'esprit de la coopération technique et d'un nouvel ordre économique international. Elle appelle les gouvernements, l'OMS et le FISE et les autres organisations internationales ainsi que les organismes multilatéraux et bilatéraux, les organisations non gouvernementales l'engagement de promouvoir les soins de santé primaires et à lui fournir un soutien technique et financier accru, en particulier dans les pays en développement. La Conférence les exhorte tous à collaborer pour instaurer, développer et maintenir les soins de santé primaires conformément à l'esprit et à la lettre de la présente déclaration.

Déclaration d'Alma Ata, 6-12 septembre 1978, Genève

Texte original intégral de la déclaration d'Alma Ata, septembre 1978, Oms, Genève

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : **Samaké**

Prénom : **Amadou Monzon**

Titre de la thèse : **Financement de la santé au Mali : cas des gratuités dans le cadre de quatorze programme de santé**

Année universitaire : **2008-2009**

Ville de soutenance : **Bamako**

Pays d'origine : **Mali**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque de la FMPOS**

Secteur d'intérêt : **Santé publique**

RESUME

Nous avons procédé à une étude rétrospective transversale s'étendant sur une année (du 01 janvier au 31 décembre 2007) avec comme objectifs :

- Identifier les types de prestation gratuite en rapport avec 14 programmes
- Déterminer le nombre et le pourcentage de personne ayant bénéficié de la gratuité par programme et par type de soins.
- Mesurer l'impact de la gratuité des soins sur l'utilisation des services de santé avec 14 programmes de la direction nationale de la santé (DNS).

Ce travail nous a permis d'identifier :

Les types de gratuité

- ❖ La gratuité qui s'applique à toute la population : le dépistage et le traitement de la tuberculose, la lutte contre : la lèpre, la trypanosomiase humaine africaine, la cécité la dracunculose, la filariose lymphatique, schistosomiase et géo helminthiase, le nona, l'onchocercose, l'immunisation contre les maladies cibles du programme élargi de vaccination (PEV) et la malnutrition chez l'enfant.
- ❖ La gratuité qui s'applique à une population particulière : la césarienne chez la femme enceinte, le traitement antipalustre chez les enfants de 0-5ans et chez la femme enceinte, le traitement antiretroviral chez les personnes vivant avec le VIH/SIDA.

Le nombre de personne pris en charge gratuitement par programme :

- ❖ Programme de lutte contre la tuberculose : 5377 personnes ont été prises en charge
- ❖ Programme de lutte contre le sida (traitement ARV) : 14844 patients sur 15000 patients attendus soit 98,96%
- ❖ Programme de lutte contre le schistosomiase et géo helminthiase : 895343 personnes sur 1286416 personnes recensées ont été traitées soit 69,59%

- ❖ Programme de lutte contre la filariose lymphatique : 427977 personnes ont été traitées
- ❖ Programme de lutte contre la dracunculose : 313 cas ont été pris en charge et 105500 filtres distribués
- ❖ Section immunisation : la couverture vaccinale atteinte varie entre 56,78% à 108,04% pour l'ensemble de la population
- ❖ Programme de lutte contre la cécité : 8309 personnes ont reçu le traitement (3105 trichiasis et 5204 cataractes), 1767877 comprimés d'azitromycine ont été distribués.
- ❖ Programme de lutte contre le noma : 45 cas de noma ont été traités et 12496 élèves ont reçu des séances d'IEC
- ❖ Programme de lutte contre la lèpre : 455 cas ont été dépistés et pris en charge.
- ❖ Division nutrition : 7252 ont été pris en charge et 516 tonnes de vivres distribués.
- ❖ Programme de gratuité de la césarienne : 12752 cas pris en charge.
- ❖ Programme de lutte contre l'onchocercose : 1701300 personnes ont été traitées et 4946046 comprimés de Mectizan utilisé
- ❖ Programme de lutte contre le paludisme : 1162048 CTA et 2820393 MII distribués.
- ❖ Programme de lutte contre la trypanosomiase humaine africaine : 87 cas suspectés sérologiques ont été pris en charge

Le taux de fréquentation (utilisation) de ces services gratuits est de 70% pour 100 habitants.

Mots clés : gratuité, soins curatif et préventif, utilisation des services, programme, financement

Serment d'Hippocrate

En présence des **Maîtres** de cette école, de mes chers **condisciples** et devant l'effigie d'Hippocrate, **je promets** et je jure, au nom de **l'Être suprême**, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la **probité** dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses .

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

JE LE JURE !