

MINISTRE DE L'EDUCATION NATIONALE

**Direction Nationale
de l'Enseignement Supérieur**

**ECOLE NATIONALE
MEDECINE ET DE PHARMACIE
du Mali**

**Republique du Mali
Un Peuple - Un But - Une Foi**

Année UNIVERSITAIRE 1988 1989

N° 56

**Contribution à l'Etude de l'Exercice
Privé de la Médecine au Mali**

THESE

**Présentée et Soutenue le 5 Nov 1990 devant
l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie**

par COULIBALY Salif

**pour obtenir le grade de Docteur en MEDECINE
DIPLOME D'ETAT**

Examineurs

Président : Pr Bocar SALL

Docteur Bouréma DIALLO

Membres : Mr Mohamed El Haki KÉITA

Professeur Mamadou Lamine TRAORÉ (Directeur de Thèse)

ECOLE NATIONALE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DU MALI

ANNEE UNIVERSITAIRE 1990-1991

Professeur Sambou SOUMARE	Directeur Général
Professeur Moussa TRAORE	Directeur Général Adjoint
Docteur Hubert BALIQUE	Conseiller Technique
Bakary M. CISSE	Secrétaire Général
Hama B. TRAORE	Econome

D.E.R. DE CHIRURGIE ET SPECIALITES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS AGREGES

1. Professeur Mamadou Lamino TRAORE	Chef de D.E.R. Chirurgie
2. Professeur Aliou BA	Ophthalmologie
3. Professeur Bocar SALL	Ortho.Trauma.Sécourisme
4. Professeur Mamadou DEFELE	Chirurgie Générale
5. Professeur Abdel Karim KOULARE	Chirurgie Générale
6. Professeur Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
7. Professeur Abdou Alassane TOURE	Orthopédie-Traumatologie
8. Professeur Alain DELAYE	Chirurgie Générale

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

1. Docteur Bénitiéni FOFANA	Gynécologie-Obstétrique
2. Docteur Madame SY Aïssata SOW	Gynécologie-Obstétrique
3. Docteur Amadou Ingré DOLO	Gynécologie-Obstétrique
4. Docteur Kalilou OUATEARA	Urologie
5. Docteur Mamadou Lamino DIOMBANA	Odonto-Stomatologie
6. Docteur Djibril SANGARE	Chirurgie Générale-Soins Infirmiers
7. Docteur Salif DIAKITE	Gynécologie-Obstétrique
8. Docteur Massaoulé SALAKE	Gynécologie-Obstétrique
9. Docteur Abdoulaye DIALLO	Ophthalmologie
10. Docteur Alhousseïni AG MOMAMED	O.R.L.
11. Docteur Mme Fanta Sambou DIABATE	Gynécologie-Obstétrique
12. Docteur Abdoulaye DIALLO	Anesthésie Réanimation
13. Docteur Sidi Yaya TOURE	Anesthésie Réanimation

D.E.R. DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Bréhima KOUHARE	Chef de D.E.R. Microbiologie
Professeur Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Histo-Embryo.
Professeur Abdol Karim KOUHARE	Anatomie
Professeur Gaoussou KANOUTE	Chimie Analytique

2. DOCTEURS D'ETAT

Professeur Yéya Wiémoko TOURE	Biologie
Professeur Amadou DIALLO	Biologie-Génétique

3. DOCTEURS 3è CYCLE

Professeur Houssa HARAMA	Chimie Organique- Minerale
Professeur Massa SANOGO	Chimie Analytique
Professeur Hmo SUCAM Aissata SOW	Biophysique
Professeur Bakary M. CISSE	Biochimie
Professeur Hamadou KONE	Anatomie-Physio.Humaines

4. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Ogobara DOUMBO	Parasitologie
Docteur Abderrahmane Sidèye MAIGA	Parasitologie
Docteur Anatole TOUNKARA	Immunologie

5. MAITRES-ASSISTANTES

Docteur Hama CISSE	Chimie Générale
Docteur Amadou TOURE	Histi-Embryologie
Docteur Abdrahmane TOUNKARE	Biochimie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Souleymane SANGARE	Chef de D.E.R. Pncumo-Phtisiologi
Professeur Abdoulaye AG RHALLY	Médecine Interne
Professeur Aly GUINDO	Gastro-Entérologie
Professeur Hamadou Kouréissi TOURE	Cardiologie
Professeur Mahamane MAIGA	Néphrologie
Professeur Ali Houhoum DIALLO	MEDECINE INTERNE
Professeur Baba KOUHARE	Psychiatrie
Professeur Houssa TRAORE	Neurologie
Professeur Issa TRAORE	Radiologie
Professeur Hamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Professeur Eric RICHARD	Médecine Interne
Docteur Pierre BOEIN	Dermato-Léprologie

2. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Balla COULIBALI	Pédiatrie
Docteur Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Docteur Boubacar DIALLO	Cardiologie
Docteur Somita KEITA	Dermato-Léprologie
Docteur Dapa Ali DIALLO	Héмато-Médecine Interne

D.E.R. DE SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Boubacar CISSE	Chef de D.E.R. Toxicologie
---------------------------	----------------------------

2. MAITRES-ASSISTANTS

Docteur Boukassoum HAMDARA	Léglisl. Gest. Pharm.
Docteur Elimane MARIKO	Pharmacodynamie
Docteur Arouna KEITA	Matière Médicale
Docteur Ousmane DOUMENA	Pharmacie chimique

3. DOCTEUR 3è CYCLE

Docteur Mme CISSE Aminata GAKOU	Pharmacie Galénique
---------------------------------	---------------------

D.E.R. DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS AGREGES

Professeur Sidi Yaya SYMAGA	Chef de D.E.R. Santé Publique
Docteur Hubert BALIQUE	Maître de Conférence en Santé Publique

1. ASSISTANTS CHEFS DE CLINIQUE

Docteur Sory Ibrahima KADA	Epidémiologie
Docteur Samoussi KONATE	Santé Publique
Docteur Moussa MAIGA	Santé Publique
Docteur Georges SOULA	Santé Publique
Docteur Bocar TOURE	Santé Publique
Docteur Pascal FABRE	Santé Publique

DOCTEURS 3è CYCLE

Professeur Bouba DIARRA	Microbiologie
Professeur N'Golo DIARRA	Botanique
Professeur Souleymane TRILORE	Physiologie Générale
Professeur Salikou SANGHO	Physique
Professeur Daouda DIALLO	Chimie Minérale
Professeur Bakary SAGHO	Biochimie
Professeur Messaoud	Biologie Végétale
Professeur Karango TRILORE	Cryptogamie

CHARGES DE COURS

Monsieur Modibo DIARRA	Diététique-Nutrition
Docteur Boubacar KAMTE	Pharmacie Galénique
Docteur Alou KEITA	Pharmacie Galénique
Docteur Souleymane GUINDO	Gestion
Docteur Mma FAYE Fatoumata SOKONA (Ingénieur Sanitaire)	Hygiène du Milieu
Madame DEBIEU	Mathématiques
Professeur Yoro DIAKITE	Mathématiques

ASSISTANTS ET C.E.S.

Docteur Bah KEITA	Pneumo-Phtisiologie
Docteur Hamane Massane TRAORE	Médecine Interne
Docteur Kador TRAORE	Médecine Interne
Docteur Sékou SIDIBE	Ortho-Trauma
Docteur Abdoul Kador TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale
Docteur Moussa I. MAIGA	Gastro-Entérologie
Docteur Flehou BOUGOUDOGO	Microbiologie
Docteur Houdou A. CISSE	Urologie
Mme COUMARE Manta COULIBALY	T.P. Soins Infirmiers
Docteur Daba SOGODOGO	Chirurgie Générale
Docteur Filifilang SISSOKO	Chirurgie Générale
Docteur KOUARE Habibatou DIAWARA	Dermatologie-Léprologie
Docteur Drissa DLALLO	Matière Médicale
Docteur Nouhoum ONGOIBA	Chirurgie Générale
Docteur Sahari FONGORO	Néphrologie
Docteur Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Docteur Bénéfit KOUMARE	chimie Analytique

PROFESSEURS MISSIONNAIRES

Monsieur SIEMÉ DIABATE	Bibliographie
Professeur CHELLUK	C.E.S. Dermatologie
Professeur JACQUETTE	C.E.S. OPhtalmologie
Professeur Philippe VERIN	C.E.S. OPhtalmologie
Professeur B.A. ZAPO	Biochimie
Professeur Théophile SODOGANDJI	Pharmacodynamie
Professeur Léopold TCHAGPE	Pharmacie Chimique
Professeur Ababacar FAYE	Pharmacodynamie
Professeur Ibrahima BADIAN	Pharmacologie
Professeur Ibrahima KOUIMARE	Pharmacologie

PERSONNES RESSOURCES

Docteur Madame TOURE	H.G.T.
Docteur Talliou IM	H.G.T.
Docteur Amadou HARIKO	H.G.T.
Docteur KIEM	H.G.T.
Docteur Antoine NIANTAO	H.G.T.
Docteur Kassia SAMOGO	H.G.T.
Docteur Yéya N. HAIGA	I.N.R.S.P.
Docteur Mme SANGRE	I.U.R.S.P.
Docteur Chienpéré KONE	I.N.R.S.P.
Docteur BA Marie Paul DIALLO	I.N.R.S.P.
Docteur RECHERCHISTE	I.O.T.A.
Docteur DIEGO	P.M.I. Sokoniko
Docteur H. TRAORE	Kati
Docteur Arkie DIALLO	P.M.I. Centrale
Docteur Mme TRAORE J. Thomas	I.O.T.A.

DEDICACES

Je dédie ce travail.

A MON PERE

Toi dont l'affection et le soutien ne m'ont jamais manqué. Ton courage, ton sens humanitaire et tes conseils seront pour moi autant d'exemples dans la vie et dans le métier où je vais faire mes premiers pas.

Je serai sincèrement fière si, un jour, mon fils pense de moi ce que je pense de toi aujourd'hui. Puisse ce travail, votre travail, constituer un motif de légitime fierté pour vous.

A MA MERE

Peu de femmes ont vécu ce que vous avez enduré pour vos enfants. De près ou de loin votre tendre affection ne nous à jamais fait défaut.

Trouves dans ce travail mon indéfectible attachement.

A MES FRERES ET SOEURS

Ce n'est que dans les difficultés que naît le courage. Ayez confiance en vous et lutez fortement avec des gestes toujours guidés par un esprit lucide.

A MON ONCLE BOUNO SAMA KOULIBALY

Pendant tout mon cycle, vous et votre famille, n'avez ménagé aucun effort pour nous encourager et nous soutenir. Les mots me manquent pour exprimer avec la sincérité qu'il faut, les sentiments de gratitude qui nous animent. Puisse ce modeste travail vous apporter quelques satisfactions.

A TOUS MES ONCLES ET TANTES

A TOUS MES COUSINS ET COUSINES

Que cette thèse soit le témoignage de mon affection et de ma gratitude.

A MON GRAND PERE

Qui a eu le bonheur de nous voir terminer nos études. Qui nous a toujours protégé et prodigué de bons soins. Qu'il soit assuré de nos sentiments les plus affectueux.

A MA GRAND-MERE

La mort t'a brutalement arraché à notre affection pendant que nous réalisons ce travail.

Puisse le tout puissant vous accorder le Paradis Eternel.

REMERCIEMENTS

MES REMERCIMENTS VONT :

- A la famille Abdoul Gatta Bah Missira.
- A la famille Balla Camara.
- A la famille Sama Camara.
- A la famille Nene Coulibaly.
- A la famille Sory Coulibaly Hamdallaye.
- A la famille Amadou diallo Cabinet d'expertise DIARRA.
- A la famille Moussa Diallo Lycée Askia
- A la famille feu Issa Kalapo Hamdallaye.
- A la famille Balla Konaté Segou.
- A la famille Check Konaté Lafiabougou.
- A la famille Daniel Konaté.
- A la famille Domossé Konaré Faladié SEMA.
- A la famille Omar N'diagne Lycée Technique.
- A la famille Bagouro Noumansana Ministère Agriculture.
- A la famille Bouqué Samaké Niono.
- A la famille du Docteur Sarr Direction Nationale du
Travail.
- A la famille Gaoussou Traoré.
- A la famille Mamadou Traore Yanfolila.
- A Monsieur Tiémoko Traoré Badala SEMA
- A Monsieur Adama Konaté Chef Division des Etudes (D N I).
- A Monsieur N'Golo Traoré M F C .
- A Monsieur Abdoulaye Douma Maiga Inspecteur des Impôts.
- A Monsieur Bamba Kadari Directeur National (D N I).
- A Monsieur Antoine Dembélé Reforme Administrative.
- A Monsieur Assane MSP AS.

A Monsieur Basseni Traore DNFSS.

A Monsieur Djibril Dicko Chef division Statistique DNFSS.

A Monsieur Seydou Traoré SNSPAS.

A Monsieur Diarra Chambre de Commerce du Mali.

A Madame Niaré INPS.

Je leurs dis merci pour le soutien et la sympathie qu'ils ont toujours nourris à mon égard.

En gardant le souvenir de nombreux services rendus, je serai heureux que vous trouviez dans ce travail le témoignage de ma profonde gratitude.

A TOUS MES AMIS ET A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS.

Qu'ils trouvent ici l'expression de notre profonde gratitude.

A TOUS MES MAITRES

Pour l'enseignement et l'initiation professionnelle qu'ils nous ont donnés. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A TOUT LE PERSONNEL DE LA CHIRURGIE "C".

En reconnaissance de la bonne collaboration dans le travail.

A TOUS MES CAMARADES DE PROMOTION

Merci, bon courage et bonne chance.

A LA FAMILLE SORY COULIBALY

Pendant tout mon séjour dans la grande famille, vous n'avez ménagé aucun effort pour nous encourager et nous soutenir. Les mots me manquent pour exprimer avec la sincérité qu'il faut, les sentiments de gratitude qui nous animent. Puisse ce modeste travail vous apporter quelques satisfactions.

A MON PETIT FRERE ET AMI BOUBACAR COULIBALY DIT GORGUI

Mon compagnon inséparable des jours de bonheur et des jours sombres. Ton amitié sincère et désintéressée, tes bons conseils ont fait de toi un ami exemplaire. Tu ne t'es jamais lassé de me soutenir financièrement et moralement. Mille fois merci.

A MADEMOISELLE FATOUMATA KONATE.

FATIM cette thèse est tienne, nous l'avons élaborée ensemble; sans ton soutien, elle n'aurait pas vu le jour.

. Bonne conseillère, tu t'es toujours inquiétée pour moi.

. Le moment tant attendu s'annonce.

. Je te demande, au moment où l'espoire naît, ton courage et ta compréhension pour la suite de notre vie à deux.

Ce travail est à toi.

"MON COEUR T'ACCOMPAGNE"

À LA FAMILLE OUMAR NDIAGNE

Pendant tout mon cycle, vous et votre famille, n'avez ménager aucun effort pour nous encourager et nous soutenir. Les mots me manquent pour exprimer avec la sincérité qu'il faut, les sentiments de gratitude qui nous animent. Puisse ce modeste travail vous apporter quelques satisfactions.

A LA FAMILLE NOUMANSANA BAGOURD

Pendant la réalisation de ce travail, vous n'avez ménagé aucun effort pour nous encourager et nous soutenir moralement et matériellement. Les mots me manquent pour exprimer avec la sincérité qu'il faut, les sentiments de gratitude qui nous animent. Puisse ce modeste travail vous apporter quelques satisfactions.

A L'ATTENTION
DE NOS
EMINENTS MAITRES QUI
ONT LA CHARGE
DE JUGER CE
TRAVAIL

A NOTRE PRESIDENT DU JURY :

PROFESSEUR BOCAR SALL :

Professeur Agrégé d'Orthopédie - Traumatologie.

Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins du Mali.

En votre qualité de président du Conseil National de l'Ordre des Médecins; on ne peut trouver mieux pour présider le jury de cette thèse.

A travers vos cours de pathologies chirurgicales, nous avons pu apprécier vos immenses qualités humaines.

Avec l'honneur que vous nous faites de présider cette thèse, nous vous prions de trouver ici, le témoignage de notre gratitude et l'assurance de notre respectueux attachement.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

DOCTEUR BOUREMA DIALLO : Spécialiste en Urologie.

Plus que membre du jury, vous avez été un conseiller dans l'élaboration de ce travail. Votre disponibilité permanente, votre soutien moral ont permis la réalisation de ce travail. Malgré vos multiples occupations, vous nous faites l'honneur de compter parmi les membres du jury. Veuillez trouver ici l'hommage de nos respectueux remerciement et notre profond dévouement.

A NOTRE MAITRE ET JUGE :

MONSIEUR MOHAMED EL HAKI KEITA : Inspecteur des Impôts.

Je regrette de n'avoir fait votre connaissance plutôt. Votre contact facile, vos qualités humaines et votre disponibilité à tout moment suscite l'admiration de tous. Pour cela, j'ai gardé de vous, l'image d'un homme exemplaire. Vous n'avez ménagé aucun effort pour me prodiguer tous les conseils nécessaires, pour une meilleure réussite de ce travail. Trouvez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

A NOTRE MAITRE

ET DIRECTEUR DE THESE :

PROFESSEUR MAMADOU LAMINE TRAORE.

Professeur de pathologie chirurgicale et de médecine légale à
l'E.N.M.P.

Chef de service de la chirurgie "C" à l'Hopital du Point G .

Nous sommes heureux de l'honneur que vous nous avez
fait en nous confiant ce travail.

Vous nous avez encadré sagement tout au long de son
élaboration.

En vous remerciant très sincèrement, permettez nous
de souligner ici vos grandes qualités, qui vous
valent admiration et déférence :

- .votre efficacité d'enseignant,
- .votre simplicité et votre amabilité toute
paternelle,
- .votre disponibilité permanente, font de vous le
juré le plus sollicité pour les thèses en cette
faculté.

Cher Maitre, veuillez trouver ici l'expression de
notre gratitude profonde, et soyez assuré de notre
attachement indéfectible.

SOMMAIRE

Introduction.....	1
Présentation.....	2
PREMIERE PARTIE:HISTORIQUE DE LA POLITIQUE SANITAIRE	
DU MALI DE L'INDEPENDANCE A NOS JOURS.....	10
CHAPITRE I : DE L'INDEPENDANCE A 1968.....	11
CHAPITRE II : DE 1968 A 1985.....	18
CHAPITRE III: DE 1985 A NOS JOURS.....	20
CHAPITRE IV : LA JUSTIFICATION DE LA PRIVATISATION.....	44
DEUXIEME PARTIE:EXERCICE PRIVE DE LA MEDECINE.....	
CHAPITRE I :DU CADRE JURIDIQUE.....	58
SECTION 1 : Les dispositions legales et réglementaires	
se rapportant à l'exercice privé de la médecine.....	58
1.1.La Loi N°85-41/AN-RM.....	58
1.2.Le Décret N°177/PG-RM.....	60
1.3.L'Arrêté 5107/MSP-AS/CAB.....	69
1.4.L'Arrêté Interministériel N°3344/MFC/MSP-AS.....	76
SECTION 2 : Les dispositions relatives à l'organisation	
professionnelle.....	79
2.1.La Loi N°86-35/AN-RM.....	79
2.2.Le Code de Déontologie Médicale.....	84
2.3.Le Règlement Intérieur.....	88
CHAPITRE II :ORGANISATION DE LA PROFESSION MEDICALE.....	89
SECTION 1:Le Ministère de la Santé Publique et des Affaires	
Sociales (MSP-AS).....	89
SECTION 2:L'Ordre National des Médecins.(ONM).....	93

2.1. Historique.....	93
2.2. Définition de l'Ordre des Médecins.....	94
2.3. Missions de l'Ordre National des Médecins.....	95
2.4. Organisation de l'Ordre National des Médecins.....	98
2.4.1. Le Conseil National de l'Ordre (CNO).....	98
2.4.2. Les Conseils Centraux.....	105
2.4.3. Les Conseils Régionaux.....	107
2.5. Comparaison entre l'Ordre des médecins en France et au Mali.....	109
2.6. Comparaison entre l'Ordre des Médecins au Sénégal et au Mali.....	112
SECTION 3: Les Syndicats Professionnels.....	114
CHAPITRE III : LES PRINCIPES DE L'EXERCICE LIBERAL.....	116
1. Le libre choix.....	116
2. La liberté de prescription.....	118
3. Le paiement direct des honoraires.....	119
4. Le secret professionnel.....	120
TROISIEME PARTIE : LA PRATIQUE MEDICALE LIBERALE	
A TITRE PRIVE.....	124
SECTION 1: Les conditions d'exercice.....	125
1.1. L'exigence du diplôme.....	125
1.2. L'inscription à l'ordre.....	125
1.3. L'obtention de l'agrément.....	128
SECTION 2: Les conditions d'exploitation d'un établissement médical.....	130
2.1. SUR LE PLAN JURIDIQUE.....	130
2.1.1. Obtention de la licence d'exploitation.....	130
2.1.2. Inscription au registre du commerce.....	132

2.1.3.Tenue des livres de commerce obligatoires.....	133
2.2.SUR LE PLAN FISCAL.....	134
2.2.1.Impôts sur les Bénéfices Industriels et commerciaux (BIC).....	134
2.2.2.Contribution des patentes.....	137
2.2.3.Impôt Général sur le Revenu (IGR).....	139
2.2.4.Impôt sur les Affaires et Services (IAS).....	141
2.2.5.Contribution Forfaitaire à la charge des employeurs (CF).....	142
2.2.6.Impôt général sur le Revenu exigible sur les salaires et traitements.....	143
2.3.SUR LE PLAN SOCIAL.....	143
2.3.1.De l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS).....	143
2.3.2.De l'Office National de la Main d'Œuvre et de l'Emploi (ONMOE).....	145
2.4.Proposition de programmation en vue de l'obtention des différentes pièces administratives.....	146
SECTION 3:PROBLEMES POSES ET LES RECOMMANDATIONS.....	153
3.1.LES PROBLEMES POSES'.....	153
3.1.1.La nécessité de la relecture des textes sur la privatisation des professions sanitaires.....	153
3.1.2.Financement de l'établissement.....	157
3.1.3.Problèmes de tarification.....	161
3.1.4.Insuffisance de médicaments.....	164
3.1.5.Existence de la médecine pirate.....	164
3.1.6.Interpénétration secteur public-secteur privé.....	165
3.1.7.Problèmes des Impôts et des Taxes Douanières	

du Médecin.....	166
3.1.8.Faiblesse de l'assurance maladie.....	168
3.2.LES RECOMMANDATIONS.....	169
3.2.1.Relecture des textes.....	169
3.2.2.L'absence de ligne de crédit pour financer les installations.....	172
3.2.3.Les impôts et les taxes douanières.....	172
3.2.4.L'insuffisance de médicaments.....	172
3.2.5.Lutte contre la médecine pirate.....	173
3.2.6.Coopération entre secteur public et secteur privé.....	173
3.2.7.Mise en place d'un système de sécurité sociale.....	174
CONCLUSION.....	176
ANNEXES.....	182
ANNEXE I	183
LOI N°85-41 AN-RM.....	184
DECRET N°177 PG/RM.....	189
ARRETE 5107/MSP-AS.....	203
ARRETE INTERMINISTERIEL N° 3344/MFC/MSP-AS.....	226
DECRET N°89-455/P-RM.....	230
ANNEXE II.....	234
LOI N°86-35/AN-RM.....	235
CODE DE DEDNTOLOGIE.....	249
REGLEMENT INTERIEUR.....	261
ANNEXE III.....	298
LOI N°86-39/AN-RM.....	299
LOI N°88-36/AN-RM.....	316
DECRET N° 93/PG-RM.....	318
MODELE DE PRESENTATION DES PROJETS.....	327

DECRET N° 61/PG-RM.....	333
ANNEXE IV.....	335
LOI N° 86-32/AN-RM.....	336
ANNEXE V.....	340
USURPATION DE TITRE OU FONCTION DU CODE PENAL.....	341

INTRODUCTION

INTRODUCTION

"La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Elle est un droit fondamental de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique et sociale"

Et le but essentiel de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S) est d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible. Pour atteindre cet objectif, elle fournit une coopération technique à ses membres en matière de lutte contre les maladies, d'hygiène du milieu, d'hygiène de la famille, de la santé mentale, de la formation du personnel sanitaire, de la formulation de politiques concernant les médicaments et la recherche biomédicale (35).

Toutes ces activités visent un seul but à savoir "La santé pour tous en l'an 2000" qui risquerait d'être un vain mot sans la participation de tous les états membres. Il devient alors urgent pour chaque état désireux d'assurer son développement économique et social de s'engager sans faille dans l'application de ces principes.

Le Mali, à l'instar des autres états membres de l'O.M.S, s'est assigné l'objectif social de la santé pour tous en l'an 2000.

En d'autres termes chaque citoyen, quel que soit le milieu où il se trouve pourra mener une vie socialement et économiquement productive, c'est à dire:

.disposer d'une eau saine en quantité suffisante,

- .avoir une alimentation équilibrée,
- .avoir accès aux soins les plus adaptés à ses besoins,
- .vivre dans un milieu sain ,
- .se prémunir contre les affections redoutables,
- .accéder à des conditions d'existence acceptables du point de vue de l'hygiène alimentaire, corporelle et de l'habitat.

S'inspirant des principes qui guident sa politique socio-économique et socio-sanitaire, le Mali a souscrit à la stratégie régionale pour l'instauration de la santé pour tous en l'an 2000.

En effet la politique sanitaire du Mali est fondée sur les principes suivants (30) :

- 1- la santé est un droit fondamental pour tout être humain et une finalité à atteindre;
- 2- les inégalités dans les situations sanitaires sont socialement inadmissibles et doivent être corrigées par une répartition équitable des ressources;
- 3- la santé est une fonction collective qui engage l'état vis-à-vis des citoyens;
- 4- l'autoresponsabilité du pays dans le domaine sanitaire doit être garantie dans le cadre d'une solidarité internationale permettant de surmonter les obstacles existants;
- 5- la santé est un élément indissociable du développement socio-économique. La stratégie du développement sanitaire, définie lors du premier Séminaire des Travailleurs de la Santé Publique et des Affaires

Sociales (1964), réaffirmée lors du deuxième Séminaire de Novembre 1978, a été adoptée par les autorités du pays en tant que seule capable à terme d'atteindre le niveau de santé le plus élevé possible pour l'immense majorité de la population. Ses éléments constitutifs sont les suivants :

- .le développement des systèmes de santé,
- .la promotion et le soutien du développement du système de santé ,
- .la production et la mobilisation des ressources,
- .la surveillance et l'évaluation afin de mesurer les progrès accomplis.

L'analyse de la santé pour tous en l'an 2000 révèle que les gouvernements doivent tout mettre en oeuvre, afin que chaque citoyen puisse jouir d'une bonne santé, tout au long de son existence ou du moins qu'il puisse avoir accès sans entrave aux soins médicaux. Pour gagner ce pari, il est impérieux de mettre en place, des services accessibles à toute la collectivité.

Les dirigeants, conscients de l'incapacité financière de l'Etat d'assurer à lui tout seul tous les soins de santé à tous les citoyens et d'embaucher tous les personnels formés dans le domaine socio-sanitaire, ont finalement engagé le pays dans la voie de la privatisation des professions socio-sanitaires. Ainsi, jusqu'en 1984 il n'existait que la médecine du secteur public. A partir de 1985, l'exercice privé de la médecine a été autorisé au Mali.

Mais à ce jour, il y a très peu de médecins installés.

Notre étude, la première du genre consacrée à la médecine privée au Mali se propose modestement de contribuer à faire connaître la médecine privée telle qu'elle se présente à la période de soutenance de notre thèse.

Les objectifs de notre étude sont les suivants :

- .faire un bref rappel historique de la politique sanitaire du Mali,
- .présenter dans un but d'information : les différents textes qui sont parus dans le domaine de l'exercice privé de la médecine, l'organisation de la profession médicale et les principes de l'exercice libéral,
- .exposer la procédure de toutes les démarches que doit suivre le candidat à l'installation pour l'exercice privé de la médecine,
- .recenser les principales difficultés liées actuellement à l'exercice privé de la médecine,
- .faire des recommandations.

Le plan de l'étude sera le suivant : après une présentation du Mali au point de vue situation géographique, données démographiques et situation sanitaire;

la première partie sera consacrée à l'évolution historique de la politique sanitaire du Mali de l'indépendance à nos jours;

la deuxième partie, à l'exercice privé de la médecine (les textes - l'organisation de la profession médicale - les principes de l'exercice libéral).

et enfin la troisième partie : la pratique médicale telle qu'elle est vécue actuellement au Mali

PRESENTATION

DU

MALI

PRESENTATION DU MALI (41)

1-Situation Géographique

Pays continental enclavé, la République du Mali s'étend sur une superficie de 1.241.038 Km². Le Mali est limité au nord par l'Algérie, à l'ouest par la République du Sénégal et la Mauritanie, au sud par la Côte d'Ivoire et la Guinée et à l'est par le Burkina Faso et le Niger.

Il est subdivisé sur le plan administratif en 7 régions et un district, 46 cercles et 6 communes au district, 282 Arrondissements et environ 10.300 villages.

Le Mali comprend 3 principales zones climatiques :

- a- Dans la moitié nord la zone saharienne caractérisée par des précipitations irrégulières et inférieures à 200 mm par an, les pluies y sont rares et espacées .
- b- Au centre, la zone sahélienne avec des précipitations variant entre 200 et 700 mm par an .
- c- Au sud, la zone soudanienne qui constitue la partie la plus arrosée du pays avec des précipitations se situant entre 700 et 1.300 (parfois 1.500 mm) par an.

Ainsi le Mali est un pays au climat soudano-sahélien marqué par deux saisons : une saison des pluies plus longues au sud (de 4 à 6 mois) et qui diminue au fur et à mesure que l'on monte vers le nord.

Les températures sont en général très élevées partout au Mali et variables suivant les saisons. En effet de juillet à février la température varie entre 20 et 35° C selon les zones ; elle varie de 30 à 40° C ou plus de mars à juillet.

La végétation véritable reflet du climat, est caractéristique de celle existant dans tout pays sahélien.

- Dans la zone saharienne, la végétation, si elle n'est pas absente totalement, est constituée de steppe arbustive avec de petits épineux ;
- la zone sahélienne, c'est la forêt claire qui se dégrade progressivement vers le nord pour donner des savanes herbacées.
- ajoutons à ceci la végétation des zones inondées constituée de grands herbages dans le Delta Central (les bourgoutières).

Rappelons que le couvert végétal disparaît de plus en plus du fait des dures années de sécheresse qui continuent de sévir au Mali, à l'instar des autres pays sahéliens.

Sur le plan hydrographique, le Mali est arrosé par le fleuve Sénégal (long de 1 700 km dont la moitié au Mali) et le fleuve Niger (long de 4 200 km dont 1 700 km au Mali).

Ces deux fleuves avec leurs bassins respectifs jouent un rôle très important dans l'économie nationale même s'ils sont encore sous-utilisés faute d'aménagements adéquats.

2. Données démographiques :

Le dernier recensement de la population du Mali date d'avril 1987. Selon les résultats de ce recensement, le Mali compte 7 696 348 habitants avec un taux de croissance de 1,8 % par an.

Les femmes sont au nombre de 3 935 637 soit 51,1% de la population totale. Les hommes ont un effectif de 3 760 711 soit 48,9% de la population totale.

La population du Mali est essentiellement composée de jeunes : 46% ont moins de 15 ans.

Cependant d'autres études sur la population ont montré que le taux d'accroissement de 1,8 est sous estimé.

Ainsi selon une étude de la Banque Mondiale (17) le taux d'accroissement est de l'ordre de 2,5% au Mali.

Selon cette même étude, le taux brut de natalité est de 47,6 pour 1 000 et le taux brut de mortalité est de 18,6 pour 1000. Le taux d'émigration nette est de 0,4 pour 100.

3 Situation sanitaire

La situation sanitaire du Mali demeure préoccupante en dépit des efforts louables entrepris depuis bientôt une décennie. Cette situation n'est que le reflet du niveau de développement du pays. En effet la faiblesse de la couverture géographique en services adaptés de santé, l'insuffisance des ressources allouées à la santé combinée avec un environnement naturel hostile, favorisent le développement des maladies infectieuses et parasitaires, état aggravé par les conditions d'hygiène. Aussi, la situation sanitaire se caractérise par :

- un taux de mortalité infantile assez élevé: 125 pour 1.000

environ;

- un taux de mortalité infanto-juvénile inquiétant pouvant atteindre dans certaines zones 250 pour 1 000 .
- la prédominance de certaines maladies infectieuses responsables de plus de 70 % de décès d'enfants de 1 à 5 ans et pour lesquelles il existe des vaccins efficaces et des procédés thérapeutiques simples ;
- l'existence de certaines endémies majeures et leur taux de mortalité (exemple du paludisme).
- une espérance de vie à la naissance mal estimée mais faible par rapport à la moyenne mondiale voire même africaine (environ 47 ans).

À tous ces problèmes de santé, il convient d'ajouter certains autres qui sont susceptibles de s'aggraver et d'aboutir à des situations dramatiques et souvent irréversibles si aucune intervention n'est entreprise pour les résoudre. Il s'agit par exemple des complications de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couche, responsables d'environ 25% des décès féminins enregistrés dans les services de santé ; des hernies, des accidents et autres traumatismes, etc...

Face à cette situation, le Mali a défini une politique de santé s'intégrant dans sa politique globale de développement et faisant appel à une participation de la communauté pour plus

PREMIERE PARTIE
HISTORIQUE DE LA
POLITIQUE SANITAIRE
DU MALI DE
L'INDEPENDANCE
A NOS JOURS

CHAPITRE I: DE L'INDEPENDANCE A 1968

Dès que le Mali a acquis son indépendance, le gouvernement a adopté un premier plan quinquennal (1961 - 1965) ayant pour objectifs principaux :

a - de développer la production agricole et animale dans un cadre socialiste pour renforcer l'indépendance alimentaire du pays et augmenter les exportations ;

b - de jeter les bases d'une économie planifiée, diversifiée, par la recherche systématique des richesses minières et pétrolières du sous-sol, l'étude des possibilités hydro-énergétiques et la valorisation par l'industrie des principales productions brutes.

c - de réaliser des investissements d'infrastructure (transport, administration, santé, éducation) qui permettront un nouvel essor de la production au cours des plans ultérieurs.

Dans le domaine de la santé ce plan quinquennal a été surtout consacré à la mise en place rapide des infrastructures en même temps qu'une organisation nouvelle des services de prévention sur l'ensemble du territoire. Le programme d'action pour la période du plan quinquennal comporte les points suivants:

- . Médecine fixe des soins essentiels ;
- . Médecine préventive de masse ;
- . Education sanitaire de la population ;
- . Formation du personnel ;

. Recherche en vue, d'une part, de l'exploitation des possibilités de la pharmacopée traditionnelle nationale, et d'autre part, de la fabrication des sérums, vaccins et autres produits biologiques.

* En 1964 fut élaboré le plan décennal 1966 - 1976 de développement des services de santé, axé sur les services de santé de base.

Ce plan contenait les directives suivantes :

- "Pour la médecine des soins individuels, l'action consistera en :
- l'extension de la capacité des hopitaux existants et leur modernisation technique.
 - la poursuite de la décentralisation avec comme objectif la dotation de chacune des six régions sanitaires du territoire d'un hopital complet (comportant tous les services spécialisés de médecine, chirurgie, radiologie, pédiatrie) et d'au moins un hopital à vocation strictement chirurgicale dans une autre localité importante de la région, la réalisation de cette décentralisation s'effectuera soit par des créations nouvelles, soit par la transformation des centres médicaux déjà existants ;
 - l'augmentation de la capacité des centres médicaux et leur modernisation technique ;
 - la modernisation et la multiplication des postes médicaux, dont les plus importants seront érigés en centre médicaux par l'adjonction des salles d'hospitalisation ;
 - la multiplication des dispensaires de chefs lieux d'arrondissement et de groupes de villages,

- la création à l'échelon du plus grand nombre de villages, d'infirmiers de villages, construction modeste par investissement humain, où un infirmier de village formé, donnera les petits soins courants et surtout inculquera et vulgarisera, au sein du village et avec la matrone formée dans les mêmes conditions, les principes élémentaires d'hygiène, d'aseptie et de prévention des maladies ; ces deux auxiliaires relevant naturellement du dispensaire de leur périmètre ;
- En matière de médecine socio-préventive, formation d'unités mobiles, constituées par des véhicules aménagés en salle de chirurgie (antenne chirurgicale), en unités radiographiques, en salles de consultations et soins de promotion maternelle et infantile ;
- Pour la médecine de masse, éradication des endémies majeures (trypanosomiase, lèpre, tréponématose, variole, paludisme, onchocercose et bilharziose) ;
- En ce qui concerne l'éducation sanitaire, partie intégrante de l'éducation populaire, elle devra atteindre l'ensemble des populations du territoire. L'infirmier et la matrone de village en constitueront les antennes avancées. A cet échelon tout particulièrement, santé éducation et paysanat devront se joindre avec l'emploi d'auxiliaire qui pourront avantageusement être polyvalents ;
- formation du personnel infirmier : la formation du personnel médical devant continuer à se faire à l'extérieur ;
- poursuite du recensement des plantes médicinales et de l'évaluation de leur vertu thérapeutique. Recherches et investigations en vue d'une exploitation rationnelle des

ressources de la Pharmacopée Nationale à pousser rapidement au fur et à mesure de la formation des techniciens maliens indispensables.

- fabrication, par l'Institut de Biologie, en collaboration avec d'autres laboratoires (celui de Sotuba par exemple) de sérums, vaccins et autres produits biologiques jusqu'ici importés à grands frais."(32)

Ainsi le plan décennal de développement des services de santé au Mali 1966 - 1976 s'était fixé comme objectif la mise sur pied d'une pyramide sanitaire allant de l'équipe de santé de village jusqu'aux cadres supérieurs des hopitaux nationaux, tous étant directement impliqués dans une vaste entreprise privilégiant les actions de prévention, d'éducation pour la santé, d'hygiène, de soins curatifs essentiels afin de parvenir à une couverture sanitaire maximale des populations, surtout les plus démunies. Malheureusement pour n'avoir pas été insérés dans un plan national de développement socio-sanitaire intégré, les objectifs de ce premier plan n'ont été que très partiellement atteints.

* Au premier Séminaire de la Santé Publique en 1964 :

Déjà pendant le premier Séminaire de la Santé Publique et des Affaires Sociales tenue en 1964, les principes de base des SSP étaient lancés par la voix du Ministre d'alors, à travers les cinq principes selon lesquels devait se bâtir notre politique sanitaire.

1. "Dans un pays comme le notre, d'écrasante majorité paysanne, l'action sanitaire doit s'étendre rapidement à notre population rurale pour servir cette masse laborieuse qui est dans l'ignorance presque totale des principales règles d'hygiène et de prophylaxie, en face d'endémo-épidémies meurtrières, causes d'incapacité de travail fort onéreuse à la nation. Il faut donc atteindre un plus grand nombre de malades à guérir ou d'hommes valides à protéger afin de continuer à diminuer notablement les pertes de main d'oeuvre, à maintenir la capacité productive de notre dynamique peuple.

2. La morbidité et la mortalité infantile étant des plus élevées (ce qui empêche notre repeuplement démographique et compromet l'avenir de notre pays) la protection des mères et des enfants quasi négligés par l'autorité colonniale, demeure une priorité absolue dans les activités de la santé publique; il faut créer et multiplier avec les moyens de bord, les services de protection maternelle et infantile, il faut orienter un effort particulier vers la préparation de la femme à son rôle d'associée active à la vie de la communauté nationale.

3. L'impérieuse nécessité de porter l'action curative, préventive et éducative au coeur des masses rurales dans une population disséminée, et avec la célérité désirée pour courir au devant des bouffées épidémiques, exige une décentralisation administrative des services essentiels, mais aussi une intégration progressive des activités de soins, de prévention et d'éducation au niveau des formations de base. La multiplicité et la complexité des tâches

exigent bien une action polyvalente à tous les niveaux, dans le souci d'une utilisation plus rationnelle de nos faibles ressources matérielles.

4. Mais le facteur le plus important à considérer, celui qui devra conditionner le succès de cette entreprise grandiose, le moteur qui devra actionner tout le système, c'est comme vous le devinez bien, la question de personnels. Notre pays, comme tous les pays en voie de développement, souffre d'une pénurie grave de personnels, certes qualifiés mais surtout adaptés à nos conditions de travail, à nos réalités, d'un personnel médical et paramédical engagé dans la voie révolutionnaire que nous avons choisie.

5. Enfin, il est peut être superflu de le dire, devant ce labyrinthe de problèmes à résoudre, rien de positif ne peut être acquis sans une planification nationale et réaliste, sans une détermination précise des priorités sans un calendrier précis de programme à affronter". (32)

A travers ces principes, on remarque l'importance accordée à la prévention et à l'assainissement, la dimension reconnue à l'éducation sanitaire dans la promotion de la santé des populations.

Les travailleurs socio-sanitaires ont également dégagé la stratégie qu'il fallait mettre en oeuvre, pour que la majorité de la population malienne, accède à un niveau de santé décent, dans la décennie 1964 - 1974 . A travers cette stratégie sanitaire, figuraient l'extension de la capacité des hopitaux existants, leur modernisation technique et la poursuite de leur décentralisation. Cette politique sanitaire de la première

République prévoyait un vaste programme contenant dans son essence, tous les éléments de soins de santé qu'une seule décennie ne suffisait pas à réaliser et qui nécessiterait la mobilisation de fonds très importants. Cette oeuvre d'une très grande envergure basée sur la médecine d'Etat a été abandonnée à la suite de la prise du pouvoir par le Comité Militaire de Libération Nationale (C.M.L.N) le 19 Novembre 1968.

En conclusion nous dirons que le Plan Quinquennal, n'ayant malheureusement pas permis de développer comme on l'espérait le secteur de l'agriculture considéré comme prioritaire, il s'en est suivi un blocage des actions sanitaires et de ce fait, le plan décennal qui devait continuer et consolider les actions entreprises pendant le plan quinquennal a vu son exécution compromise.

A signaler enfin que nous ne disposons pas de données précises relatives aux indicateurs habituels de la santé pour cette période de la "première République" du Mali.

CHAPITRE II: DE 1968 A 1985

* Le Plan quinquennal 1974 - 1978 de développement économique et social du pays a retenu, en matière de santé les objectifs suivants :

- fourniture satisfaisante des formations sanitaires en médicaments et matériels techniques ;
- consolidation des acquis en matière de médecine curative;
- priorité à la médecine préventive ;
- liaison entre les actions médico-sociales et les grandes opérations de développement économique ;
- mise en place d'un fonds de santé.

* Deuxième Séminaire National de la Santé Publique et des Affaires Sociales, (32) (34) tenu en Novembre 1978 deux mois après la conférence de Alma Ata (URSS Septembre 1978) qui a fait le constat de la faible couverture sanitaire de la population, et a adopté la stratégie des soins de santé primaires (SSP), comme seule capable d'atteindre l'objectif de la santé pour tous d'ici l'an 2 000.

"Les soins de santé primaires sont des soins essentiels, universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté par des moyens qui leur sont acceptables et avec la pleine participation de la communauté". Le document du Séminaire National de la Santé a retenu comme composantes principales de l'approche, la nécessité d'une volonté politique et la nécessité d'une stratégie adaptée aux contextes national, régional et local.

- Exécutants : Services de santé, équipes de santé communautaires, autres services intéressés, personnes ou institutions.

- Financement : Populations, organismes et secteurs de développement intéressés, gouvernement, organismes ou pays de coopération internationale bilatérale ou multilatérale.

- Domaines d'activités : mesures d'assainissement de base, santé de la famille y compris la planification familiale, information et éducation pour la santé, promotion de la nutrition humaine, lutte contre les maladies transmissibles (P.E.V), soins médicaux et recours d'urgence.

- Couverture sanitaire totale du territoire national à travers la mise sur pied d'une véritable pyramide sanitaire allant du village jusqu'aux hopitaux nationaux basée sur un programme global de développement économique et social.

Les équipes de SSP ont la composition suivante :

+ Equipe de Nomade

- . Accoucheuse traditionnelle
- . Hygiéniste secouriste
- . Tradipraticien

+ Equipe de santé villageoise.

- . Accoucheuse traditionnelle
- . Hygiéniste secouriste
- . animateur ou animatrice rural(e)
- . Tradipraticien.

+ Equipe de santé d'arrondissement

- . Infirmier d'Arrondissement;
- . Matrone;
- . Infirmier auxiliaire lèpre
- . Agent de développement communautaire
- . Agent d'assainissement.

* En 1981, a été élaboré un Plan Décennal de Développement Socio-Sanitaire 1981 - 1990 (30)

Le Plan Décennal de 1981 - 1990 définit les grandes orientations stratégiques de la politique de développement sanitaire et social, c'est à dire les lignes directrices à l'échelon national. Il comprend les grands programmes suivants :

En matière de couverture.

- Le programme de développement des infrastructures ;
- Le programme de développement de la santé familiale ;
- Le programme élargi de vaccination (PEV) ;
- Le programme de maîtrise de l'eau et de l'assainissement ;
- Le programme de développement communautaire ;

En matière de lutte contre les endémies locales.

- Le programme de lutte contre le paludisme ;
- Le programme de lutte contre l'onchocercose ;
- Le programme de lutte contre les schistosomiasés ;
- Le programme de lutte contre la malnutrition ;
- Le programme de lutte contre les maladies diarrhéiques ;
- Le programme de lutte contre la trypanosomiase.

Pour ce qui est de la situation sanitaire au cours de cette période (18) : officiellement, l'espérance de vie à la naissance est de 47 ans environ, et le taux de mortalité général de 19,5 pour mille. La mortalité infanto-juvénile est particulièrement élevée, sur 1 000 nouveaux nés, 120 meurent avant l'âge d'un an et 140 entre un et cinq ans. Ces chiffres impressionnants pèchent par excès d'optimisme ; en zone rurale, l'espérance de vie ne dépasse guère trente ans, et, sur 1000 nouveaux nés, 200 meurent avant un an et près de 400 avant l'âge de 10 ans (18).

Les maladies transmissibles, la malnutrition et la pathologie obstétricale représentent, comme dans la plupart des pays en voie de développement, les trois problèmes sanitaires majeurs.

- le paludisme qui sévit intensément dans tout le pays (moins dans le Nord désertique) est responsable de plus du quart de la mortalité infanto-juvénile. Bien que les souches du parasite responsable, les plasmodiums, soient encore sensibles aux

médicaments antipaludiques courants (chloroquine), toutes les tentatives d'éradication ou même de contrôle de cette redoutable endémie se sont jusqu'à présent soldées par des échecs.

Les autres parasitoses sont moins importantes. Toutefois la mise en eau des grands barrages de Sélingué sur le SANKARANI et de Manatali sur le BAFING, risque d'entraîner une flambée dramatique de bilharzioses urinaires et intestinales. L'onchocercose ou cécité des rivières, est responsable de nombreuses cécités dans l'Ouest du pays. Plusieurs foyers de maladie du sommeil subsistent. L'amibiase, les verminoses intestinales sont surtout préoccupantes dans le Sud du pays.

- Certaines maladies infectieuses restent inquiétantes: la lèpre affecte encore 1% de la population (heureusement le plus souvent dans sa forme bénigne, dite tuberculoïde) le cholera à flambé tout le long du fleuve Niger en 1970; des épidémies de fièvre jaune peuvent survenir à tout moment comme en 1971, faute de prévention vaccinale, une tréponématose est endémique chez les nomades du Sahara.

- Mais les infections "cosmopolites" sont infiniment plus redoutables: les gastro-entérites, les pneumopathies et la rougeole constituent respectivement les deuxième, troisième et quatrième causes de décès chez les enfants de moins de cinq ans après le paludisme. Le taux annuel d'incidence de la tuberculose pulmonaire est de 2%. Les banales angines à streptocoques, en l'absence de traitement approprié, entraînent de redoutables complications, rénales ou cardiaques (1% des adultes jeunes ont une atteinte post streptococcique des valves cardiaques). Le tétanos ombilical est l'un des principaux responsable de la mortalité néonatale

précoce. Les épidémies de méningites cérébrospinales à méningocoque, les fièvres typhiques et paratyphiques sont particulièrement préoccupantes dans les quartiers d'urbanisation sauvage. Enfin l'hépatite B, pratiquement obligatoirement contractée avant l'âge de 20 ans passe souvent à la chronicité engendrant cirrhose et cancer du foie, qui représente la première cause de décès chez les hommes adultes (18).

- La malnutrition protéino-énergétique est très fréquente chez les jeunes enfants en période de sevrage. Selon le critère retenu 15% à 25% des enfants d'un à quatre ans souffrent d'une malnutrition grave, létale dans 5% des cas (en général à la suite de surinfection) et susceptible de laisser chez les survivants de redoutables séquelles psychomotrices. Les carences en fer et en acide folique sont à l'origine d'anémies chez les enfants et les femmes enceintes. La carence en iode est responsable de plus d'un million de goitres endémiques, surtout dans la moitié sud du pays.

Comme dans tous les pays où la mortalité infanto-juvénile est élevée, les femmes sont très fécondes: à l'âge de 45 ans, elles ont en moyenne, mis au monde 6 enfants. Malheureusement 2% de ces grossesses se terminent par la mort de la mère et les naissances rapprochées se soldent souvent par la malnutrition du premier né, sévère prématurément.

Parmi les autres problèmes sanitaires, il faudrait mentionner la drépanocytose, maladie héréditaire de l'hémoglobine propre à la race noire, dont la forme homozygote, presque toujours létale, affecte plus de 1% des nouveaux nés.

Soulignons enfin que les affections universelles telles que l'hypertension artérielle, le diabète, les néphropathies, les accidents vasculaires cérébraux, sont au moins aussi fréquentes au Mali qu'en Europe.

A la suite des différents plans de développement socio-sanitaire, des progrès notables ont certes été enregistrés, mais il reste encore beaucoup à faire, le constat étant le suivant:

- .couverture sanitaire insuffisante;
- .pénurie de médicament dans les formations sanitaires
- .éloignement de certaines formations sanitaires des centres principaux;
- .actuellement chômage des jeunes médecins et d'autres professionnels de la santé.

Du bilan des maux existants et de la conjoncture économique internationale, il apparaît qu'à l'heure actuelle, l'Etat seul n'est pas en mesure de soutenir l'effort d'investissement destiné à étendre la couverture en formations sanitaires.

Il faut chercher d'autres solutions.

Le Troisième Séminaire de la Santé Publique et des Affaires Sociales qui s'est tenu à Bamako du 21 au 26 Novembre 1983 à l'Hotel de l'Amitié(33): "Recommande: la libéralisation des professions socio-sanitaires".

Et le Conseil National de l'Union Démocratique du Peuple Malien (U.D.P.M) lors de sa session des 27-28 et 29 Février et 1er Mars 1984 a approuvé la privatisation des professions socio-sanitaires. Par la suite un an après apparaît le premier texte, texte fondamental qui autorise l'exercice privé de la

médecine au Mali; il s'agit de la Loi N°85-41/AN-RM du 22 Juin 1985 portant autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires.

CHAPITRE III: DE 1985 A NOS JOURS

De nos jours la situation sanitaire du Mali est caractérisée

par:

- 1°- un environnement hostile qui entretient des vecteurs redoutables;
- 2°- des conditions de vie précaires des populations, notamment en ce qui concerne l'alimentation, l'habitat et l'approvisionnement en eau potable et qui en font des sujets constamment exposés à plusieurs maladies;
- 3°- des moyens très limités qui rendent les soins inaccessibles à plus de 2/3 de la population;
- 4°- une faiblesse des ressources mise à la disposition du Département de la Santé;
- 5°- une mauvaise répartition du personnel sanitaire sur le territoire.

TABLEAU N°1: EVOLUTION DES CENTRES DE SANTE DE 1960 à 1988

ANNEES	1960	1976	1977	1981	1986	1988
FORMATIONS						
HOPITAL NATIONAL	2	2	3	3	3	3
HOPITAL REGIONAL	1	6	5	5	5	5
HOPITAL SECONDAIRE	1	2	4	4	4	4
CENTRE DE SANTE DE CERCLE*	19	42	46 52	46 52	46 52	52
MATERNITE	-	-	-	503	531	574

SOURCE= Annuaire Statistiques du MSP-AS/DNPFSS Novembre 1988

- Note sur la Carte Sanitaire du Mali

* = Les 46 cercles du pays sont dotés de centre de santé de cercle. A Bamako chaque commune dispose d'une structure de centre de santé de cercle; ce qui porte le nombre de ces structures à 52.

L'analyse du tableau N°1 nous montre les changements qu'il y a eu de 1960 à 1988:

- le nombre d'hopitaux nationaux est passé de 2 à 3;
- le nombre d'hopitaux régionaux est passé de 1 à 5;
- le nombre d'hopitaux secondaire est passé de 1 à 4;
- le nombre de centre de santé de cercle est passé de 19 à 52;
- et le nombre de maternités en 1988 était à 574.

Dans notre tableau, nous constatons que le nombre d'hopitaux régionaux est passé de 6 à 5 entre 1976 et 1977. Ceci s'explique par le fait que l'hopital Gabriel Touré qui desservait la région de Bamako à été érigé en hopital national, ce qui porte du coup le nombre des hopitaux nationaux à 3.

Par ailleurs, on remarque l'inégale répartition des infrastructures sanitaires comme le montre le tableau N°2.

Ainsi les ratios lits/population établis en 1981 sont:

- . District de Bamako : 1 lit pour 400 habitants.
- . Moyenne nationale : 1 lit pour 3.000 habitants

TABLEAU N° 2: DISTRIBUTION DES INFRASTRUCTURES SOCIO-SANITAIRES PAR REGION

INFRASTRUCTURES	REGIONS	KAYES	KOULIKORO	SIKASSO	SEGOU	MOPTI	TOMBOUCTOU	GAO	BAMAKO
HOPITAUX NATIONAUX			1						2
HOPITAUX REGIONAUX		1	en const.	1	1	1	en const.	1	
HOPITAUX SECONDAIRES		1			2		1		
CSC 1er DEGRE		2	2	1	2	1	2	1	6
CSC 2ème DEGRE		5	5	6	5	7	3	4	0
C S S		42	33	39	32	46	26	18	0
MATERNITE D'ARRONDISSEMENT		24	33	47	32	41	27	10	0
MATERNITES DE SECTEURS		25	198	112	np	22	np	2	1
CASES DE SOINS		67	195	96	37	44	16	11	-
DISPENSAIRES PRIVES		7	3	6	8	1	0	2	1

SOURCE: Annuaires statistiques du MSP-AS/DMPFSS Novembre 1988

NB: Les centres de santé de 1^{er} degré ne disposent pas de plateaux techniques les centres de santé de cercle (CSC) du second degré sont ceux qui peuvent répondre aux besoins chirurgicaux de première urgence sans pourtant faire recours à un plateau technique important. Les centres de santé d'arrondissement (CSA) sont au niveau des arrondissements à l'exception des chefs lieux de cercle où existent les CSC

np= non parvenu

en const.=en construction

TABLEAU N° 3: POURCENTAGE DES AGENTS DE SANTE SUIVANT LES ZONES

ZONE	MEDECINS	INFIRM.D'ETAT	SAGES FEMMES	INF. du 1e Cycle
VILLE DE BAMAKO	60 %	39 %	64 %	31 %
HORS DE BAMAKO	40 %	61 %	36 %	69 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %	100 %

SOURCE: Plan Décennal (1981-1990) de développement socio-sanitaire

TABLEAU N°4:UTILISATION DES SORTANTS DE L'EMP

PROMOTION	S O R T A N T S			S E C T E U R S D ' E M P L O I S								
	TOATAL	PROFESSIONNEL	DIRECT	IFONCTION	INSTITUT	PPM	LINPS	UNEP	CNI	ONG	TOTAL EMPLOYE	
				PUBLIQUE								
				DIRECT								
1985	Médecin	41	2	39	11	0	0	5	0	1	1	20
	Pharmacien	14	0	14	1	2	0	0	0	0	0	3
1986	MédecinMéd	24	2	22	5	0	0	0	0	3	0	10
	Pharmacien	5	0	5	2	1	1	0	0	0	0	4
1987	Médecin	21	3	18	8	0	0	4	0	2	0	17
	Pharmacien	6	0	6	2	2	0	0	0	0	0	4
1988	Médecin	42	4	38	5	0	0	0	0	0	1	10
	Pharmacien	37	0	37	2	8	0	0	0	0	0	10
1989	Médecin	63	4	59	2	0	0	0	0	0	0	6
	Pharmacien	33	0	33	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	Médecin	191	15	176	31	0	0	9	0	6	2	63
	Pharmacien	95	0	95	7	13	1	0	0	0	0	21

SOURCE:Collecte auprès des services concernés DMPFSS

TABLEAU N°5: SITUATION DES SORTANTS DE L'ESS

PROMOTION	SECTION	S O R T A N T S		I S E C T E U R		D ' E M P L O I		TOTAL EMPLOYE		
		Total	Professional	Public	Private	INPS	UMPP		CMI	
1985	IDE	52	19	33	18	0	0	0	2	39
	SF	34	8	26	8	0	0	0	1	17
	TS	5	0	5	5	0	0	0	0	5
	TL	4	1	3	2	0	0	0	0	3
1986	IDE	80	19	61	24	0	0	0	1	49
	SF	18	9	9	6	0	0	0	1	16
	TS	9	1	8	4	0	0	0	0	5
	TL	9	4	5	4	0	0	0	0	8
1987	IDE	51	17	34	3	0	0	0	0	22
	SF	32	12	20	4	0	0	0	0	16
	TS	12	0	12	1	0	0	0	0	1
	TL	13	2	11	9	0	0	0	0	11
1988	IDE	84	20	64	2	0	0	0	1	25
	SF	24	5	19	1	0	0	0	0	6
	TS	10	1	9	3	0	0	0	0	4
	TL	12	2	10	1	0	0	0	0	3
1989	IDE	65	0	65	0	0	0	0	0	0
	SF	36	0	36	0	0	0	0	0	1
	TS	4	0	4	0	0	0	0	4	4
	TL	14	0	14	1	0	0	0	0	1
TOTAL	IDE	332	75	257	47	0	0	0	1	135
	SF	144	34	110	19	0	0	0	0	56
	TS	40	2	38	13	0	0	0	0	19
	TL	52	9	43	17	0	0	0	0	26

IDE= Infirmier d'Etat TL= Technicien de Laboratoire

TS= Technicien Sanitaire SF= Sage Femme

Source= Collecte auprès des services concernés

TABLEAU N°6: SITUATION DES SORTANTS DE L'EIPC POINT G

PROMOTION:SECTION	S O R T A N T S			S E C T E U R			D' E M P L O I			TOTAL EMPLOYES	
	total	professionnel	direct	FONCTION Publique	institut' privées	PPM	INPS	UMPP	CMI		ONG
1985	SP	78	13	65	30	0	0	0	0	1	44
	SMI	11	3	8	0	0	0	0	0	0	3
	PL	5	0	5	0	0	0	0	0	0	5
1986	SP	72	13	59	41	0	0	0	0	1	55
	SMI	4	0	4	4	0	0	0	0	0	4
	PL	8	0	8	8	0	0	0	0	0	8
1987	SP	48	16	32	18	0	1	0	0	0	35
	SMI	6	1	5	5	0	0	0	0	0	6
	PL	5	0	5	3	0	0	0	0	0	3
1988	SP	90	14	76	1	0	0	0	1	0	16
	SMI	13	2	11	0	0	0	0	0	0	2
	PL	7	0	7	0	0	0	0	0	0	0
1989	SP	34	0	34	2	0	0	0	0	0	2
	SMI	8	0	8	1	0	0	0	0	0	3
	PL	4	0	4	1	0	0	0	0	0	1
TOTAL	SP	322	56	266	92	0	1	0	1	0	152
	SMI	42	6	36	10	0	0	0	0	0	18
	PL	29	0	29	12	0	0	0	0	0	12

SOURCE: Collecte auprès des services concernés

SP= Santé Publique

SMI= Santé Maternelle et Infantile

PL= Pharmacie Labo

TABLEAU N°7: UTILISATION DES SORTANTS DE L'EIPC SIKASSO

PROMOTION	SECTION	S O R T A N T S		E M P L O Y E S						
		DIRECT	PROFESSIONNEL	TOTAL	Fonction Publique	Privé	LONG	PEV	Programm Assainiss	TOTAL
	SP	18	7	25	0	1	0	1	2	11
1988	SMI	7	0	7	0	1	5	0	1	7
	SP	10	2	12	0	2	1	4	0	9
1989	SMI	8	0	8	0	0	0	0	1	1
	SP	28	9	37	0	3	1	5	2	20
	TOTAL	15	0	15	0	1	5	0	2	8

Source : Collecte auprès des services concernés

TABLEAU N° 8: SITUATION DES SORTANTS DE L'ECOLE DE FORMATION
POUR LE DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE

ANNEES	NOMBRE DE DIPLOMES		S E C T E U R			D ' E M P L O I S			Situation Inconnue	
	Direct	Professionnel	Total	Sté & Entr. ONG Publique d'Etat	Coopérat. Bilatéral & Intern.	total employé	Employé	Sans		
1985	16	6	22	21	1	0	0	22	0	0
1986	17	9	26	19	2	2	0	23	2	1
1987	17	10	27	15	0	4	3	22	3	0
1988	13	12	25	14	2	5	2	23	2	0
1989	20	7	27	2	0	2	0	4	3	0
TOTAL	83	44	127	71	5	13	5	94	9	1

Source : Collecte auprès des services concernés.

Le tableau N°2 montre que Bamako contient presque l'ensemble des infrastructures sanitaires de niveau national (hôpitaux nationaux et centres spéciaux de prestations sanitaires (non mentionnés dans notre tableau)), censées servir de référence pour l'ensemble du pays.

La situation du personnel révèle la même disparité.

Le tableau N°3 nous montre une surreprésentation des personnels sanitaires à Bamako. Aussi, dans la capitale, se trouve 64% des sages-femmes (presque les 2/3 de l'effectif total), 60% des médecins et une moyenne d'environ 35% du personnel infirmier, soit plus du 1/3 de cette catégorie.

Malgré la création de nouvelles infrastructures, la couverture du pays en formations sanitaires reste insuffisante.

Pour ce qui est de l'évolution des écoles de formations sanitaires:

L'analyse du tableau N°4 montre que depuis l'instauration du concours d'entrée à la Fonction Publique jusqu'en 1989, l'École Nationale de Médecine et de Pharmacie a formé 191 médecins dont 15 professionnels et 95 pharmaciens.

Parmi les 176 médecins sortants après concours directs 31 ont été embauchés par la Fonction Publique et 17 par les organismes ou institutions privés soit un total de 63 médecins employés sur 176; c'est pour dire que les 113 restants chôment (soit environ 59% de médecins chômeurs) sans compter les médecins formés à l'extérieur.

Parmi les 95 pharmaciens sortants directs 7 ont été embauchés par la Fonction Publique et 14 par les organismes ou institutions privés soit un total de 21 pharmaciens employés et ceci pour dire que les 74 restants chôment (soit environ 77% de pharmaciens chômeurs).

Au total on peut dire que 62,69% des médecins et 68,22% des pharmaciens sont en chômage.

Par ailleurs même si le Gouvernement embauchait tous les médecins formés; nous n'atteindrions pas les normes préconisées par l'OMS soit un médecin pour 10.000 habitants.

L'analyse du tableau N°5 montre que l'Ecole Secondaire de la Santé a formé de 1985 à 1989 :

332 IDE dont 75 professionnels soit 257 sortants sur concours direct.

155 SF dont 34 professionnels soit 110 sortants sur concours direct.

40 TS dont 2 professionnels soit 38 sortants sur concours direct.

52 TL dont 9 professionnels soit 43 sortants sur concours direct.

Sur les 257 IDE sortants sur concours direct 47 ont été embauchés par la Fonction Publique et 13 par les organismes ou autres institutions soit un total de 60 IDE employés. C'est pour dire que les 197 restants chôment soit environ 76,65% d'IDE chômeurs. Sur les 110 SF sortantes sur concours direct, 19 ont été embauchées par la Fonction Publique et 3 par les organismes ou institutions privés soit un total de 22 SF employées. Les 88 restantes chôment. Toujours sur ce tableau, signalons que 55,26% des TS chôment et 60,46% des TL sont sans emploi.

L'analyse des tableaux N°6 et N°7 montre que :

63,90% des infirmiers du 1er cycle sont sans emploi.

Enfin il ressort de l'analyse du tableau N°8 que 9 sortants de L'Ecole de Formation pour le Développement Communautaire sont sans emploi et un sortant dont la situation demeure inconnue.

TABLEAU N°9: EVOLUTION DU PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL
DE 1960 à 1988

CATEGORIE DE PERSONNEL	ANNEES DE REFERENCE	
	1960	1988
MEDECINS - PHARMACIENS	46	451
INGENIEURS SANITAIRES	0	3
SAGES FEMMES	58	321
INFIRMIERS D'ETAT	60	660
TECHNICIENS SANITAIRES	0	92
TECHNICIENS DE LABORATOIRE	8	132

Source = DNPFS (rapports annuels).

Le tableau n°9 nous montre que les chiffres ont évolué, pour ce qui concerne le nombre de personnel médical et paramédical de la période de 1960 à 1988. Mais malgré cette évolution la couverture sanitaire du pays en personnel de santé reste en deçà des normes préconisées par l'O.M.S. comme le tableau n°10 le montre exception faite du cas des infirmiers.

TABLEAU N°10: NOMBRE D'HABITANTS POUR UN AGENT SOCIO-SANITAIRE
REPARTITION PAR TYPE D'AGENT ET NORMES OMS (1987)

PERSONNEL	NOMBRE AU MALI	NORME OMS
1 médecin pour	20540Hbts	10 000 Hbts
1 Ingénieur Sanitaire pour	762 000 Hbts	250 000 Hbts
1 Sage Femme pour	24 870 Hbts	5 000 Hbts
1 Infirmier pour	4 835 Hbts	4 835 Hbts
1 Technicien Sanit.pour	79 400 Hbts	5 000 Hbts

SOURCE: Carte sanitaire de Mali MSP-AS/DNPFSS Octobre 1987

TABLEAU N°11: EVOLUTION DU BUDGET
 MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES (en milliers de F cfa)

ANNEES BUGETAIRES	PERSONNEL	%	MATERIEL	%	AUTRES	%	BUDGET MSP-AS
1981	2.302.760	64,62	1.204.768,5	33,81	56.250	1,58	3.563.778,5
1982	2.503.957,5	67,05	1.058.123,5	28,33	172.589	4,62	3.734.670
1983	2.555.003	68,64	1.004.694	26,99	162.500	4,37	3.722.197
1984	2.500.297,5	64,16	1.026.930	26,35	369.883,12	9,49	3.897.110,6
1985	2.853.785	67,79	1.039.481,7	24,69	316.462	7,52	4.209.728,7
1986	2.884.059	66,93	1.129.801	26,22	295.390	6,85	4.309.250
1987	3.619.663	65,18	1.570.235	28,28	363.036	6,54	5.552.934
1988	3.499.548	65,66	1.399.548	26,26	430.702	8,08	5.329.798
1989	3.420.310	66,40	1.295.038	25,14	435.596	8,46	5.150.944
1990	2.872.514	65,33	1.144.152	26,02	380.789	8,66	4.397.455

SOURCE: Budget d'Etat

L'analyse de ce tableau nous montre que plus de 60% du budget de la santé sont consacrés aux dépenses de personnels, le crédit matériel représente en moyenne 27% du budget et les autres dépenses (investissement, équipement etc...) ne représentent que 6,62% en moyenne.

L'insuffisance des ressources de la santé peut expliquer que nos formations sanitaires ne parviennent :

- . ni à fournir aux malades le minimum prévu par les textes, à savoir: la prise en charge de leurs médicaments, de leur nourriture et du lavage de leur linge;
- . ni à assurer l'entretien des équipements et encore moins

- permettre leur renouvellement lorsqu'ils ne sont plus en état de fonctionner;
- ni à effectuer le minimum de travaux d'entretien que nécessite le maintien des batiments.

CHAPITRE IV: LA JUSTIFICATION DE LA PRIVATISATION

1. La crise économique mondiale

La République du Mali, membre du Fonds Monétaire International (FMI) s'est trouvé après deux décennies de gestion de son économie en face de profonds déséquilibres. Le secteur agricole ne répond plus à son rôle de catalyseur de l'économie, le secteur d'Etat est devenu a-t-on pu dire, un "fardeau pour l'économie nationale", le service de la dette ampute de plus en plus le budget national, au "bout du rouleau" : c'est une crise économique et financière persistante qui sévit dans le pays.

Confrontées à cette situation, les autorités maliennes firent appel au FMI pour un Ajustement Structurel de l'Economie Malienne et depuis 1982, trois Programmes correspondant à trois accords de confirmation furent approuvés, assortis d'une panoplie de mesures aux quelles le Mali est tenu de se soumettre.

Les trois accords de confirmation étaient ainsi programmés :

- l'accord de Mai 1982 à Mai 1983 avec pour montant 30,4 millions de DTS (Droit de tirage spécial : 1 DTS = 471 CFA = 0,888 671 g d'or).

- l'accord de Décembre 1983 à Avril 1985 : 40,5 millions de DTS.

- l'accord de Juin 1985 à Décembre 1986 : 22,9 millions de DTS.

Soit au total 93,8 millions de DTS équivalant à 44,2 milliards de francs CFA.

La mise en exécution du Programme d'Ajustement Structurel se fait au moyen de certains instruments de politique économique et de certaines réformes institutionnelles.

Les réformes institutionnelles entreprises par les autorités maliennes pour ce qui concerne le secteur d'Etat sont les suivantes :

- La réduction du personnel de la fonction publique et les incitations à l'emploi dans le secteur privé par :

+ l'instauration du concours d'entrée dans la fonction publique ;

+ l'incitation au départ volontaire de la fonction publique ;

- Le redressement des sociétés et entreprises d'état par la rehabilitation d'un certain nombre de ces entreprises et le désengagement de l'état de certaines autres par la cogestion, la liquidation ou la privatisation. (21)

C'est ainsi que les cadres de la Santé organisé au sein du Syndicat National de la Santé Publique et des Affaires Sociales ont tiré des arguments à partir de cette politique, en vue de parvenir à la privatisation de la Médecine.

En effet ils ont avancé des raisons d'ordre socio-économique, en estimant que la médecine privée permet la création de nouveaux emplois (donc d'éviter l'exode des cerveaux) et contribue aussi à la réduction considérable des dépenses consacrées à l'évacuation des malades vers l'extérieur.

2. La création de nouveaux emplois

Le Ministre du Travail et de la Fonction Publique au cours de l'émission Télé-Tribune déclarait (de février 1985) :

" Nul n'ignore l'acuité du problème de l'emploi dans le monde, au centre des préoccupations de la plupart des pays du monde, notamment des pays en voie de développement suite à la grave récession économique. Au Mali, la question constitue un des objectifs prioritaires de la politique de développement économique et social mise en oeuvre par le Parti et le gouvernement.

Il ressort après une analyse de la situation actuelle de l'emploi dans notre pays, une tendance générale à la pénurie d'emploi touchant surtout les jeunes accédant au marché du travail en raison de leur importance numérique.

Des statistiques établies par la Commission Nationale de Réforme Administrative ont montré que les effectifs ont évolué.

Parallèlement à cette augmentation des effectifs, les dépenses de personnel ont subi un accroissement spectaculaire...

La création d'emplois de plus en plus nombreux en dehors du secteur public dont les moyens actuels s'amenuisent au regard de ses ambitions primitives est une tâche primordiale qui requiert la contribution de tous....

Se libérer de la fascination exclusive et par ailleurs anarchique de la carrière de fonctionnaire de l'Etat est une des dispositions d'esprit favorable à l'éclosion de l'initiative privée et la création d'emplois productifs".

Ainsi, la privatisation de la médecine contribuerait à la réduction du chômage des jeunes diplômés, si des moyens sont mis à leur disposition pour leur installation.

3. L'exode des cerveaux

La création d'emplois évite "le dramatique exode des cerveaux".

L'"exode des cerveaux" en médecine, n'est pas un phénomène récent en soi. Depuis plusieurs dizaines d'années, et pour des raisons tantôt politiques, tantôt économiques, médecins et scientifiques ont émigré, vers les Etats - Unis, notamment de Grande - Bretagne et de la République Fédérale d'Allemagne en particulier, de France dans une moindre mesure. Le phénomène à certe constitué une perte culturelle importante, un déficit en prestige, en

apport scientifique pour ces pays. Tel n'est pas le cas aujourd'hui dans la mesure où les zones d'où émigrent médecins et infirmiers sont essentiellement des pays du Tiers monde, qui forment à grand frais des intellectuels dont ils ne profiteront jamais. Le problème ayant pris une réelle ampleur, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a publié une étude détaillée sur ce nouvel et massif exode des cerveaux, qui prend depuis plusieurs années une allure dramatique. (18)

Ces médecins étrangers, indique l'étude de l'OMS sont venus, à la fin des années cinquante, essentiellement d'Europe. Tout a changé en vingt ans : les pays "donateurs" de personnel médical sont devenus aujourd'hui les pays pauvres et endettés.

Les résultats de cet exode sont clairs " les pays en voie de développement qui totalisent les deux tiers de la population de la terre, ne possèdent qu'un quart du corps médical. Inversement, les pays développés, où réside un tiers de l'humanité, possèdent les trois quarts du corps médical mondial". En outre, ajoute encore l'étude, on constate que "plus un pays est pauvre, plus sa population est mal portante, plus il a besoin de soins et moins il possède de médecins par habitant, et plus il est atteint par l'exode médical".

4. Les Evacuations sanitaires.

On entend par évacuation = "l'action de faire sortir d'un endroit, d'une ville, d'une région ou d'un pays des habitants".

Dans la pratique quotidienne de la médecine, il arrive des cas où l'équipement actuel de nos hopitaux nationaux ne permet pas au personnel qui les dessert d'effectuer les investigations que nécessitent certaines affections ni même de les traiter. Il faudrait pour cela un équipement spécialisé.

La Mali manquant de moyens diagnostiques et thérapeutiques de certaines affections a à cet effet signé un accord de coopération sanitaire avec certains pays tels : l'Union des Républiques Socialistes Soviétiques (URSS) et la République Démocratique Allemande (RDA). Grâce à cet accord, le gouvernement de la République du Mali ne supporte que les frais du titre de voyage. Par ailleurs il n'y a pas d'accords spéciaux concernant les évacuations sanitaires entre le Mali et la France d'une part, le Sénégal d'autre part.

COUT DES EVACUATIONS SANITAIRES (29)

- Du Village au cercle jusqu'à la Région dans certains cas les frais sont entièrement supportés par les malades ; c'est à dire les frais de transport, de médicaments et d'hébergement.

- Au niveau de la région :

Le budget régional comporte un chapitre "Frais de Santé" variant selon les régions de 1 750 000 F CFA à 2 500 000 F CFA

Ce chapitre est régulièrement dépassé et nécessite tout le long de l'année des reamenagements.

Exemple = Examen de la situation à Gao en 1977 : il y eut 203 évacuations dont 110 fonctionnaires de l'Etat ou leurs parents et 93 indigents.

Imputation budgétaire (22)

Budget Régional = 177
 Budget communal = 11
 Budget National = 42
 Employeurs = 27
 Avion militaire = 6

Le chapitre "frais de santé" du budget régional s'élevait en 1977 à 1 750 000 F CFA. Un billet d'avion Air Mali aller et retour en classe touriste revient à 42 050 F CFA. Quand le malade est alité il faut un billet 1ère classe et un billet touriste retour :
 $27\ 875\ \text{F CFA} + 21\ 025\ \text{F CFA} = 48\ 900\ \text{F CFA}$

. Budget régional = 197 malades ont bénéficié du billet aller - retour Bamako-Gao-Bamako soit 8.283.850 F CFA dont 4.919.850 F CFA imputables au budget régional, soit encore 3 fois les fonds alloués au même budget. Ces fonds doivent également couvrir les frais d'hospitalisation. D'ailleurs la région a 10.000.000 F CFA d'arriérés à payer à la compagnie Air Mali.

. Budget communal a une rubrique évacuation sanitaire s'élevant à 150.000 F CFA. Seuls les ressortissants indigents de la commune en bénéficient et uniquement pour les urgences.

Malgré tout, la commune aura évacué 11 malades durant l'année soit 462.550 F CFA de frais de transport, sans compter les frais d'hospitalisation.

. Budget employeurs : pour les agents des sociétés et entreprises d'état, des organismes à autonomie financière comme les

opérations de développement, des membres des professions libérales. les frais sont supportés par ces sociétés.

. Budget national = Concerne la catégorie des fonctionnaires émergeant au budget de l'Etat. Les frais sont réglés par le Transit Administratif à Bamako.

- Evacuation vers l'extérieur (situation jusqu'en 1977 date d'arrêt des évacuations sanitaires)

+ A DAKAR

- Montant des factures impayées = 6.000.000 F CFA.

- Nombre de malades = 17

- Frais de transport 60.000.F CFA x 17 = 1.020.000 F CFA.

- Dépenses totales = Montant des factures impayées + frais de transport.

$$= 6.000.000 + 1.020.000 \text{ F CFA} = 7.020.000 \text{ F CFA}$$

+ A PARIS

Au 30 juillet 1976 il y a un passif de 256.446.083,5 F CFA

ainsi repartis :

- Assistance publique (Hopitaux) = 224.669.839 F CFA

- Cliniques (Institutions spécialisées) = 31.776.244,5 F CFA

- Nombre de Malades 519

- Frais de transport éventuel = 200.000 x 519 = 103.800.000 F

CFA

Soit au total = 256.446.083,5 + 103.800.000 = 360.246.083,5 F CFA.

TABLEAU N°12: NOMBRE DES EVACUES DE JUILLET 1977 à OCTOBRE 1989

DESTINATIONS	Nombre d'évacuations à la charge de l'Etat	Nombre d'évacuations à la charge de particuliers	TOTAL
ABIDJAN	2	2	4
ALGER	7	0	7
DAKAR	2	7	9
FRANCE	15	32	47
GENEVE	2	0	2
ITALIE	0	1	1
RDA	72	4	76
ROUMANIE	1	0	1
URSS	2	1	3
YUGOSLAVIE	2	1	3
TOTAL	105	48	153

Ce montant ne comporte pas les dépenses dues aux frais de produits pharmaceutiques et à celles dues aux indemnités forfaitaires journalières au titre de la pension alimentaire.

En 1975 les dotations budgétaires étaient de :

- . 65.000.000 F CFA pour Paris
- . 7.500.000 F CFA pour Dakar

Dotations sur lesquelles Paris n'a reçu que 30.000.000 de F CFA et Dakar 2.500.000 F CFA.

Face à cette situation désastreuse, une décision du Comité Militaire de Libération Nationale a suspendu à la date du 12 juillet 1977 toutes les évacuations sanitaires vers l'extérieur. Malgré cette décision les évacuations sanitaires ont repris. Ainsi on dénombre du 12 juillet 1977 au 28 Octobre 1989, 153 évacués sanitaires dont 105 à la charge de l'Etat et les 48 autres à la charge des autres personnes morales, publiques ou privées. (Voir tableau n° 12 ci-après).

Présentement l'Etat ne s'occupe que des frais de transport aller et retour et uniquement sur la RDA ; car l'accord de coopération entre le Mali et ce pays est le seul qui reste valable de nos jours. Par ailleurs il est à signaler que la RDA accorde aux évacués maliens un quota de 75 semaines.

Pour l'année 1989 ce quota a été dépassé et le Directeur National de la Santé a demandé aux membres du Conseil de Santé de surseoir à toute proposition d'évacuation sur la RDA jusqu'à la fin de l'année 1989.

Ces nombreuses évacuations sanitaires constituent un manque

à gagner et une sortie de devises pour l'état.

Ainsi la mise en place d'infrastructures sanitaires adéquats qui pourrait venir avec la privatisation s'impose pour quatre raisons

:

- .la réduction du taux de l'évacuation des malades vers l'extérieur;
- .la réduction du chômage;
- .l'augmentation des recettes fiscales de l'état ,par le prélèvement d'impôts sur les praticiens privés;
- .une économie d'argent pour la population par la réduction des dépenses consacrées au transport et aux frais de séjour etc...

5- Les raisons budgétaires

L'origine principale des maux dont souffre le système sanitaire du Mali, réside dans la faiblesse des ressources financières dont disposent les services de santé.

Le développement accéléré imprimé à l'infrastructure sanitaire n'a pas été suivi d'une mobilisation plus importante des ressources devant servir à son entretien et à son fonctionnement. Le montant du budget d'investissement est si faible, qu'il ne sert en réalité qu'aux entretiens courants. Cet état de fait est notamment justiciable des nombreuses évacuations sanitaires vers les pays voisins et l'Europe alors que les compétences existent dans le pays.

A l'heure actuelle, l'Etat n'est pas en mesure de soutenir l'effort d'investissement destiné à étendre la couverture en formation sanitaire.

Les ressources du budget d'Etat pour la Santé Publique au Mali, ont toujours été qualifiées d'insuffisantes. Le volume de la dépense annuelle allouée pour lutter contre la maladie, reste en deçà des besoins ressentis.

Or aujourd'hui plus qu'hier, on estime les problèmes de santé suffisamment connus, et la question de l'allocation de ressources en constitue le goulot le plus important pour la mise en oeuvre de la politique sanitaire nationale. (25)

TABLEAU N°13 : Evolution de la dépense publique de santé par rapport à la dépense globale de l'Etat en milliers de francs CFA

De 1981 à 1987 on note une augmentation nominale du budget affecté au Ministère de la Santé Publique par l'Etat. Mais à partir de 1988, on assiste à une chute régulière de ce mouvement nominal.

Quant au pourcentage, il n'a cessé de baisser régulièrement de 1981 à 1990. Alors que l'O.M.S recommande 10% du budget national, le budget malien de la santé lui, de 8,37% en 1981, ne représente plus que 2,92% pour l'année 1990.

Par ailleurs une bonne partie des dépenses de santé est consacrée au fonctionnement des services sanitaires à travers les dépenses de personnels (salaires, traitements) et le crédit matériel (pour l'entretien).

Les dépenses "équipement investissement" sont faibles. En effet 4 à 8% des dotations au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales sont consacrées à l'équipement investissement comme l'illustre le tableau ci-dessus.

TABEAU N°13: EVOLUTION DU BUDGET MSP-AS (en milliers de Fcfa)

ANNEES BUDGETAIRES	PERSONNEL	%	MATERIEL	%	AUTRES	%	DUDGET MSP-AS	BUDGET D'ETAT	%
1981	2.302.760	64,62	1.204.768,5	33,81	56.250	1,58	3.563.778,5	42.589.419	8,37
1982	2.503.957,5	67,05	1.058.123,5	28,33	172.589	4,62	3.734.670	44.399.831	8,41
1983	2.555.003	68,64	1.004.694	26,99	162.500	4,37	3.722.197	48.154.458	7,73
1984	2.500.297,5	64,16	1.026.930	26,35	369.883,12	9,49	3.897.110,6	50.308.000	7,75
1985	2.853.785	67,79	1.039.481,7	24,69	316.462	7,52	4.209.728,7	58.459.268	7,20
1986	2.884.059	66,93	1.129.801	26,22	295.390	6,85	4.309.250	69.180.028	6,23
1987	3.619.663	65,18	1.570.235	28,28	363.036	6,54	5.552.934	108.099.226	5,14
1988	3.499.548	65,66	1.399.548	26,26	430.702	8,08	5.329.798	147.967.000	3,60
1989	3.420.310	66,40	1.295.038	25,14	435.596	8,46	5.150.944	177.459.000	2,90
1990	2.872.514	65,33	1.144.152	26,02	380.789	8,66	4.397.455	150.820.000	2,92

SOURCE: Budget d'Etat

DEUXIEME PARTIE

L'EXERCICE PRATIQUE

DE LA MEDECINE

CHAPITRE I : DU CADRE JURIDIQUE

SECTION 1: LES DISPOSITIONS LEGALES ET REGLEMENTAIRES SE
RAPPORTANT A L'EXERCICE PRIVE DE LA MEDECINE.1.1. LA LOI N° 85-41/AN-RM, portant autorisation de l'exercice
privé des professions sanitaires. (1) (Annexe I).

Cette loi est rappelons le, le tout premier texte paru
pour annoncer la libéralisation des professions de santé dans
notre pays.

*Du cadre général de l'exercice privé des professions
sanitaires.

L'article 3 de la Loi N°85-41 stipule que les professions
sanitaires ont pour mission de contribuer à:

- _ la protection générale de la santé publique,
- _ la promotion socio-économique des populations,
- _ l'amélioration de la couverture sanitaire du pays.

Les professions sanitaires concernées par la privatisation
sont:

- _ la médecine,
- _ la pharmacie,
- _ l'odontostomatologie,
- _ le génie sanitaire.

*Des conditions requises pour l'exercice des professions
sanitaires.

_ L'article 5 expose que le postulant à l'une des professions
sanitaires doit:

- a_ être de nationalité malienne ou ressortissant d'un état
accordant la réciprocité aux maliens et jouir de ses

droits civils et civiques;

b_ être agé de 21 ans révolus;

c_ être titulaire d'un diplôme national donnant accès à l'exercice des professions sanitaires, ou de tout autre diplôme équivalent;

d_ être de bonne moralité;

e_ être inscrit au tableau de l'ordre de la profession correspondante.

_ L'article 6 précise que l'exercice de la profession sanitaire dans le cadre privé est incompatible avec:

a_ Tout emploi de gérant, de directeur ou d'administrateur autre que médicale et pharmaceutique;

b_ Toute espèce de négoce. Les dispositions de cet alinéa ne sont pas applicables aux membres des professions pharmaceutiques;

c_ Tout emploi public.

Cet article ajoute que la profession sanitaire dans le cadre privé est compatible avec les fonctions de chargé de cours dans les facultés et les écoles.

_ L'article 7 précise qu'il est interdit à un membre d'une profession sanitaire, d'exercer en même temps, une autre profession sanitaire. Et l'article 8 place les établissements médicaux privés sous le contrôle du Ministère chargé de la Santé Publique, en collaboration avec les différents ordres professionnels de la santé.

*Des devoirs et obligations des membres des professions sanitaires.

Les membres des professions sanitaires sont tenus à une obligation de dignité, d'indépendance et de prudence exigée des membres des professions libérales.

Ils sont tenus au respect du secret professionnel et ne pourront déposer comme témoins sur les faits dont ils n'ont connaissance que dans l'exercice de leur profession.

Les conditions d'exercice des droits, devoirs et obligations des membres des professions sanitaires sont précisées dans les règlements intérieurs adoptés par les Assemblées Générales des différents ordres professionnels sanitaires. Et ces règlements intérieurs s'imposent à tous les membres des différents ordres professionnels sanitaires.

Ajoutons pour finir deux précisions par cette loi :

_ d'une part les documents qui composent la comptabilité du médecin, il s'agit :

- . d'un livre journal,
- . d'un grand livre,
- . d'un carnet à souche.

_ d'autre part l'institution des ordres professionnels sanitaires dont le siège est à Bamako.

1.2. LE DÉCRET N°177/PG-RM du 23 Juillet 1985, portant organisation de l'exercice privé des professions sanitaires: (2) (Annexe II)

Le Décret 177 qui est paru à la suite de la loi 85-41, dans ses différentes parties :

_ énumère et définit les différents établissements de santé privés;

_ précise les procédures à suivre pour l'exercice privé d'une profession de santé à savoir :

+ la procédure d'obtention de l'autorisation légale

d'exercice privé d'une profession sanitaire ou agrément;

+ la procédure d'obtention de la licence d'exploitation d'un établissement de santé privé;

_ enfin indique comment s'exerce l'inspection des établissements de santé privée.

*LES ETABLISSEMENTS DE SANTE PRIVES.

Les établissements médicaux.

_ Le cabinet de consultation médicale a pour vocation essentielle de centre de tri et de soins et ne peut en aucun cas héberger des malades.

_ La clinique d'hospitalisation médicale ou chirurgicale est un établissement privé accueillant les malades et les blessés pouvant y recevoir, tous les soins médicaux et/ou chirurgicaux nécessités par leur état.

_ La clinique d'accouchement est un établissement privé accueillant les parturientes pouvant y recevoir tous les soins nécessités par leur état.

_ Le cabinet de soins pour physiothérapeute, kinésithérapeute ou infirmier a vocation d'un centre de soins et ne peut en aucun cas servir à héberger des malades.

_ Le cabinet d'explorations fonctionnelles est tout établissement disposant d'un ensemble de moyens complémentaires aux examens cliniques et radiologiques pouvant conduire à l'appréciation morphologique et, si possible à la mesure de l'état de fonctionnement d'un organe ou d'un appareil.

_ Le cabinet de radiologie, dont la vocation essentielle est le diagnostic, ne peut en aucun cas héberger des malades.

Le centre de rééducation a pour vocation de rétablir le cours normal de certaines fonctions chez des sujets atteints d'infirmité ou d'apprendre à des convalescents à recouvrer l'usage de certaines facultés.

Le centre de cure est un établissement spécialisé dans le traitement méthodique et suivant des règles précises, de certaines maladies.

Les établissements pharmaceutiques

L'officine de pharmacie est un établissement affecté à l'exécution des ordonnances magistrales, à la préparation des médicaments inscrits aux pharmacopées autorisées et à la vente des produits.

Le drugstore est une officine exploitée par un pharmacien diplômé dans un complexe commercial.

Le dépôt de produits pharmaceutiques est tout établissement affecté à la vente des produits pharmaceutiques autorisés par la réglementation en vigueur dans une localité dépourvue d'officine ouverte au public.

Le laboratoire d'analyses biomédicales concerne toutes analyses biomédicales qui relèvent, de la bactériologie, de la parasitologie de l'immunologie, de l'hématologie, de l'anatomopathologie et de la biochimie.

L'établissement d'opticien-lunetier est un établissement privé autonome ou intégré dans une officine de pharmacie affecté à l'exécution des ordonnances de lunettes par un médecin spécialisé en ophtalmologie.

Les établissements d'odontostomatologie

— La clinique d'odonto-stomatologie est un établissement privé d'hospitalisation, accueillant les malades, les blessés pouvant y recevoir dans le domaine des affections odontologiques orales et maxillo-faciales.

— Le cabinet dentaire est un cabinet de consultation et de soins odontologiques qui ne peut en aucun cas héberger des malades. Il peut être doté d'un laboratoire de prothèse dentaire.

— Le laboratoire de prothèse dentaire a vocation d'un centre pour l'élaboration des différentes sortes de prothèses dentaires et ne peut en aucun cas servir de cabinet de consultation.

Les établissements de génie sanitaire,

— Le laboratoire d'analyse des eaux et des aliments est un établissement de santé affecté aux analyses physico-chimiques et biologiques des eaux et aliments.

— Le bureau d'étude ou cabinet d'ingénieurs sanitaires-conseils est un groupement de spécialistes de génie sanitaire pouvant donner des prestations dans les domaines suivants (art 52 du Decret):

- .étude de factibilité technique de tout système ayant une incidence directe sur la santé des individus ou des collectivités.
- .assistance technique pour l'exploitation des ouvrages.
- .assistance pour l'installation des systèmes de génie sanitaire.

— La société ou entreprise de prestation de génie sanitaire qui est un établissement spécialisé dans l'exécution des travaux de génie sanitaire, l'exploitation des ouvrages ou la maintenance des matériels techniques.

Le Décret 177 fixe par ailleurs certaines des conditions réglementaires de l'exercice privé des professions sanitaires, ainsi que les précisions concernant l'inspection des établissements sanitaires.

*LES PROCEDURES

+ L'obtention de l'autorisation légale d'exercer la médecine privée: agrément.

Aux termes de l'art 2 du Décret, tout postulant à l'exercice privé d'une profession sanitaire doit formuler une demande d'autorisation d'exercer (agrément) au près du Ministre chargé de la santé Publique. Cette demande doit en outre préciser la profession choisie par le postulant et le lieu d'exercice de cette profession.

L'article 3 ajoute que la demande doit être accompagnée de:

- .un extrait d'état civil,
- .un extrait de casier judiciaire,
- .un certificat de nationalité,
- .un certificat de résidence,
- .une copie du diplôme correspondant à la profession choisie,
- .une attestation d'inscription au tableau de l'ordre de la profession correspondante.

Cette demande est transmise sous le couvert de l'ordre concerné. Enfin l'article 5 stipule que toute personne qui exerce une profession sanitaire est tenue de l'exercer personnellement; toutefois, elle est autorisée à se faire aider par un personnel qualifié sous sa responsabilité.

+ L'exploitation d'un établissement de santé privé : la licence

d'exploitation.

Les dispositions du Décret à ce sujet sont les suivantes:

- L'article 6 précise que toute ouverture d'un établissement de santé privé, tout achat ou tout transfert d'un établissement de santé doit faire l'objet de l'octroi d'une licence d'exploitation délivrée par l'autorité compétente.

- L'article 7 stipule que la demande de licence d'exploitation d'un établissement de santé doit comporter =

- . Toute pièce justifiant que le candidat à l'installation est propriétaire ou locataire du local proposé ou propriétaire du terrain sur lequel, la création est envisagée (acte de vente attestation notariale, bail commercial, promesse de vente ou de location).
- . Un plan coté des locaux avec une brève description de l'aménagement futur.

La demande de licence d'exploitation est adressée au Ministre chargé de la Santé Publique qui accorde la licence d'exploitation seulement au vu d'une attestation de conformité délivrée par l'Inspecteur en chef de la Santé Publique et des Affaires Sociales sur avis motivé de la Commission Technique chargée de la vérification des installations privées.

C'est ainsi qu'il a été créé par Décision N°324/MSP-AS du 27 Octobre 1987, au niveau du District de Bamako et de chaque région ainsi que du cercle, une commission ad hoc placée sous l'autorité du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

COMPOSITION DE LA COMMISSION

Au niveau du District de Bamako :

- . l'inspecteur en chef de la Santé Publique et des Affaires Sociales;
- . le Directeur National de la Santé Publique;
- . le Directeur National des Affaires Sociales;
- . le Directeur National de l'Hygiène Publique et de l'assainissement;
- . le Directeur de la Cellule Exécutif du Programme de Renforcement des Infrastructures Sanitaires dans les Régions de Tombouctou et de Koulikoro.

Au niveau des Régions :

- . le Directeur Régional de la Santé Publique;
- . le Directeur Régional des Affaires Sociales;
- . le Directeur Régional de l'Hygiène Publique et de l'Assainissement;
- . le Directeur Régional de l'Urbanisme et de la construction;
- . un Pharmacien.

Au niveau du Cercle :

- . le Médecin Chef du Centre de Santé;
- . l'Agent du Bureau d'Hygiène et de l'Assainissement;
- . le Chef du Centre de Développement Communautaire;
- . l'Agent du Génie Civil et de la Construction;
- . un Pharmacien.

Cette commission a pour mission d'effectuer la visite technique préliminaire, en vue de la délivrance des licences d'exploitation des établissements sanitaires privés situés sur le ressort relevant de sa compétence.

A cet effet, elle vérifie la conformité des locaux, des équipements et des pièces justificatives de l'engagement du personnel minimum exigé.

Au terme de cette visite la Commission fournit un rapport circonstancié assorti d'un avis motivé sur l'opportunité de la délivrance de la licence d'exploitation demandée.

*INSPECTION DES ETABLISSEMENTS SANITAIRES PRIVES

Conformément à l'article 57, les établissements de santé privés sont placés sous le contrôle du Ministre chargé de la Santé Publique et des Affaires Sociales et sous le contrôle des Ordres professionnels sanitaires.

Et l'inspection de ces établissements porte sur =

- . les conditions d'infrastructure et d'équipement;
- . le nombre et la qualité du personnel technique;
- . le fonctionnement de ces établissements;
- . le respect et l'application des textes législatifs en vigueur.

Le contrôle exercé par le M.S.P - A.S s'effectue par l'intermédiaire de l'Inspection chargée des établissements de santé. On sait que cette inspection a entre autres missions, a contrôler et d'inspecter les organismes et agents opérant dans le domaine sanitaire sur l'ensemble du territoire national.

Dans le cas particulier du cabinet de consultation médical, l'inspection doit constater :

- la régularité de la situation professionnelle du médecin, notamment son inscription à l'Ordre des Médecins et la possession d'une licence d'exploitation du cabinet délivrée par le Ministre chargé de la Santé Publique;

- la bonne tenue du cabinet, l'état de propreté, la qualité des prestations qui y sont dispensées;

- la présence du médecin titulaire : lorsque celui-ci est absent le cabinet doit être géré par un confrère assistant ou un remplaçant;

- l'existence dans le cabinet des registres réglementaires (un quittancier, un registre de soins, des fiches médicales);

- le respect des normes structurales de l'établissement sanitaire.

Et l'inspection de ces établissements doit faire l'objet d'un rapport adressé au Ministre chargé de la Santé Publique et aux Ordres correspondants.

Pour ce qui est de l'Ordre, en matière de contrôle, il veille au respect des principes de moralité contenus dans le Code de Déontologie =

+ au respect de l'indépendance professionnelle des médecins dans les cabinets de consultation.

+ dans le cadre de l'exploitation d'un cabinet en société à responsabilité limitée, que la participation médicale soit majoritaire; mais dans le cas d'une société en nom collectif, tous les associés doivent être des médecins.

L'Ordre National des Médecins doit également veiller à l'accès à la profession.

Enfin il convient de rétenir que ce contrôle exercé par l'Ordre s'effectue indépendamment de celui pratiqué par l'inspection chargée de la Santé.

1.3. L'ARRETE N°5107/MSP-AS du 5 Mai 1986 Portant modalités d'application du Décret N°177/FG-RM portant organisation de l'exercice privé des professions médicales et paramédicales.

Cet Arrêté rappelle certaines des conditions requises à l'exercice privé de la médecine déjà prévues par l'article 5 de la loi 85-41 et les articles 2 , 3 , 4 , 5 , 6 et 7 du Décret 177. Un établissement médical ou paramédical peut être exploité par :

- une personne physique nécessairement pourvue d'un diplôme (profession sanitaire). Ce postulant doit être inscrit au tableau de l'ordre correspondant (sauf le cas particulier des professionnels paramédicaux) ;
- une personne morale : deux types de sociétés sont reconnus par la loi ; il s'agit de :
 - . la société en nom collectif où tous les associés sont membres des professions médicales ou para médicales.
 - . la société à responsabilité limitée où les associés membres des professions sanitaires sont majoritaires.

L'Arrêté 5107 range les établissements privés médicaux et paramédicaux en établissements de consultations et de soins d'une part, et en établissements d'hospitalisation médicale d'autre part.

L'article 7 énumère les établissements médicaux et paramédicaux. Ce sont :

- . le cabinet de consultation,
- . la clinique d'hospitalisation et d'accouchement,
- . le cabinet de soins (physiothérapie, kinésithérapie, soins infirmiers),
- . le laboratoire d'explorations fonctionnelles,

- . le laboratoire d'analyses biomédicales,
- . le cabinet de radiologie,
- . le centre de rééducation,
- . le centre de cure.

On entend par établissements privés d'hospitalisation médicale =

- . la clinique médicale,
- . la clinique chirurgicale,
- . la clinique d'accouchement.

L'Arrêté fournit ensuite dans le détail les normes s'attachant à ces établissements médicaux et paramédicaux au point de vue :

- des infrastructures et de l'équipement technique;
- de l'équipement hôtelier;
- du menu;
- et des registres.

Citons deux exemples : . la clinique chirurgicale
 . le cabinet de consultation.

* Les cliniques chirurgicales disposent de :

- Au point de vue infrastructure et équipement technique :
 - . un bloc chirurgical,
 - . une salle de stérilisation,
 - . un dispositif d'incinération.

1- le bloc chirurgical comprend :

a)- au titre des infrastructures :

- . deux salles d'opérations de 16 m² au minimum chacune (une aseptique, une septique) pour 30 lits;
- . une salle de réanimation avec un lit de réanimation

pour 10 lits d'hospitalisation (4 m² par lit de réanimation);

- . une salle de radiologie de 29 m² au minimum;
- . une salle de soins de 13 m² au minimum.

b)- au titre de l'équipement technique :

- . une table d'opération;
- . des boites chirurgicales complètes pour les interventions pratiquées dans la clinique;
- . un appareil d'anesthésie à circuit fermé et accessoires
- . une ou plusieurs tables pour le matériel médico-chirurgical;
- . une lampe scialytique;
- . un climatiseur;
- . un bistouri électrique;
- . un terminal de distribution centrale d'oxygène;
- . un terminal d'aspiration centrale;
- . un aspirateur chirurgical électrique;
- . un lavabo d'eau stérile qui doit être situé en dehors de la salle d'opération.

2- La salle de stérilisation doit comprendre l'équipement technique suivant :

- . une paillasse ou un meuble en tenant lieu;
- . un lavabo à deux compartiments au minimum;
- . un autoclave et un poupinel;
- . une armoire..

3- Un dispositif d'incinération des déchets.

Par ailleurs chaque clinique privée doit disposer en outre de:

- . une installation téléphonique;
- . une cuisine avec réfrigérateur ou congélateur ou chambre froide;
- . un service administratif.

- Au point de vue équipement hôtelier :

Les différentes chambres d'hospitalisation doivent disposer au minimum de l'équipement hôtelier ci-après :

*Chambre de première catégorie : (surface utile : 10 m² au minimum).

- . climatisée;
- . un lit avec table de nuit;
- . un berceau avec moustiquaire en chambre de maternité;
- . un fauteuil;
- . une armoire;
- . une sonnerie;
- . un sanitaire complet (WC, bidet, lavabo, douche);
- . un terminal de distribution centrale d'oxygène.

* Chambre de deuxième catégorie (surface utile : 19 m² au minimum) :

- . deux lits au maximum;
- . un berceau par lit avec moustiquaire en chambre de maternité;
- . une douche, wc et bidet, un lavabo;
- . un ventilateur au plafond ou ventilateur sur pied;
- . une chaise par lit;

- . une table de nuit par lit;
- . une armoire par lit;
- . une sonnerie par lit;
- . un terminal de distribution centrale d'oxygène.

* Chambre de troisième catégorie (surface utile 32 m² au minimum) :

- . quatre lits au maximum;
- . un berceau par lit avec moustiquaire en chambre de maternité;
- . une table de nuit par lit;
- . une armoire compartimentée;
- . une sonnerie;
- . un groupe sanitaire (wc, douche, lavabo, bidet) non incorporé;
- . un terminal de distribution d'oxygène.

Par ailleurs, il est à signaler que le nombre maximum de lits autorisé dans une clinique ou une polyclinique est de 90 lits. Tout accroissement de la capacité d'hospitalisation doit être soumis à une autorisation du Ministre chargé de la Santé Publique.

Au point de vue personnel: la clinique chirurgicale doit disposer en permanence d'un effectif minimum en personnel qui se compose comme suit :

- . un chirurgien;
- . un anesthésiste;
- . un infirmier pour 10 lits;
- . un garçon ou une fille de salle pour 10 lits;
- . un cuisinier.

* dans la salle de réanimation:

- . un infirmier pour 4 lits;
- . un aide-soignant pour 10 lits;
- . un garçon ou une fille de salle pour 10 lits.

Il faut également ajouter que la clinique chirurgicale peut faire appel à des vacataires sur contrat. Ce contrat doit être approuvé par le Ministre chargé de la Santé Publique.

Exceptée la clinique d'accouchement, tous les établissements d'hospitalisation sont placés sous la responsabilité effective d'un médecin exerçant à plein temps. Toutefois, les cliniques d'accouchement tenues par des sages-femmes, doivent recourir à un service de supervision technique assuré par un médecin exerçant à plein temps ou par un médecin vacataire.

Au point de vue du menu:

Le menu, dans les établissements d'hospitalisation privés, doit répondre aux normes de diététique en rapport avec la catégorie d'hospitalisation et la nature de la maladie.

Au point de vue des registres:

Dans tous les établissements d'hospitalisation sont tenus:

- . un quittancier;
- . un registre d'entrée et de sortie des clients;
- . un registre de soins;
- . un dossier clinique;
- . des registres de recettes et de dépenses.

Il doit être tenu en outre:

- . dans les cliniques chirurgicales, un cahier de protocole opératoire qui décrit en détail le déroulement de toutes les interventions chirurgicales.

Ces archives doivent être conservées pendant cinq ans.

* Les cabinets de consultation médicale

Au point de vue infrastructure: le cabinet de consultation médicale doit comporter au minimum:

- . un bureau de médecin ou à défaut, une salle de consultation pouvant servir de bureau;
- . une salle d'attente et de réception (16 m²)
- . une salle de soins;
- . des toilettes.

Au point de vue équipement technique: tout cabinet de consultation médicale doit comporter l'équipement minimal suivant:

- . une table de consultation, un escabeau;
- . une source de lumière maniable;
- . une boîte complète d'instruments médicaux pour consultation médicale;
- . un stérilisateur;
- . un pese-personne;
- . un stéthoscope;
- . un tambour de doigtiers et de gants stériles;
- . une armoire pour médicaments d'urgence;
- . une poubelle fermée.

Au point de vue registre: dans tout cabinet sont tenus:

- . un quittancier;
- . un registre de soins;
- . des fiches médicales.

Ces archives doivent être conservées pendant cinq ans.

Enfin, les cliniques chirurgicales peuvent disposer éventuellement d'un laboratoire d'analyses biomédicales.

1-4 L'ARRETE INTERMINISTERIEL N°3344/MFC/MSP-AS du 15 Décembre 1986 fixant les tarifs et barèmes des actes médicaux et de l'hospitalisation dans le secteur privé (6) (Annexe I).

Cet arrêté fixe les tarifs de tous les actes que peuvent avoir à accomplir les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et les paramédicaux; chacun dans son domaine de compétence. La liste de tous ces actes ou nomenclature des actes professionnels est annexée au présent arrêté.

Tout acte est désigné par une lettre clé et un chiffre indiquant le coefficient indiciaire.

Les chiffres ou coefficients indiciaires indiquent la valeur relative de chaque acte.

La lettre clé est un signe dont la valeur en unité monétaire est établie en vue de déterminer les tarifs des actes médicaux.

Selon le type d'acte, les lettres clés à utiliser sont les suivantes:

- . Cm = consultation par le médecin généraliste;
- . Cd = consultation par le chirurgien-dentiste;
- . Cs = consultation par le médecin spécialiste;
- . Cf = consultation par la sage-femme;
- . Z = actes afférents à l'électro-radiologie;
- . K = tous les actes qui ne sont pas des
actes d'électro-radiologie
- . H1 = journée d'hospitalisation en première catégorie
dans un établissement de santé privé;
- . H2 = journée d'hospitalisation en deuxième catégorie

dans un établissement de sante privé;

- . H3 = journée d'hospitalisation en troisième catégorie dans un établissement de santé privé.

Les tarifs des consultations ordinaires, toutes taxes comprises, sont fixés d'après l'arrêté 3344, comme suit:

- . Cm = 4.185 F.CFA
- . Cd = 4.230 F.CFA
- . Cs = 5.945 F.CFA
- . Cf = 2.350 F.CFA

Ces tarifs des consultations ordinaires sont affectées de - coefficients multiplicateurs : 1,5 pour les consultations de nuit, de dimanche et jours fériés;
- coefficient multiplicateur : 2,00 pour les visites à domicile du malade.

La valeur indiciaire des actes médicaux et chirurgicaux, toutes taxes comprises d'après l'arrêté 3344, est fixée comme suit:

- . Z = 1.420 F.CFA
- . K = 690 F.CFA

Les tarifs de la journée d'hospitalisation, toutes taxes comprises, sont fixés comme suit:

- . H1 = 18.600 F.CFA
- . H2 = 13.560 F.CFA
- . H3 = 9.040 F.CFA

Lors de l'admission en clinique, les malades sont tenus au versement d'une provision dont le montant correspond à celui de trois jours d'hospitalisation. Cette provision n'est acquise que pour le nombre de jours effectivement passé à la clinique.

Pour les malades dont la prise en charge intégrale ou partielle est assurée par une personne morale, la fourniture d'une pièce certifiant la prise en charge est obligatoire.

Signalons aussi, qu'à cet arrêté est annexée la nomenclature des actes professionnels (voir annexe).

Pour conclure sur l'arrêté 3344, signalons qu'un texte tout récent vient, semble t-il, de tout remettre en question concernant le contenu de cet arrêté:

il s'agit du Décret N°89-455/FG-RM du 30 Décembre 1989 portant détermination de la procédure de fixation des prix (13) (Annexe). D'après ce Décret (art.3) le prix des produits pharmaceutiques humains et vétérinaires, sont soumis au régime de l'homologation rigide et déterminés par arrêté conjoint du Ministre chargé du commerce et du Ministre chargé du secteur concerné; c'est également le cas des hydrocarbures (art.4), des transports urbains (art.7), des transports internationaux de marchandises*. L'article 8 précise que tous les produits et services non visés aux articles précédents sont placés sous le régime de la liberté des prix et des engagements réciproques. C'est sans nul doute le cas des prestations sanitaires, ce qui d'après nous, place les tarifs médicaux sous le régime de la libre entente entre médecins et malades.

* Aux dernières nouvelles (Compte-rendu du Conseil des Ministres du mercredi 17 octobre 1990) on vient de modifier ce Décret lui même: de ce fait, reste seul soumis à l'homologation rigide le prix des Hydrocarbures.

SECTION 2 LES DISPOSITIONS RELATIVES A L'ORGANISATION
PROFESSIONNELLE.

2.1 LA LOI N°86-35 AN-RM du 12 Avril 1986 portant institution
de l'Ordre National des Médecins (4) (Annexe II).

La loi n°86-35 votée par l'Assemblée Nationale le 24 Janvier 1986 institue en République du Mali, l'Ordre des Médecins dont le siège est à Bamako.

Au titre de l'organisation (art.1 à 4)

L'Ordre National des médecins est l'organisme professionnel qui regroupe obligatoirement tous les médecins et chirurgiens-dentistes autorisés à exercer au Mali.

L'Ordre National des Médecins comporte quatre sections:

- la section A regroupe tous les médecins généralistes exerçant dans le privé;
- la section B regroupe tous les chirurgiens-dentistes exerçant dans le privé;
- la section C regroupe tous les spécialistes exerçant dans le privé;
- la section D regroupe les médecins et chirurgiens dentistes fonctionnaires et tous les médecins et chirurgiens-dentistes exerçant au Mali et non susceptibles de faire partie des sections A, B et C.

L'Ordre National des médecins comporte (art.5):

- un Conseil National;
- des Conseils Centraux;
- des Conseils Régionaux.

Le détail de l'organisation et du fonctionnement des différents conseils sera précisé dans le règlement intérieur adopté par l'Assemblée Générale de l'Ordre National des Médecins

Au titre des conditions générales d'inscription à l'Ordre (art. 29 à 36)

Aucun médecin ou chirurgien-dentiste ne peut exercer son art sur le territoire de la République du Mali, s'il n'est régulièrement inscrit à l'Ordre National des Médecins, à l'exception des médecins et chirurgiens-dentistes appartenant au cadre actif de l'armée.

Par ailleurs, nul ne peut être inscrit au tableau de l'Ordre s'il ne remplit les conditions suivantes:

- . être titulaire du diplôme d'Etat de docteur soit en médecine soit en chirurgie-dentaire ou d'un titre jugé équivalent;
- . être de nationalité malienne ou ressortissant d'un Etat accordant la réciprocité.

Le postulant est en plus, tenu de fournir certaines pièces et de remplir un questionnaire dont le détail sera fixé par le Conseil National de l'Ordre.

Au titre de la discipline (art.37 à 51):

Le Conseil National de l'Ordre siège comme formation disciplinaire. Il agit à la demande, soit des commissions disciplinaires, soit du Ministre chargé de la Santé Publique, soit du Ministre chargé de la Justice, soit des parties.

Le Conseil National statue par arrêt motivé et prononce

l'une des sanctions suivantes:

- l'avertissement;
- le blâme;
- l'interdiction temporaire d'exercer;
- la radiation du tableau de l'Ordre.

Au titre de l'association, du remplacement et de
l'honorariat (art 52 à 59)

L'association entre médecins, chirurgiens, pharmaciens, sages-femmes, est autorisée. Elle est obligatoirement constatée par écrit. Un exemplaire du contrat est remis au Conseil National de l'Ordre, aux Conseils Centraux et Régionaux et au Ministre chargé de la Santé Publique.

Les médecins associés sont individuellement responsables vis-à-vis des clients de l'association. Le contrat d'association doit préciser clairement les droits de chaque associé. Il doit être établi conformément à la législation en vigueur et aux principes du code de déontologie médicale.

Le contrat d'association peut être établi par un notaire ou selon un contrat type élaboré par le Conseil National de l'Ordre.

Quand l'exercice de la profession se fait en groupe, il est interdit de faire usage d'une dénomination autre que l'appellation du groupement des membres de la profession, suivie le cas échéant des mentions de spécialisations.

Pour ce qui est du remplacement, le praticien titulaire en vacances ou momentanément empêché, peut être remplacé par un autre praticien. Le remplaçant est nommé par le président du

Conseil National de l'Ordre. L'action de nomination en fixe la durée. Le remplaçant assure sous sa responsabilité la gestion de l'établissement médical dès sa désignation. Les revenus de l'établissement au cours de cette période, sont partagés à la convenance des parties intéressées.

En cas de décès ou d'empêchement grave d'un praticien sans associés, le Président du Conseil National de l'Ordre doit désigner immédiatement un confrère pour gérer et éventuellement liquider les affaires en cours pour le compte des ayants-droits.

Enfin, l'apposition des scellés, obligatoire pour les locaux occupés par l'établissement médical, et leur levée seront requises par le Président du Conseil National de l'Ordre ou le confrère désigné en présence d'un membre de la famille du praticien ou de son représentant.

Au titre de l'honorariat: le praticien qui a exercé sa profession avec honneur, pendant dix années consécutives et qui a donné sa démission peut obtenir le titre de médecin ou chirurgien-dentiste honoraire. Le médecin ou chirurgien-dentiste honoraire reste soumis à la juridiction disciplinaire du Conseil National de l'Ordre. Ses droits et devoirs sont déterminés par le règlement intérieur.

Au titre de l'exercice illégal de la médecine:

Exerce illégalement la profession de médecin ou chirurgien-dentiste :

- toute personne qui prend habituellement ou par direction suivie même en présence d'un médecin ou d'un chirurgien-dentiste à l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement de maladies ou d'affections chirurgicales, congénitales ou acquises, réelles ou supposées, par actes personnels, consultations verbales ou écrites; ou par tous autres procédés quels qu'ils soient, sans être titulaire d'un diplôme dont la validité est reconnue;
- toute personne qui se livre aux activités définies à l'alinéa précédent, sans être de nationalité malienne, le tout sans préjudice des dispositions contenues dans les accords internationaux;
- toute personne qui, munie d'un titre, sort des attributions que la loi lui confère, notamment en prêtant concours aux personnes visées à l'alinéa 1 et 2 à l'effet de les soustraire aux prescriptions du présent paragraphe.

Notons que ces dispositions ne s'appliquent pas :

- aux étudiants en médecine, aux sages-femmes, aux infirmiers et gardes-malades dans la mesure où ils agissent comme aide d'un docteur en médecine qui les place auprès de ses malades et sous contrôle.
- aux sages-femmes et aux infirmiers placés à la tête des formations sanitaires de l'Etat, ainsi qu'aux agents de santé communautaire.

L'exercice illégal de la profession de médecin ou de chirurgien-dentiste est un délit.

Il est puni des peines prévues par le Code Pénal, c'est à dire d'un emprisonnement de six mois à deux ans, et d'une amende de 25.000 à 500.000 F CFA, ou de l'une de ces deux peines

seulement. En cas de récidive, le maximum de l'amende est toujours prononcé. La complicité du matériel ayant permis l'exercice illégal peut être prononcée.

L'usurpation d'un titre de paramédical est punie dans les mêmes conditions.

2-2 LE CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE ANNEXEE A LA LOI 86-35 PORTANT INSTITUTION DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS (5) (Voir annexe III)

Q'est ce que la déontologie?

La déontologie (déon-tos, ce qui est convenable; logos, science) a sa place entre la morale et le droit, empiétant sur l'une et sur l'autre.

La morale dit ce qui est bien et ce qui est mal, le droit ce qui est juste et ce qui est interdit, la déontologie indique la conduite à suivre dans diverses circonstances.

Elle est plus détaillée et plus nuancée que la morale et que le droit, car elle envisage des situations concrètes, vivantes (43).

C'est presque toujours pour des professions qu'on parle de déontologie. Il y a une déontologie professionnelle de l'avocat, du notaire, de l'enseignant, du journaliste, de l'écrivain... Il y a une déontologie médicale. La nature des responsabilités du médecin (la santé, la vie) le caractère original du contrat tacite qui lie médecin et malade, le grand nombre des "cas de conscience" que l'on rencontre en médecine, rendent tout à fait nécessaires, quel que soit le statut dans le quel la médecine est exercée, des règles déontologiques.

Le Code de Déontologie donne l'essentiel de ces règles. Mais parce que la déontologie est concrète et nuancée, on y trouve mêlés des principes moraux, des principes juridiques, des modalités d'application de ces principes, des règles coutumières, des recommandations (43).

HISTORIQUE DE LA DEONTOLOGIE MEDICALE EN FRANCE:

L'origine des règles de la profession médicale est très ancienne, et si l'évolution de la législation modifie selon les conditions sociales les règles pratiques d'application des principes moraux transmis à travers les âges et dans les pays par des générations de médecins, leur valeur morale immuable persiste depuis le serment d'Hippocrate qui par ailleurs a servi de base à la rédaction du "devoir de communauté" imposé par la plus part des professions médicales à leurs membres. A l'époque contemporaine, il semble que ce soit le congrès international de médecine professionnelle de juillet 1900 qui, pour la première fois, souhaita la rédaction d'un Code de Déontologie; en 1910, un règlement de déontologie en 60 articles a été adopté par le syndicat des médecins de Toulouse; en 1914 un "code raisonné de déontologie médicale" a été approuvé par le syndicat des médecins de Bordeaux; en 1920, le syndicat de l'Hérault a adopté un code complet en 32 articles; puis, après des années de stagnation, c'est la naissance de la confédération des syndicats médicaux Français réunissant tous les syndicats médicaux; cette confédération syndicale a édité un Code de Déontologie en 1931, qui a été le guide des médecins Français pendant dix années et dont les prescriptions étaient fréquemment appliquées par des tribunaux judiciaires. (37)

En 1941, l'Ordre National des Médecins Français nouvellement créée, a publié un nouveau Code de Déontologie élaboré par son Conseil National; ce texte a été soumis ensuite au Conseil d'Etat qui l'avait modifié en partie; quelques années après, en 1947, ce texte devenait officiellement par Décret gouvernemental un Règlement d'Administration Publique; mais il a été rémanié à nouveau, puis remplacé par celui du 28 novembre 1955. Il a fallu modifier les textes, les adaptés aux réalités concrètes, pratiques du moment, suivant le rythme des modifications intervenues pour l'exercice de la médecine et les différentes spécialités (37). Nous observons que toutes les modifications des textes qui avaient pu intervenir, avaient eu pour objectif de spécifier les particularités de l'exercice médical, sans aucune transformation des valeurs morales.

Les obligations morales et légales de la profession ainsi édictées en Code de Déontologie, ont valeur de loi pour tous les membres de la profession.

Le Code de Déontologie du Mali :

Au Mali, après institution de l'Ordre National des Médecins par la loi 86-35; fut annexé à cette même loi un Code de Déontologie Médicale. Ainsi ce Code de Déontologie Médicale qui est donc une loi au Mali est composé de six titres qui sont :

- Les devoirs des médecins, au titre premier;
- Les devoirs des médecins envers les malades, au titre deuxième;
- Les devoirs des médecins en matière de médecine sociale, au titre troisième;
- Les devoirs de confraternités, au titre quatrième;

- Les devoirs des médecins envers les membres des professions médicales et paramédicales, au titre cinquième;
- Les dispositions diverses, au titre sixième.

Le Code de Déontologie est un texte où sont réunies des règles de morale professionnelle, des dispositions réglementaires, des recommandations. Il ne ressemble ni à un code pénal (qui qualifie les fautes et les peines), ni à un Code de la route (pure réglementation). Souvent il ne donne qu'une indication générale, et la solution du cas individuel est laissée au jugement et à la conscience des praticiens. (19)

On peut remarquer que la déontologie a des racines très anciennes. Le serment d'Hippocrate est connu de tout le monde. Mais la déontologie médicale est l'objet d'études inépuisables, elle doit évoluer avec les changements qui interviennent dans les techniques médicales, et avec l'évolution sociale. Périodiquement le code de déontologie est adapté, mis au point, rémanié. La liberté du malade, l'indépendance du médecin, la conscience professionnelle, en sont les traits essentiels. (19)

D'une manière générale ses dispositions ont été conçues pour la protection des malades et la garantie d'une médecine de qualité.

Rappelons que l'Ordre National des Médecins a parmi ses buts de veiller au respect par tous ses membres des devoirs professionnels, des règles édictées par le code de déontologie médicale.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins chargé du pouvoir disciplinaire doit motiver sa décision en se référant explicitement aux dispositions du Code de Déontologie qui auront été violées.

2.3. LE REGLEMENT INTERIEUR (7) (Annexe III)

Un règlement intérieur est un ensemble ordonné de règles, qui définit la discipline à observer à l'intérieur d'un groupe, qui préside au fonctionnement d'un organisme.

Le règlement intérieur prévu par les articles 13 et 14 de la loi 85-41/AN-RM et l'article 28 de la loi 86-35/AN-RM, s'impose à tous les médecins et chirurgiens-dentistes inscrits à l'ordre.

Il a pour but de déterminer le détail de l'organisation et du fonctionnement du Conseil National, des Conseils Centraux de Section, et des Conseils Régionaux de l'Ordre National des Médecins.

Ce Règlement Intérieur a été élaboré par le Conseil National de l'Ordre des Médecins et adopté par l'Assemblée Générale des Médecins.

CHAPITRE II : ORGANISATION DE LA PROFESSION MEDICALE

Même libérale, toute profession comprend une certaine organisation concernant les diplômes reconnus et l'exercice de la profession.

L'organisation de la médecine malienne dépend du pouvoir exécutif (Ministère), d'un ordre corporatif (Ordre des Médecins), et des syndicats médicaux.

SECTION 1 : LE MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES (MSP AS).

L'administration sanitaire est confiée actuellement au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales. Ce ministère n'est pas seulement la seule instance gouvernementale intéressée par les problèmes médicaux : Les Ministères de la Justice, de l'Emploi et de la Fonction Publique, de la Défense Nationale (pour la médecine militaire), de l'Education Nationale (écoles de santé), ont également l'occasion d'intervenir dans ce domaine tant il est vrai que les questions de santé ne peuvent être isolées des autres difficultés d'organisation de la société.

Au Mali, la conception, l'exécution et l'évaluation des politiques de santé sont confiées au département chargé de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Le M.S.P-A.S est organisé en :

- Administration centrale;
- Services extérieurs.

1.1. Administration Centrale (30)

Jusqu'en 1979, le Département de la Santé Publique et des Affaires Sociales ne comprenait que deux Directions et deux Organismes personnalisés (instituts) :

- La Direction Nationale de la Santé Publique.
- La Direction Nationale des Affaires Sociales.
- L'Institut National de Biologie Humaine.
- L'Institut National de la Pharmacopée et de la Médecine Traditionnelle.

La restructuration intervenue dans le courant de 1980 a été guidée par le souci de déconcentration des activités de la Direction Nationale de la Santé Publique.

Deux Directions nouvelles ont été créées à l'issue de cette restructuration :

- La Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale (D.N.P.F.S.S) véritable organe de conception et de contrôle de l'exécution des plans de développement socio-sanitaires, créée par la loi n°80-16 du 8 Mai 1980.

- La Direction Nationale de l'Hygiène Publique et de l'Assainissement (D.N.H.P.A), chargée de l'élaboration et de l'exécution de la politique d'hygiène et de l'assainissement, créée par la loi n°80-18 du 26 Mai 1980.

Des fonctions autrefois diffusées dans les attributions de l'ancienne Direction Nationale de la Santé Publique se trouvent exercées par des instances de rang national (établissements publics à caractères administratif) :

- L'Institut National de Recherche en Santé Publique (I.N.R.S.P) créé par la loi n°81-17 du Mars 1981 regroupe l'ancien Institut National de Biologie Humaine, le laboratoire central et les centres de recherche en santé rurale créés dans chacune des zones écologiques du pays: (Kolokani, Sélingué, Gourma-Rharous et Kita), se voit confier une vocation de recherche appliquée.

- L'Office Malienne de Pharmacie (O.M.P) récupérant les attributions de l'ancienne pharmacie d'approvisionnement, de l'institut de recherche en pharmacopée et médecine traditionnelle devient un organisme de recherche, de production, d'importation et de distribution de médicaments et de matériels techniques.

Le Cabinet du M.S.P-A.S joue un rôle accru de coordination des activités des Directions grâce à son renforcement par l'adjonction de nouveaux conseillers techniques.

La Cellule Administrative et Financière devenue la Division Administrative et Financière s'occupe de la politique du Département dans les domaines du personnel, du matériel et des moyens financiers.

1.2 Services Extérieurs .

1.2.1 niveau régional :

Parmi les services centraux, seule la DNPFSS n'a pas son repondant au niveau régional.

Ses attributions sont exercées par chacun des services régionaux grâce à l'appui technique des divisions "Economie de la Santé" des Directions Régionales de la Santé.

1.2.2 niveau cercle :

A ce niveau, l'administration des services socio-sanitaires est exercée par le Médecin-Chef de cercle qui joue le rôle de chef de file d'une équipe comprenant :

- . un agent de service social (technicien de développement communautaire).
- . un agent du service d'hygiène (technicien sanitaire).

1.2.3 niveau arrondissement :

L'infirmier d'état assure à ce niveau la coordination de toutes les activités socio-sanitaires.

ORGANIGRAMME DU MSP AS

MINISTRE

CABINET

Cellule Administrative et Financière
(C.A.F.)

Cellule d'Exécution du Programme de Renforcement des
Infrastructures Sanitaires
(Tombouctou et Koulikoro) CEPRIST I.K.

Inspection de la Santé
et des Affaires Sociales

Bureau de Coordination du Projet de
Développement Sanitaire - IDA 1422

Direction Nationale
de la Santé Publique

Epidémiologie et Prévention
Santé Familiale
Médecine Curative
Santé Scolaire et Sportive
Laboratoires Pharmaceutiques
Services Rattachés

Direction Nationale
Hygiène Publique
et Assainissement

Général Sanitaire
Sécurité de l'Environnement
Laborat. analysé de l'eau

Direction Nationale
des Affaires
Sociales

Développement Communautaire
Protection de la Famille
Services Rattachés: CR

Direction Nationale
Planification et
Formation Sanitaire
et Sociale

Etudes Programmation et Evaluation
Statistiques et Documentation
Formation

Institut National de
Recherche en Santé
Publique

Administration
Santé Communautaire
Bio-clinique
Production
Formation

Directions Régionales
de Santé Publique

Centres de Santé de Cercles
et Communes (52)

Centres de Santé d'Arrondissements (282)

Centres de Santé et maternités
aux Districts, Développement
des Villages

Directions Régionales
Hygiène Publique et
Assainissement

Services d'Hygiène de
Cercles et communes

Bureau d'Hygiène et
Assainissement d'Arrondissement

Directions Régionales des
Affaires Sociales

Services Sociaux des
Cercles et Communes

Centres de Développement
Communautaires d'Arrondissement

Ecoles de Formation
en Santé

E S S	E F D C	E F E P	E I P C / Pt	C S M K
-------	---------	---------	--------------	---------

Centres de Formation et de Recherches Appliquées (Santé rurale)				
K	O	L	O	K
A	N	I		
S	E	L	I	N
G	O	S	S	I

SECTION 2 : L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

2.1 Historique :

Jusqu'en 1982 il n'existait aucune association de médecins ou de pharmaciens en République du Mali.

Ce n'est que le 11 Mars 1982; que quelques médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes vont se regrouper dans une association dénommée "AMICALE DES MEDECINS PHARMACIENS ET CHIRURGIENS-DENTISTES DU MALI (A.M.P.C.D) pour élire un bureau provisoire.

Cette Amicale a son siège à Bamako.

Elle est sans caractère politique, syndical ou religieux.

L'A.M.P.C.D a pour but : (15)

- d'établir et de resserrer les liens de solidarité, de confraternité entre les médecins, pharmaciens et chirurgiens-dentistes du Mali;
- d'oeuvrer au développement et à l'application des soins, de l'enseignement et de la recherche dans les sciences médicales, pharmaceutiques et dentaires;
- d'oeuvrer au respect de la législation et de la déontologie en médecine, pharmacie et chirurgie-dentaire;
- d'aider les organismes nationaux chargés de l'information et de l'éducation sanitaire.

Le bureau provisoire élu le 11 Mars 1982 avait pour tâches : (14)

- rechercher un siège.
- faire reconnaître officiellement l'Amicale.
- mettre en place des Bureaux Régionaux.

- confectionner des cartes de membres et leur placement.
- récupérer les cotisations.
- mettre en place le Bureau National.

Et c'est l'A.M.P.C.D qui, en collaboration avec les autorités politiques et administratives a étudié les modalités d'institution de la médecine privée au Mali.

2.2 Définition de l'Ordre des Médecins

L'Ordre est un organisme professionnel doté de la personnalité civile et agissant sous sa seule responsabilité (art 2 loi N°86-35); son action est inspirée directement des principes du Code de Déontologie :

- a - respect de la vie et de la personne,
- b - égalité des soins pour tous,
- c - respect de l'action médicale qui doit s'exercer dans des conditions de qualité et de sécurité,
- d - obligation de secours,
- e - assistance en cas de danger public,
- g - secret professionnel,
- h - libre choix du médecin par le malade,
- i - entente directe entre malade et médecin pour les honoraires qui doivent être payés directement au médecin
- j - obligation de ne pas aliéner son indépendance professionnelle,
- k - interdiction de la publicité.

Par ailleurs tous les médecins doivent être inscrits au tableau de l'ordre des médecins à l'exception des médecins militaires et des médecins coopérants.

Enfin l'Ordre comprend des Conseils Centraux, Régionaux et un Conseil National dont les membres sont élus. Il tire ses ressources de la cotisation obligatoire de ses membres.

2.3. Missions de l'Ordre National des Médecins :

L'Ordre National des Médecins veille :

- aux principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la profession sur toute l'étendue du territoire par l'intermédiaire des Conseils Centraux et des Conseils Régionaux;
- à la défense de l'honneur et de l'indépendance de la profession;
- au respect par tous les membres des devoirs professionnels, des règles édictées par le Code de Déontologie Médicale;

L'Ordre des médecins est administré par un Conseil National de l'ordre qui a pour attributions principales :

- . de traiter toute question intéressant l'ordre;
- . de prononcer les sanctions disciplinaires;
- . d'arbitrer les litiges entre médecins et entre médecins et leur clientèle;
- . de gérer les biens de l'ordre, d'administrer les cotisations et autres ressources en vue d'assurer les secours; allocations ou avantages quelconques reconnus aux membres ou anciens membres de l'ordre, à leurs conjoints survivants

- ou à leurs enfants;
- . de créer et animer le bulletin de l'ordre;
- . d'étudier toute suggestion et faire toute proposition ayant trait à l'activité médicale.

Nous pouvons donc dire que l'ordre des médecins par l'intermédiaire de son Conseil National va exécuter un rôle normatif et de surveillance de la profession médicale, rendre utilement service à tous et enfin oeuvrer en faveur d'une politique cohérente de santé publique.

En ce qui concerne la normalité et la surveillance de la profession, il y a deux volets : d'une part, le rôle de l'ordre et de son Conseil National est de rappeler les normes à respecter par les membres de la profession en mettant à la disposition de ceux-ci un recueil des lois et des règlements en vigueur en vue de les éclairer sur tous les aspects de la profession médicale; d'autre part la mission de surveillance de l'exercice professionnel ne saurait être qu'un rôle d'inspection des activités professionnelles, donc un rôle de contrôle de la profession médicale: il s'agit pour le conseil de l'ordre de veiller à l'application des lois et des règlements de l'exercice professionnel. Il lui revient également la charge de veiller à un niveau de connaissances scientifiques et professionnelles adéquat chez les membres de la profession.

Par ailleurs le rôle du conseil de l'ordre ne se limite pas exclusivement à ses membres comme le syndicat à ses militants, mais s'élargit bien au-delà à toute la société. Il partage la responsabilité avec tous les services compétents d'offrir à la Société toutes les garanties nécessaires, en

veillant à ce que tout acte médical soit pratiqué par un professionnel agréé et compétent, car la médecine peut être considérée à juste titre comme un bien social permanent; c'est dans ce souci, que la médecine est diversifiée en spécialités. Il incombe, aussi au conseil de l'ordre la lourde responsabilité dans une société en perpétuelle devenir, de sauvegarder l'indépendance technique mais également l'indépendance d'esprit du médecin afin que la médecine demeure ce qu'elle est, une profession libérale.

Enfin, comme organe de concertation et de délibération, le conseil de l'ordre soumet ses vues aux pouvoirs publics sur les améliorations susceptibles d'être introduites dans le service de santé. Dans ce cas, il donne son avis ou est consulté sur toutes les questions qui se rapportent à la médecine et à son exercice. Ainsi, en tenant compte de la situation générale de la santé publique et des priorités à dégager, il peut faire des propositions sur la politique sanitaire aux pouvoirs publics pour une meilleure planification sanitaire.

L'Ordre n'est donc, en définitive, ni une académie, ni une simple "représentation", ni seulement un tribunal repressif ou une institution d'entraide, encore moins une concession faite au corporatisme: il gère un service d'intérêt général, il remplit au sein de la nation une fonction sociale, il veille à la sauvegarde de l'essentiel d'un ministère libéral, il est en la matière le conseiller des pouvoirs publics. Il le fait sous sa seule responsabilité et en pleine indépendance.

2.4. ORGANISATION DE L'ORDRE DES MEDECINS

L'Ordre National comporte :

- . Un Conseil National de l'Ordre.
- . Des Conseils Centraux de Section.
- . Des Conseils Régionaux.

2.4.1. Le Conseil National de L'Ordre (C.N.O).

Le C.N.O est composé de :

- . Dix membres élus par l'ensemble des médecins et chirurgiens-dentistes inscrits à l'ordre.
- . Deux membres suppléants élus ayant résidence professionnelle à Bamako.

Le C.N.O comporte au moins un représentant de chacune des quatre sections. Tous les médecins et chirurgiens-dentiste inscrits à l'ordre sont éligibles. Le vote a lieu au scrutin secret; il peut être fait par correspondance.

Le C.N.O est assisté avec voix consultative :

- . d'un représentant du Ministre chargé de la Santé Publique;
- . d'un représentant du Ministre chargé de la Justice;
- . d'un médecin ou chirurgien-dentiste représentant l'enseignement de la médecine et de la chirurgie dentaire.

Le C.N.O peut faire appel à toute personne qualifiée en cas de besoin. Les membres du C.N.O sont élus pour trois ans par l'Assemblée Générale qui est composée de tous les médecins et chirurgiens-dentistes inscrits à l'Ordre. Chaque membre est élu à la majorité des voix. Les membres sortants sont rééligibles. Le

C.N.O élit en son sein un président qui représente l'Ordre dans tous les actes de la vie civile. Il peut déléguer tout ou partie de ses pouvoirs à un ou plusieurs membres du C.N.O.

2.4.1.1. STRUCTURE DU C.N.O.

Le C.N.O des médecins comprend :

- Le Bureau du Conseil National;
- La Commission Disciplinaire du Conseil National;
- Les Commissions Spécialisées du Conseil National.

2.4.1.1.1 LE BUREAU DU CONSEIL NATIONAL

Il se compose de :

- Un Président;
- Un vice Président;
- Un Secrétaire Général;
- Un Secrétaire Général-Adjoint;
- Un Trésorier Général;
- Un Trésorier Général-Adjoint.

2.4.1.1.2 LA COMMISSION DISCIPLINAIRE DU CONSEIL NATIONAL

Il est créé au sein du C.N.O. une commission disciplinaire.

Cette commission est composée de :

- du Magistrat représentant le Ministre de la justice, qui en est le Président;
- de deux Conseillers nationaux élus, membres.

2.4.1.1.3 LES COMMISSIONS SPECIALISEES DU CONSEIL NATIONAL

Il est créé au sein du C.N.O. des Commissions Spécialisées dites commissions d'études qui sont:

- Une commission chargée des questions administratives et financières de la profession.
- Une Commission Scientifique et Culturelle.

- Une Commission Sociale et des Conflits.

Outre ces Commissions permanentes ,le C.N.O peut créer des commissions provisoires ayant pour but l'étude d'un problème précis.

Chaque commission d'étude comprend les membres, conseillers ou non,désignés par le bureau du C.N.O .Les Commissions d'Etudes sont présidées par des membres du Conseil National.Le Président du C.N.O. est membre de droit de toutes les Commissions d'Etudes.

2.4.1.2. FONCTIONNEMENT DU C.N.O.

2.4.1.2.1. Les tâches du C.N.O.:

Le C.N.O. traite de toute question intéressant l'Ordre des Médecins.Il étudie également toutes les questions ou projets qui lui sont soumis,notamment par les Pouvoirs Publics,les autres Ordres Nationaux,les Conseils Centraux de Section et les Conseils Régionaux,le Syndicat National de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Il fixe le montant de la cotisation annuelle,détermine également les quotités de ces cotisations qui reviennent respectivement au au Conseil National,aux Conseils Centraux de Section,et aux Conseils Régionaux.

Les cotisations sont obligatoires;leur taux varie selon les sections.

Le C.N.O. contrôle la gestion des Conseils Centraux de Section et des Conseils Régionaux de l'Ordre.

Le Conseil National gère les biens de l'Ordre. Il organise l'entraide professionnelle en vue d'assurer les secours, allocations ou avantages quelconques reconnus aux membres ou anciens membres de l'Ordre, à leurs conjoints survivants ou à leurs enfants.

2.4.1.2.2. La Commission Disciplinaire du Conseil National:

IL est créé au sein du Conseil National, une commission disciplinaire. Elle constitue l'élément fondamental de contrôle et de maintien de la discipline professionnelle.

La Commission reçoit et étudie les demandes de sanctions adressées au Conseil National, soit par les commissions disciplinaires des Conseils Centraux de Section ou des Conseils Régionaux de l'Ordre, soit par le Ministre chargé de la Santé Publique, soit par le Ministre de la Justice, soit par les parties. Dans tous les cas elle est saisie par le C.N.O.

Le Magistrat Président de la Commission Disciplinaire du Conseil National, saisi d'une demande de sanction disciplinaire, l'enregistre et la notifie dans la quinzaine au praticien mis en cause.

Il désigne également parmi les membres de sa commission un rapporteur qui procède à l'instruction de l'affaire.

Lorsque le rapporteur a achevé l'instruction, il transmet le dossier accompagné de son rapport au Magistrat Président de la Commission Disciplinaire qui l'a désigné.

La Commission Disciplinaire doit statuer alors dans le délai de quinze jours à compter de sa saisie.

A la fin de ses travaux, le Magistrat Président de la Commission Disciplinaire transmet le dossier de l'affaire avec les conclusions motivées de la Commission au Conseil National de l'Ordre siégeant comme formation disciplinaire.

Le C.N.O. statue sur le dossier et peut ordonner un supplément d'information, s'il s'estime insuffisamment éclairé.

Le C.N.O doit rendre sa décision dans un délai de trois mois lorsque le praticien mis en cause est présent sur le territoire et de six mois lorsqu'il est absent.

Les recours contre une sanction du Conseil National sont portés devant la Juridiction Administrative.

Le praticien frappé d'une sanction disciplinaire est tenu au remboursement des frais résultant de l'action engagée devant la juridiction par le Conseil National.

En ce qui concerne les propositions de sanctions disciplinaires, il peut s'agir :

- de l'avertissement,
- du blâme,
- de l'interdiction temporaire d'exercer,
- de la radiation du tableau de l'ordre.

- . Le blâme prive automatiquement l'intéressé du droit de faire partie du Conseil National de l'Ordre des Médecins pendant le mandat en cours.
- . Le médecin ou le chirurgien-dentiste frappé d'interdiction temporaire d'exercer doit, soit fermer son établissement, soit se faire remplacer dans les conditions prévues par les lois en vigueur. L'interdiction temporaire ne peut excéder trois ans. Elle prive l'intéressé du droit de faire partie du

Conseil National de l'Ordre des Médecins.

- La radiation prive définitivement le médecin ou le chirurgien-dentiste du droit de faire partie de l'Ordre National des Médecins du Mali. Le médecin ou le chirurgien-dentiste radié ne peut se faire inscrire à aucun Ordre d'un état accordant la réciprocité, ni à l'Ordre d'un état avec lequel le Mali entretient des relations de coopération sanitaire.

Les médecins et chirurgiens-dentistes fonctionnaires inscrits à l'Ordre relèvent du Statut Général des Fonctionnaires en matière disciplinaire. Le Conseil National peut intenter l'action disciplinaire à leur égard, auprès de l'autorité compétente, notamment à l'occasion d'actes pratiqués dans le privé. Par ailleurs l'exercice de l'action disciplinaire ne fait obstacle :

- ni aux poursuites que le Ministère Public ou les particuliers peuvent intenter devant les tribunaux répressifs;
- ni aux actions civiles en réparation d'un dommage;
- ni aux instances qui peuvent être engagées contre les médecins ou chirurgiens-dentistes en raison des abus qui leur seraient reprochés dans leur participation aux soins médicaux prévus par la législation sociale.

2.4.1.2.3. Les Commissions Spécialisées du Conseil National :

Les Commissions d'Etudes sont les organes de réflexion, de proposition et de concertation, créés par le C.N.O des médecins pour l'aider dans le cadre des attributions que la loi lui a confiées.

* La Commission chargée des questions administratives et financières de la profession saisie par le C.N.O étudie notamment les problèmes suivants de l'exercice =

- . l'installation du médecin ou chirurgien-dentiste;
- . les aspects législatifs et réglementaires des modalités d'installation;
- . le remplacement médical (réglementation);
- . les problèmes liés à l'application du droit médical et du Code de Déontologie et à l'éthique professionnelle.

La Commission peut également statuer sur toutes les questions touchant à l'organisation et au fonctionnement de l'Ordre National des Médecins.

* La Commission Sociale et des Conflits s'occupe des questions de Sécurité Sociale, notamment: les conventions entre le corps médical et les partenaires sociaux (services ou organismes publics, syndicats, caisses), la nomenclature, les tarifs, l'organisation et les prestations de soins.

Elle est dotée d'un pouvoir de conciliation, qu'elle exerce à la demande des intéressés, à l'occasion de litiges nés entre malades et praticiens, entre praticiens eux mêmes, praticiens-administration.

Dans le domaine d'application des textes sur la législation sociale, elle peut se voir confier par le Conseil National l'instruction de certains dossiers sur les fautes, abus, fraudes et

tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes, ou personnels paramédicaux à l'occasion de soins dispensés aux assurés sociaux. Elle s'occupe de la Sécurité Sociale des médecins, chirurgiens dentistes, personnels paramédicaux.

* La Commission Scientifique et Culturelle est chargée, d'étudier les problèmes posés dans les domaines suivants : L'enseignement médical (études des sciences de la santé, enseignement post universitaire) les questions hospitalières, les qualifications (critères titres et modalités d'exercice professionnel), la démographie médicale, les fléaux sociaux. Cette Commission est chargée de l'information du corps médical sur les différentes législations et réglementations intéressant la profession et de l'organisation des manifestations récréatives, sportives et artistiques du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

2.4.2. LES CONSEILS CENTRAUX :

2.4.2.1. ORGANISATION

L'Ordre National des Médecins comprend quatre sections. Chaque section est administrée par un Conseil Central dont le siège est à Bamako (art 16 loi n°86-35/AN-RM).

Chaque Conseil Central est composé d'un nombre variable de membres suivant le nombre d'inscrits au tableau de la section. Il comporte :

- . Trois membres élus si le nombre de médecins et chirurgiens-dentistes inscrits est égal ou inférieur à vingt.
- . Trois à cinq membres élus si ce nombre est supérieur à

vingt.

Les membres des Conseils Centraux sont élus pour trois ans par l'Assemblée Générale des membres inscrits au tableau de la Section.

Le Conseil Central de Section est assisté d'un magistrat ayant voix consultative. Chaque Conseil Central de Section a une Commission Disciplinaire composée :

- du Magistrat qui en est le président;
- et de deux membres élus.

2.4.2.2. FONCTIONNEMENT :

Le Conseil Central de Section se réunit une fois tous les deux mois sur convocation de son Président et en présence de la majorité de ses membres. Il peut tenir des réunions extraordinaires sur convocation de son Président ou à la demande de la majorité de ses membres.

Le Conseil Central de Section étudie les dossiers, les propositions, les suggestions et tous les travaux qui lui sont soumis notamment par :

- . Les Conseils Régionaux de l'Ordre;
- . Le Conseil National de l'Ordre.

Il veille à l'exécution des décisions du Conseil National, des règlements établis par lui et de ses instructions.

Le Conseil Central de Section est chargé par le Conseil :

- . de la délivrance de licence de remplacement;
- . du contrôle du libellé des plaques et ordonnances.

Il peut donner son avis sur le cas de reconnaissance ou de refus de qualification.

Toutes les décisions du Conseil Central de Section sont motivées. Elles sont notifiées au Conseil National de l'Ordre dans un délai de quinze jours. Elles peuvent être reportées ou annulées par le Conseil National soit d'office, soit à la demande des intéressés, dans les trois mois de leurs notifications.

2.4.3. LES CONSEILS REGIONAUX .

Il existe au niveau du District de Bamako et de chacune des Régions un Conseil Régional de l'Ordre.

Le Conseil Régional administre les médecins et les chirurgiens-dentistes exerçant dans le District ou la Région et inscrits à l'une des quatre sections de l'Ordre.

2.4.3.1. ORGANISATION

Le Conseil Régional est composé de :

- trois membres élus si le nombre des médecins ou chirurgiens-dentistes est égal ou inférieur à trente;
- trois à cinq membres si ce nombre est supérieur à trente.

Le Conseil Régional est assisté d'un Magistrat avec voix consultative.

Chaque Conseil Régional a une Commission Disciplinaire composée =

- . d'un magistrat qui en est le président
- . et de deux membres élus.

2.4.3.2. FONCTIONNEMENT

Le Conseil Régional se réunit une fois tous les deux mois, sur convocation de son président et en présence de la majorité de ses membres et peut également tenir des réunions extraordinaires.

Le Conseil Régional assure le respect des lois et règlements qui régissent l'Ordre et l'exercice de la profession à l'échelon régional. Il reçoit les demandes d'inscription à l'Ordre qu'il transmet accompagnées de toutes les pièces requises au Conseil National de l'Ordre.

Le Conseil Régional étudie les dossiers, les propositions, les suggestions et tous les travaux qui lui sont soumis notamment par :

- les Conseils Centraux de Section,
- Le Conseil National.

Il veille à l'exécution des décisions du Conseil National, des règlements établis par lui et de ses instructions.

Toutes les décisions du Conseil Régional sont motivées. Elles sont notifiées au Conseil National dans un délai d'un mois. Elles peuvent être reportées ou annulées par le Conseil National soit d'office, soit à la demande des intéressés, dans les trois mois de leur notification.

2.4.4. LA COMMISSION DISCIPLINAIRE DES CONSEILS CENTRAUX DE SECTION ET DES CONSEILS REGIONAUX.

La Commission disciplinaire du Conseil Central de Section ou du Conseil Régional a pour rôle de faire des propositions de sanctions au Conseil National de l'Ordre.

Le Président du Conseil Central de Section ou du Conseil Régional saisi d'une demande de sanction disciplinaire, l'enregistre et la notifie dans la semaine au médecin ou au chirurgien-dentiste mis en cause. Le jour même de cette notification, la demande est transmise au magistrat Président de la Commission Disciplinaire du Conseil Central de Section ou du Conseil Régional concerné.

La Commission Disciplinaire est chargée de l'instruction de l'affaire.

(La procédure est la même qu'au niveau de la Commission Disciplinaire du Conseil National).

A la fin de ses travaux, le dossier est transmis au Conseil National siégeant comme formation disciplinaire, par le Président du Conseil Central de Section ou du Conseil Régional concerné, avec les conclusions motivées de ce Conseil.

Le Conseil National statue sur le dossier et arrête la décision.

2.5. COMPARAISON ENTRE ORDRE DES MEDECINS EN FRANCE ET AU MALI.

2.5.1. Sur le plan de l'organisation de l'Ordre.

En France, l'ordre est organisé en conseils départementaux, régionaux, et national.

Au mali il y'a un conseil national de l'ordre, des conseils centraux de section et des conseils régionaux.

En France l'ordre est indépendant, alors qu'au Mali, il l'est dans les textes: dans la réalité le Décret N°158 rattache l'ordre national des médecins au Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

2.5.2 Election des membres des conseils

En France les membres des Conseils Départementaux sont élus par l'ensemble des médecins inscrits au tableau de chaque département. Les membres des Conseils Régionaux et du Conseil National sont élus à leur tour par les Conseils Départementaux. Au Mali les membres du Conseil National sont élus par l'ensemble des médecins et chirurgiens dentistes inscrits à l'ordre; les membres des Conseils Centraux sont élus par l'Assemblée Générale des membres inscrits au tableau de la Section et les membres des Conseils Régionaux sont élus par l'Assemblée Générale des membres inscrits au tableau de la Région.

En France, les membres du Conseil National sont élus de façon que toutes les régions sanitaires y soient représentées.

Au Mali le C.N.O comporte au moins un représentant de chacune des quatre sections.

En France comme au Mali les membres sortants du conseil sont tous rééligibles.

2.5.3 Inscription à l'ordre et autorisation d'exercer.

En France, les Conseils Départementaux assurent la mise à jour et la tenue des tableaux d'inscription.

Par ailleurs l'inscription à l'Ordre National des Médecins Français rend licite l'exercice de la médecine dans ce pays.

Tandis qu'au Mali ce sont les Conseils Régionaux qui reçoivent les demandes d'inscription à l'Ordre et la demande accompagnée de toutes les pièces requises est transmise au Conseil National de l'Ordre par le Conseil Régional après que celui ci ait donné son avis motivé. Finalement c'est le Conseil National qui s'occupe de l'inscription.

Au Mali encore, pour l'exercice de la médecine, la seule inscription à l'Ordre des médecins ne suffit pas.

En effet cette autorisation (ou agrément) est accordée par le Ministre chargé de la Santé Publique (et non pas l'Ordre des Médecins comme en France). Et pour cela, on le sait, en plus de l'inscription à l'Ordre le dossier du postulant doit comporter un certain nombre d'autres pièces. Ce dossier est adressé au Ministre chargé de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

2.5.4 Sur le plan de la juridiction disciplinaire

En France, les Conseils Régionaux de l'Ordre assurent la juridiction disciplinaire de première instance, le Conseil National la juridiction d'appel et le Conseil d'Etat la voie de recours en cassation

Au Mali, il est créé au sein du Conseil National de l'Ordre, de chaque Conseil Central de Section et de chaque Conseil Régional de l'Ordre, une commission disciplinaire. La commission disciplinaire du Conseil Central de Section et du Conseil Régional a pour rôle de faire des propositions de sanctions au Conseil National de l'Ordre. Donc au Mali c'est le C.N.O qui assure la juridiction disciplinaire de première instance et les recours contre une sanction disciplinaire sont portés devant la juridiction administrative.

En France comme au Mali les formations disciplinaires sont présidées par un membre de la magistrature (représentant le Ministre de la Justice) ; ce magistrat ainsi nommé, assure le rôle de conseiller juridique de l'Ordre et assiste à toutes les séances des conseils, avec voix consultative.

2.6. COMPARAISON ENTRE ORDRE DES MEDECINS AU SENEGAL ET AU

MALI

2.6.1 Sur le plan de l'organisation de l'ordre

Au Sénégal, les organes de l'ordre sont: les Conseils de Section, le Conseil National et les Formations disciplinaires. Les praticiens inscrits à l'ordre sont répartis en deux Sections - la section A regroupe les médecins fonctionnaires ou contractuels des services publics ainsi que les docteurs en médecine appartenant au cadre actif du service de santé de l'armée sénégalaise ou appartenant au corps enseignant de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de l'université de Dakar - la Section B regroupe les autres médecins.

Au Mali, l'ordre est organisé en Conseils Régionaux, en Conseils Centraux de Section et en Conseil National de l'Ordre. Et les médecins sont répartis dans l'ordre selon quatre Sections ou (A, B, C, D)

2.6.2. Election des membres des Conseils.

Au Sénégal, les praticiens inscrits dans chaque section élisent respectivement les membres des Conseils de Section qui seront également membres du Conseil National de l'Ordre.

Au Mali, les membres du Conseil National de l'Ordre sont élus par l'Assemblée Générale des médecins et chirurgiens-dentistes inscrits au tableau de l'Ordre; les membres des Conseils Centraux de Section sont élus par l'Assemblée Générale des membres inscrits au tableau de la Section et les membres des Conseils Régionaux sont élus par l'Assemblée Générale des membres inscrits au tableau de la région.

Au Sénégal comme au Mali, les membres sortants des Conseils sont tous rééligibles.

2.6.3. Inscription à l'Ordre.

Au Sénégal, ce sont les Sections qui se chargent de remplir cette fonction.

Alors qu'au Mali c'est le Conseil National de l'Ordre après que le Conseil Régional ait donné son avis motivé.

2.6.4. Sur le plan de la juridiction disciplinaire

Au Sénégal, la révision des décisions en appel et la voie de recours en cassation devant la cour suprême existent pour les médecins relevant de la section B; cependant, les décisions sont irrévocables pour les praticiens de la section A.

Au Mali, c'est le Conseil National qui assure la juridiction disciplinaire de première instance et la juridiction administrative la voie de recours en cassation.

Au Sénégal comme au Mali, les formations disciplinaires sont toutes présidées par un membre de la magistrature.

La différence de forme et non de fond dans l'organisation de l'ordre des médecins dans les différents pays s'explique d'une part par le fait qu'en France, la médecine s'exerce comme une profession libérale, mais en Afrique noire (Mali, Sénégal) bien que la médecine soit officiellement reconnue comme une profession libérale, elle demeure encore monopolisée en grande partie par l'Etat et d'autre part par la structure géographique du pays.

SECTION 3 : LES SYNDICATS PROFESSIONNELS.

Le Syndicat n'est pas un groupement d'appartenance obligatoire comme l'Ordre.

Les Syndicats sont différents par leur importance numérique, leur représentativité et les positions qu'ils défendent. Face aux problèmes de l'économie et de la santé, le Syndicat de la santé adopte une attitude de défense de la médecine, tout en se constituant en foyer de réflexion et de proposition pour tous les problèmes d'intégration de la médecine au monde moderne.

Le Syndicat National de la Santé Publique et des Affaires Sociales (S.N.S.P.-A.S) est l'un des douze syndicats Nationaux qui composent l'Union Nationale des Travailleurs du Mali (U.N.T.M.) Le SNSP-AS est subdivisé en sections au niveau des régions, en divisions au niveau des cercles et en comités d'entreprises au niveau des services.

A l'image de l'UNTM, chaque syndicat National a un Bureau exécutif, un Conseil National, une Commission de Contrôle. Son instance suprême est le Congrès.

Le siège du SNSP-AS est à Bamako.

Les objectifs et tâches du SNSP-AS sont définis dans le Statut du SNSP-AS (42).

Le SNSP-AS se fixe comme tâches :

- grouper et organiser démocratiquement les travailleurs de la Santé Publique et des Affaires Sociales pour l'encouragement du rendement au travail par leur participation active à la gestion des établissements et services socio-sanitaires qui sont les propriétés du peuple Malien;

- défendre les intérêts professionnels, économiques et sociaux des travailleurs;

- renforcer la solidarité de l'Union des Travailleurs du Mali au sein de la centrale Syndicale de l'UNTM par l'application des décisions et l'accomplissement du programme fixé par cette centrale;

- aider à la création des conditions les meilleurs pour l'amélioration, l'éducation, la formation professionnelle des travailleurs afin que chacun selon ses capacités puisse accéder au sommet le plus élevé de sa connaissance technique.

Les droits et devoirs des syndiqués ainsi que le fonctionnement et les attributions du Conseil National du Syndicat sont précisés dans le Statut et Règlement intérieur adoptés au 7ème Congrès Statutaire de la Santé Publique et des Affaires Sociales les 29 - 30 - 31 Décembre 1988.

Par ailleurs, c'est le SNSP-AS en accord avec le département de la Santé Publique et des Affaires Sociales, qui a mobilisé tous les travailleurs de la Santé Publique et des Affaires Sociales afin de mieux répondre aux dispositions du projet de loi et du projet de Décret instituant la privatisation des professions médicales, paramédicales et pharmaceutiques, à réfléchir sur notre organisation en Ordre.

CHAPITRE III : LES PRINCIPES DE L'EXERCICE LIBERAL.

L'article 8 du Code de Déontologie Médicale annexée à la loi n°86-35/AN-RM explique :

"Les principes ci-dessous énoncés régissent la pratique médicale sauf s'ils sont en opposition avec la loi et la réglementation en vigueur ou susceptibles d'entraver le bon fonctionnement des institutions de médecine sociale.

- Le libre choix du médecin par le malade;
- la liberté de prescription du médecin;
- le paiement direct des honoraires par le malade au médecin;
- le secret professionnel"

Ce texte exprime les principes fondamentaux de la médecine libérale. Ces principes ne souffrent pas d'exception, mais dans la réalité, les difficultés ne manquent pas.

1- LE LIBRE CHOIX.

Le libre choix de son médecin est un droit du malade. Ce droit est en principe absolu, mais il connaît en fait des limites tenant à la nécessité (urgence, services de garde, absence du médecin) et aux possibilités : le choix est étroit dans les régions rurales, les zones désertiques, etc...

Il faut encore que le Médecin désiré soit disponible.

Le médecin doit respecter le droit que possède toute personne de choisir librement son médecin et lui en faciliter l'exercice.

L'exercice du libre choix se heurte à quelques obstacles :

- par exemple le libre choix risque de se voir quelque peu restreint du fait que certaines entreprises (I.T.E.M.A ; C.M.D.T

O.D.I.P.A.C ; etc...) ont un service médical d'entreprise qui fonctionne sur place : pratiquement cela limite le libre choix des travailleurs de ces entreprises.

- Dans les hopitaux l'exercice du libre choix est extrêmement difficile à observer, pour diverses raisons, dont la spécialisation des services.

- Certains régimes médico-sociaux (médecine militaire; C.M.I.E, dispensaires mutualistes) n'offrent aux malades qu'un choix restreint, si même il peut choisir. De telles restrictions dans la liberté du choix sont peut être inévitables, et dans ce cas admissibles à la condition qu'il y ait par ailleurs des médecins libres aux quels le malade, s'il le désire (et c'est fréquent) peut s'adresser. Elles seraient très graves si le malade n'avait plus aucun recours.

Le libre choix est un droit du malade et c'est ce dernier qui peut l'exercer. Mais il appartient au médecin de s'y prêter, de ne pas contrecarrer l'exercice de ce droit, par amour propre ou par cupidité. Le médecin doit accepter sans amertume que son patient change de médecin, et ne pas lui tenir rigueur d'avoir pris un autre avis que le sien. Un médecin doit accepter, si c'est le désir de son malade ou de la famille, une consultation avec un de ses confrères (art 49 Code de Déontologie Médicale).

Dans les associations de médecins ou les cabinets médicaux de groupe le choix par le malade est toujours possible, le contrat professionnel qui lie les médecins comporte obligatoirement cette clause : "chacun devra se garder de toute mesure qui entrave le

libre choix du médecin par le malade". Il est souhaitable et même nécessaire que le malade soit prévenu quand, par exception, le médecin qu'il désirait voir ne peut répondre à son appel. Dans les établissements hospitaliers le corps médical doit considérer comme un devoir, lorsqu'un malade exprime le désir d'avoir l'avis d'un autre médecin ou de changer de service, de lui donner satisfaction. Le médecin traitant peut aider le malade qu'il adresse à l'hôpital à être reçu dans le service où il souhaite être admis.

Reléguer le souci du libre choix à une place secondaire, c'est oublier le plus important : le droit de récuser un médecin dans lequel on n'a pas confiance, le droit de changer de médecin (à tout moment). (43)

2 - LA LIBERTE DE PRESCRIPTION.

Le médecin prescrit librement tout ce qu'il estime utile à son malade .

L'article 26 du Code de Déontologie Médicale annexée à la loi n°86-35/AN-RM stipule :

"les prescriptions et actes sont limités au nécessaire compatible avec la qualité et l'efficacité des soins, sans préjudice du devoir d'assistance morale envers le malade".

Ce texte confirme le principe de la liberté thérapeutique du médecin. En même temps il annonce des limitations à ce principe. La liberté thérapeutique du médecin constitue une garantie pour le malade davantage qu'un privilège du professionnel.

Ainsi, si le médecin a le choix du traitement qu'il croit le plus apte à obtenir la guérison du malade celui-ci reste de son côté, libre d'accepter ou de refuser les prescriptions ordonnées.

Les restrictions légales à la liberté de prescription sont très nombreuses. Elles portent sur les remèdes secrets, les médicaments non autorisés (n'ayant pas reçu le visa), les remèdes charlatanesques, les remèdes insuffisamment éprouvés (art 21 du Code de Déontologie Médicale). La prescription des stupéfiants est soumise à une réglementation spéciale.

Par ailleurs, le médecin est invité à s'abstenir des prescriptions inconsidérées entraînant des dépenses injustifiées (art 26 Code de Déontologie Médicale).

3- PAIEMENT DIRECT DES HONORAIRES :

Si l'article 8 du Code de Déontologie Médicale envisage le paiement direct, par le malade, des honoraires de son médecin, il annonce également les importantes limites de ce principe.

Le médecin reçoit des honoraires calculés à l'acte : c'est le cas habituel de la médecine privée. Ou bien il perçoit un salaire calculé au mois ou à la vacation.

Le médecin établit ses honoraires conformément aux tarifs fixés par la réglementation en vigueur.

Le médecin doit s'interdire tout dépassement en dehors de certaines circonstances exceptionnelles de temps ou de lieu. Les honoraires sont le plus souvent payés par le malade.

Dans certains cas le paiement direct se trouve atteint par le développement de la médecine dite sociale qui entend supprimer la relation financière directe entre le médecin et le malade. Le praticien sera rémunéré par l'institution (c'est le système du tiers payant).

Il y a également le droit des assurances sociales qui perturbe le paiement direct, de même la législation des accidents de travail, de l'aide sociale, la mutualité, le système des pensions militaires d'invalidités apportent à la règle des exceptions notables.

4 - LE SECRET PROFESSIONNEL.

Il faut qu'un malade puisse tout dire à son médecin les relations entre malade et médecin reposent sur la confiance. Le secret médical en est une condition nécessaire.

La règle du secret professionnel fait partie des traditions médicales les plus anciennes et les plus universelles. Le secret médical fut d'abord un devoir, dès les temps hippocratiques. Au Moyen Age, et à la Renaissance, ce fut même un devoir religieux. La violation du secret fut considéré comme péché mortel. (19)

En 1810, l'article 378 du Code Pénal Français en fit une obligation légale. (19)

Quel est le fondement de l'obligation au secret?

Plusieurs doctrines s'affrontent :

En premier lieu, le secret a été présenté comme justifié par l'intérêt de la profession médicale toute entière, considérée comme garante de l'intérêt de la collectivité des malades. M Belanger expose cette thèse : (26)

"Dans le colloque singulier qui lie le malade au médecin, ce ne sont pas uniquement des règles à base de contrat entre particuliers qui jouent, mais aussi celles qui protègent l'ordre public".

Le professeur Portes, en son temps, l'avait plus lyriquement exprimé :

"Le secret médical est, en France du moins, la pierre angulaire de l'édifice médical, et il doit le rester, parcequ'il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance, et de confiance sans secret".

En conséquence : le secret médical est une règle d'ordre public; nulle autorisation et pas même celle du malade, ne peut dispenser le médecin de son devoir.

En deuxième lieu, le secret s'il demeure d'ordre public, repose aussi sur la confiance mise par le malade en celui dont il sollicite les lumières et les soins...

Ainsi, à aucun égard, les médecins et chirurgiens ne peuvent se prétendre tenus d'un quelconque secret dans leurs rapports avec leurs clients vis à vis de ceux-ci.

En conséquence : le secret médical reste d'ordre public certes, mais le devoir de secret tombe, dans les rapports entre le médecin et son malade.

Il n'existe pas de secret entre le médecin et son patient.

Nombreux sont les auteurs, dont la plupart sont des médecins, qui estiment que le secret médical est opposable aux malades, confondant secret et vérité due au malade. Cette doctrine repose sur la notion que le médecin constate un certain nombre de faits qui le conduiront à émettre un diagnostic dont la gravité

peut dépasser les capacités psychologiques du sujet. C'est d'ailleurs ce que reprend l'article 29 du Code de Déontologie annonçant en effet : "qu'un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade. Un pronostic fatal ne peut lui être révélé qu'avec la plus grande circonspection mais il peut l'être généralement à sa famille ou à défaut à un proche qualifié". Par ailleurs à aucun égard les médecins et chirurgiens ne peuvent se prétendre tenus d'un quelconque secret dans leurs rapports avec leurs clients, relativement aux affections dont ces derniers se prétendent atteints et au sujet desquelles ils les consultent; cette obligation de renseigner leurs clients est stricte au point que la responsabilité du praticien se trouve engagée. C'est pour cette raison que le médecin délivre des certificats médicaux aux patients ayant besoin de faire preuve de leur état de santé.

En troisième lieu, c'est l'intérêt privé du malade qui soutient l'obligation du médecin au secret. L'état de santé de la personne appartient à l'intimité de sa vie privée, et l'intéressé est seul juge des divulgations qu'il estime opportunes.

Le malade peut-il délier son médecin du secret ?

Certaines décisions de jurisprudence l'affirment, mais on ne peut admettre cette théorie qu'avec des réserves, pour deux raisons :

- une autorisation donnée par le malade à son médecin de donner des renseignements sur sa maladie ne légitimerait pas n'importe quelle révélation. Et le malade ne sait pas toujours, ou n'apprécie pas exactement, ce qui serait divulgué. Dans certains cas, le médecin a cru préférable de lui taire une partie de la vérité.

Lorsqu'un malade déclare délier son médecin du secret, il ne sait pas de quoi il le délie;

- en outre, si le malade pouvait autoriser son médecin à parler, divers interlocuteurs (organismes d'assurance, employeurs, administrations) auraient bientôt fait de le mettre en demeure de délier son médecin, sous peine de perdre tous ses droits : l'autorisation deviendrait obligation.

Secret post mortem :

Le secret n'est pas levé par la mort du malade, et les héritiers n'ont pas le pouvoir de délier le médecin du secret.

Le dossier d'un malade décédé ne peut être communiqué, lorsque cela est indispensable, qu'à un médecin.

* Secret professionnel et certificats médicaux :

Le secret médical risque d'être trahi par le biais d'un certificat, dont le contenu parviendra à la connaissance de diverses personnes. Le médecin doit en avoir le souci. En principe, un certificat ne doit être remis qu'au patient lui-même, en main propre; ce dernier peut en faire ce qu'il juge bon. Même dans ces conditions le médecin rédacteur doit choisir avec circonspection les termes qu'il emploie, notamment si la révélation par le certificat d'une affection grave risque d'être traumatisante pour l'intéressé.

TROISIEME PARTIE

LA PRATIQUE MEDICALE

LIBERALE A TITRE

PRIVE

Conditions d'inscription : Le Conseil National s'assure, par l'intermédiaire d'un rapporteur désigné, que le candidat ne figure pas sur la liste des médecins radiés du tableau ou suspendus par mesure disciplinaire. Il a le droit de demander au parquet la communication du dossier judiciaire du postulant.

Il est autorisé à faire pratiquer une enquête auprès des médecins remplacés par l'intéressé ou auprès du Conseil Régional que le médecin vient éventuellement de quitter.

Après rapport et conclusion, le Conseil National statue dans un délai maximum de deux mois à compter de la date de réception de la demande. Ce délai peut être prolongé lorsqu'il est indispensable de procéder à une enquête hors du Mali. Le postulant en sera avisé.

Le C.N.O après avis favorable doit aviser l'intéressé par lettre recommandée dans la semaine qui suit la décision.

Le postulant est inscrit au tableau de l'Ordre au titre de la région ou du district où se trouve sa résidence professionnelle.

En cas de changement de résidence, il doit demander son inscription au titre de la région de sa nouvelle résidence. Cette formalité ne supprime pas pour autant le droit d'enquête du deuxième Conseil Régional. Le médecin est toutefois autorisé à exercer, en attendant que le Conseil National de l'Ordre ait statué sur son cas.

Chaque inscription au tableau de l'Ordre est notifiée sans délai au Ministre chargé de la Santé Publique, au Ministre chargé de la Justice, au Gouverneur de la Région ou du District et au Conseil Régional.

Refus d'inscription : Le Conseil National de l'Ordre peut refuser l'inscription au tableau de l'ordre : il doit alors convoquer l'intéressé par lettre recommandée avec accusé de réception. Celui-ci peut se faire assister d'un confrère inscrit au tableau de l'Ordre, ou d'un avocat inscrit au barreau. En cas de refus d'inscription par le Conseil National de l'Ordre, la décision motivée doit être notifiée au postulant, aux Conseils Centraux et aux Conseils Régionaux. Cette décision est susceptible de recours en premier ressort devant le Ministre chargé de la Santé Publique et en dernier ressort devant la Juridiction Administrative.

Tout médecin qui cesse d'exercer doit en avertir le Conseil Régional qui lui donne acte de sa décision de démission et en informe le Conseil National de l'Ordre dans les meilleurs délais. Tout médecin ou chirurgien-dentiste peut demander à être rayé de l'Ordre des médecins dans les mêmes conditions.

1.3 L'OBTENTION DE L'AGREMENT (29)

Le postulant à l'exercice privé d'une profession sanitaire doit obtenir l'agrément lui reconnaissant le droit à l'exercice privé d'une profession sanitaire. Cet agrément est accordé par le Ministre de la Santé Publique et des Affaires Sociales sur Décision à tout professionnel sanitaire qui en principe n'occupe pas un emploi public. Cette autorisation permet au postulant d'accéder éventuellement à un crédit ou d'être embauché par un autre privé. Cet agrément permet également à l'Administration d'une part de contrôler l'accès à l'exercice privé (et dans le même temps des mesures peuvent être prises pour éviter qu'un trop grand vide ne soit créé par le départ des agents du secteur

public ou para public) d'autre part d'organiser l'installation des partants dans le but d'améliorer la couverture socio-sanitaire.

Pour obtenir cet agrément, le postulant adresse une demande timbrée à 100 F CFA au Ministre chargé de la Santé Publique sous le couvert de l'Ordre professionnel concerné en y joignant les pièces justificatives suivantes :

- l'acte de naissance,
- la copie du diplôme,
- l'extrait de casier judiciaire,
- le certificat de nationalité,
- le certificat de résidence,
- l'attestation d'inscription à l'Ordre concerné
(cette condition est valable seulement pour les
médecins, les pharmaciens et les sages-femmes).
- l'acte notifiant l'avis favorable de l'ordre
concerné.

En outre cette demande doit préciser la profession choisie par le postulant et le lieu d'exercice de cette profession.

Enfin il convient de souligner que la Décision autorisant ainsi l'exercice à titre privé, ne peut être utilisée ni pour ouvrir, ni pour exploiter un établissement sanitaire. Toute personne qui ouvre avec cette décision, est en infraction.

SECTION 2 : LES CONDITIONS D'EXPLOITATION D'UN ETABLISSEMENT
MEDICAL

Le médecin est un libéral qui est assimilé à un commerçant au Mali. A ce titre il fait des actes de commerce et son activité est régie par les dispositions du Code de Commerce. C'est ainsi que le postulant doit :

- obtenir la licence d'exploitation;
- être inscrit au registre du commerce à la chambre de commerce et d'industrie du Mali;
- faire la déclaration d'ouverture d'établissement au fonctionnaire des impôts de la résidence;
- procéder à l'I.N.P.S à l'immatriculation pour soi-même et les employés recrutés pour l'établissement médical;
- faire une déclaration d'établissement à l'Office National de la Main d'Oeuvre.

2.1. SUR LE PLAN JURIDIQUE

2.1.1. Obtention de la licence d'exploitation : (29)

Selon l'article 8 de l'Arrêté 5107 "Nul ne peut être autorisé à ouvrir un établissement médical ou paramédical s'il n'en est propriétaire ou copropriétaire. Toute ouverture d'un établissement médical ou paramédical, tout achat ou tout transfert du dit établissement, doit faire l'objet de l'octroi d'une licence d'exploitation délivrée par le Ministre chargé de la Santé Publique."

La licence d'exploitation est accordée sur Arrêté du Ministre de la Santé Publique et des affaires Sociales à tout professionnel socio-sanitaire libre de tout engagement avec l'administration.

Pour obtenir la licence d'exploitation, le postulant adresse une demande timbrée à 100 F CFA au Ministre de la Santé sous le couvert de l'Ordre professionnel concerné.

Elle est accompagnée des pièces justificatives suivantes :

- une copie de la décision l'autorisant à exercer à titre privé,
- un plan coté du local,
- une copie du contrat de location ou un acte attestant que le postulant est propriétaire du local,
- un acte attestant que le postulant est libre de tout engagement professionnel avec l'Etat ou avec une entreprise parapublique (mise à la retraite, démission mise en disponibilité, situation de jeune médecin sans emploi).

Ce dossier est transmis à l'inspection de la Santé Publique et des Affaires Sociales pour étude, visite technique par la commission prévue par la décision N°324/MSP-AS et retour avec un avis motivé.

Si toutes les conditions d'exploitation de l'établissement sont remplies, l'Inspection délivre une attestation de conformité qu'elle joint au dossier pour le Ministre.

Au vu de ce dossier, le cabinet établit le projet d'Arrêté d'octroi de licence qu'il soumet d'abord au visa du Secrétariat du Gouvernement puis à la signature du Ministre.

2.1.2. Inscription au registre du commerce. (28)

L'immatriculation au registre du commerce est obligatoire pour tout commerçant, personne physique, ainsi que pour toutes sociétés commerciales, qui n'acquèrent leur personnalité morale qu'à compter de leur immatriculation au registre du commerce. (28)

L'enregistrement à la chambre de commerce se fait par demande manuscrite en deux copies identiques timbrées à 1000 F CFA chacune, adressées au greffier en chef du tribunal de première instance. A cette demande sont jointes les pièces suivantes:

- un extrait d'acte de naissance,
- un extrait de casier judiciaire,
- un certificat de nationalité,
- un certificat de résidence,
- un quitus fiscal,
- un reçu de paiement de la patente (pour les jeunes diplômés âgés de moins de 35 ans une

Tous ces livres doivent être tenus chronologiquement sans blancs ni alterations d'aucune sorte. Seuls le livre journal et le livre inventaire doivent avant leur utilisation être cotés, identifiés et paraphés par le greffier du tribunal de commerce. Les livres doivent être conservés dix ans.

Outre l'obligation légale, la tenue des livres présente de multiples intérêts pour le commerçant :

- . cela lui permet de connaître la situation de la trésorerie;

- . cela lui permet de faire la preuve de ses opérations commerciales en cas de procès;

- . enfin en cas de cession de fonds de commerce, cela lui permet d'apprécier plus justement la valeur de celui-ci.

2.2. SUR LE PLAN FISCAL

L'exploitation d'un établissement médical à titre individuel est génératrice des impôts suivants :

2.2.1. Impôts sur les bénéfices industriels et commerciaux (B.I.C).

Au Mali lorsqu'il exerce à titre libéral le médecin est imposé dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux (B.I.C) (art 140 du Code Général des Impôts).

Ces B.I.C peuvent être imposés selon deux régimes :

- . le régime du forfait;
- . le régime du bénéfice réel.

- Dans le régime du forfait le bénéfice n'est pas fixé directement par le contribuable mais résulte d'un accord entre l'administration et le contribuable, l'administration proposant au contribuable un chiffre que celui-ci peut accepter ou

contester. Si le contribuable accepte ce chiffre l'évaluation fiscale devient définitive. À noter que dans ce régime le Code des Impôts distingue 2 groupes de contribuables :

a) Certains contribuables (dans le domaine de la restauration, du logement etc...) dont le chiffre d'affaires n'excède pas 10 millions de F CFA.

b) Tous les autres contribuables dont le chiffre d'affaires n'excède pas 5 millions F CFA.

À noter que le médecin est exclu de ce régime du forfait.
 - Le régime du bénéfice réel quant à lui est applicable aux contribuables dont le chiffre d'affaires dépasse les limites du forfait, aux titulaires de charges et offices et agents d'assurance, à toutes les personnes morales (entreprises et sociétés) et aussi aux contribuables qui bien que rentrant normalement dans le cadre du forfait demandent expressément à être imposés suivant le régime du réel.

D'après le Code Général des Impôts du Mali; le médecin est obligatoirement imposé dans le régime du bénéfice réel parcequ'il est astreint à la tenue d'une comptabilité du bénéfice ou du déficit réalisé au cours de l'exercice. (art 185, 187, 191 CGI)

L'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux est dû sur le bénéfice fiscal déclaré.

Le médecin exploitant individuel sera soumis à l'impôt sur les B.I.C à titre particulier au taux de 25% et le montant de l'impôt dû par le contribuable ne peut être inférieur à 0,75% du

chiffre d'affaires. Ce minimum forfaitaire est dû même en cas de déficit et quelle que soit l'importance de ce déficit. (art 204 CGI)

Le recouvrement de l'impôt B.I.C s'opère par voie de trois acomptes provisionnels. Pour la première fois, ce bénéfice est présumé égal à 5% du capital. Il se règle ensuite les prochaines années au moyen de trois acomptes déterminés en fonction de l'imposition de l'année précédente. Ces acomptes (tiers proportionnels) sont exigibles pour les particuliers avant le 31 Mars, le 31 Juillet, le 30 Novembre. L'acompte est égal au 1/4 de l'impôt dû l'année précédente.

Les déclarations annuelles d'impôt B.I.C sont à déposer au plus tard le 31 Mars pour les particuliers cloturant le 31 Decembre de l'année précédente ou trois mois après la clôture de l'exercice si celui-ci ne correspond pas à l'année civile.

EXEMPLE

Recettes mensuelles : 175.000 F CFA.

Recettes annuelles : $175.000 \times 12 = 2.100.000$ F CFA.

Charges professionnelles : patente + salaires + autres dépenses...

----> 1.000.000 F CFA

Le bénéfice net = recettes annuelles - charges professionnelles.

= $2.100.000 - 1.000.000 = 1.100.000$ F CFA

L'impôt BIC étant fixé à 25% du bénéfice; cet impôt sera donc égal
= $1.100.000 \times 25\% = 275.000$ F CFA

Par ailleurs le chiffre d'affaires étant égal à 2.100.000 F CFA.

0,75% du chiffre d'affaires = $2.100.000 \times 0,75\% = 15.750$ F CFA

Si les 25% du bénéfice sont inférieurs à 0,75% du chiffre d'affaires, l'administration retient le montant le plus élevé.

2.2.2 Contribution des patentes.

Toute personne exerçant un commerce, une industrie, une profession non exemptée expressement, est assujettie à la contribution des patentes.

Par contre selon l'article 243 du Code Général des Impôts, les redevables âgés de moins de 35 ans et titulaires d'au moins un diplôme de l'enseignement général ou d'un établissement d'enseignement professionnel agréé qui entreprennent une profession qui les rend passibles de la contribution des patentes bénéficient, en ce qui concerne les patentes, d'une exonération de

- 100% pour leur première année d'exercice;
- 50% pour leur deuxième année d'exercice;
- 25% pour leur troisième année d'exercice.

Détermination de la base d'imposition :

La patente comprend un droit fixe, variable suivant le chiffre d'affaires de l'activité et un droit proportionnel déterminé en fonction de la valeur locative des locaux professionnels.

Elle est recouvrée annuellement.

Ces droits sont calculés conformément aux tableaux et classes définis par le Code Général des Impôts.

Le droit fixe est exigible pour chaque établissement distinct exploité par le contribuable. Si plusieurs activités sont exercées dans le même établissement, seul le droit fixe le plus élevé est dû.

Le droit proportionnel est égal à 10% de la valeur locative des locaux professionnels. Il ne peut être inférieur au 1/4 du droit fixe.

Par ailleurs ceux qui entreprennent une profession assujettie à la patente sont tenus d'en faire la déclaration par écrit au fonctionnaire chargé d'établir les rôles de leur résidence, dans les dix jours de l'opération.

Formule des patentes :

Suivant la classification du Code Général des Impôts; le médecin est classé au tableau A et en deuxième classe.

Tarif des patentes :

Droit Fixe :

- Première Zone.....(District de Bamako).....185.000 F CFA
- Deuxième Zone.....(Chefs lieux de Région).....166.500 F CFA
- Troisième Zone.....(Autres localités).....133.200 F CFA

Droit Proportionnel = 10% de la valeur locative.

EXEMPLE : Un médecin installé à Bamako.

- Droit Fixe : 185.000 F CFA

- Droit Proportionnel :

* En location :

La valeur locative = 100.000 F CFA/mois

Pour un an = 100.000 x 12 = 1.200.000 F CFA

Le droit proportionnel = 10% DE 1.200.000 = 120.000 F CFA

Le 1/4 du droit fixe = 185.000 : 4 = 46.250 F CFA

PATENTE = DROIT FIXE + DROIT PROPORTIONNEL .

PATENTE = 185.000 + 120.000 = 305.000 F CFA.

* Chez lui même : La valeur locative est retenue soit par évaluation comparaison soit par évaluation directe.

2.2.3. Impôt Général sur le Revenu (I.G.R).

L'impôt sur le revenu est dû par toute personne physique quelle que soit sa nationalité, ayant sa résidence habituelle au Mali au 1er Janvier de l'année d'imposition, par toute personne qui a au Mali le lieu de son séjour principal ainsi que par toute personne qui, sans résider au Mali, dispose de revenus ou de bénéfices perçus ou réalisés au Mali.

L'I.G.R est établi d'après le montant net annuel dont dispose le contribuable. Il comprend ainsi les revenus de toute nature et il est fixé sur la base du foyer fiscal. En effet, c'est le chef de famille qui déclare l'ensemble des ressources de tout le foyer. Ainsi, si le médecin est chef de famille, il déclare ses propres revenus quelle que soit leur nature, ceux de sa femme, si elle en dispose, et aussi ceux de ses enfants mineurs. Il y a cependant des possibilités d'imposition distincte (conjoint et enfants mineurs salariés).

Tous les contribuables passibles de l'impôt général sur le revenu sont tenus de souscrire chaque année avant le 31 Mars, une déclaration de leurs revenus acquis au cours de l'année précédente, avec l'indication, par nature de revenu, des éléments qui les composent.

Les taux d'imposition à l'I.G.R sont fixés d'après un barème prévu par l'article 18 du Code Général des Impôts.

Calcul de l'I.G.R

Pour le calcul de l'I.G.R, il est pratiqué sur le revenu imposable arrondi aux mille francs inférieurs, un abattement de 100.000 F CFA.

Le revenu obtenu après déduction de l'abattement précité est divisé en parts fixées, conformément à l'article 16 du Code Général des Impôts, d'après la situation et les charges de familles du contribuable. Le revenu correspondant à une part entière est taxé par application du tarif progressif.

L'impôt dû par le contribuable est égal au produit de la cotisation ainsi obtenue par le nombre de parts.

En aucun cas, l'impôt dû annuellement par les salariés ne pourra être inférieur à l'impôt du minimum fiscal. Les salariés dont le revenu net imposable est inférieur au revenu imposable demeurent assujettis à l'impôt du minimum fiscal.

EXEMPLES

1°- Médecin marié 1 femme 3 enfants dont 1 infirme et disposant d'un revenu de 3.600.000 F CFA par an (exploitant un cabinet médical).

Application de l'abattement general:

$$3.600.000 - 100.000 = 3.500.000 \text{ F CFA}$$

Nombre de part = 3,5 (soit médecin 1 part, son épouse 1 part,

l'enfant infirme 1 part, les 2 autres enfants : $0,25 \times 2 = 0,5$ part

Quotient familial (ou revenu correspondant à 1 part entière).

Application du barème.

			Par tranche	Cumul
0	à 25.000	0%	0	0
25.001	à 100.000	8%	6.000	6.000
100.001	à 200.000	12%	12.000	18.000
200.001	à 325.000	18%	22.500	40.500
325.001	à 500.000	25%	43.750	84.250
500.001	à 750.000	30%	75.000	159.250
750.001	à 1.000.000	35%	87.500	246.750

Calcul de l'IGR = $1.000.000 - 750.000 = 250.000$ F CFA

$250.000 \times 35\% = 87.500$ F CFA

$6.000 + 12.000 + 22.000 + 43.750 + 75.000 + 87.500 = 246.750$ F

$246.750 \times 3,5 = 863.625$ F CFA.

2°- Médecin marié 2 épouses, 8 enfants.

Revenu annuel de 2.350.000 F CFA.

Le même calcul montre total à payer: 358.750 F CFA.

2.2.4. Impôt sur les Affaires et Services (I.A.S)

Les affaires faites au Mali par les personnes qui, habituellement achètent pour revendre ou accomplissent des actes relevant d'une activité industrielle, commerciale, artisanale

ou effectuant des services notamment: loueurs d'immeubles, membres de professions libérales sont soumises à l'impôt sur les affaires et services.

Le taux de l'impôt sur les affaires et services est fixé à 15% pour les médecins .

Par ailleurs il importe de signaler que l'I.A.S est à la charge des consommateurs du produit ou utilisateurs de services. Il est acquitté par les personnes effectuant les opérations imposables. Cet impôt doit être obligatoirement déclaré et versé par les redevables dans les quinze premiers jours de chaque mois pour les opérations effectuées le mois précédent.

EXEMPLE

Recettes mensuelles = 175.000 F CFA

15% des recettes = $175.000 \times 15\% = 26.250$ F CFA

2.2.5. La Contribution Forfaitaire à la Charge des Employeurs.

Tous les employeurs et sociétés assujettis à l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux sont obligatoirement assujettis à cette contribution.

La contribution dont le taux est fixé à 7,5% est calculée sur le montant brut des rémunérations, traitements, salaires, indemnités payés à l'ensemble de leur personnel par leurs employeurs, y compris la valeur réelle des avantages en nature. La base taxable est arrondie aux mille francs inférieurs (art 304). (A savoir que les jeunes diplômés sont exonérés de cette contribution).

Nous ajouterons que le paiement de la contribution est mensuel et doit s'effectuer dans les quinze premiers jours du mois suivant.

EXEMPLE

Un médecin qui emploie :

- . un infirmier
- . un aide soignant ou un garçon de salle

doit à l'administration les sommes suivantes :

* un infirmier payé à 50.000 F CFA

7,5% du salaire = $50.000 \times 7,5\% = 3.750$ F CFA

donc l'employeur prendra à sa charge au titre de la contribution forfaitaire 3750 F CFA.

* un aide soignant payé à = 30.000 F CFA

7,5% du salaire = $30.000 \times 7,5\% = 2.250$ F CFA

La somme à retenir = 2.250 F

La somme totale à verser à l'administration est :

$3.750 + 2.250 = 6.000$ F CFA .

2.2.6. L'impôt général sur le revenu exigible sur les traitements et salaires.

Les employeurs sont tenus de faire la retenue à la source sur toutes les sommes payées aux salariés. L'impôt sur les salaires porte chaque mois sur les sommes payées aux employés au cours du même mois.

2.3. SUR LE PLAN SOCIAL

2.3.1. De l'Institut National de Prévoyance Sociale. (I.N.P.S).

Obligation est faite à tout employeur occupant un ou plusieurs travailleurs de se faire immatriculer à l'I.N.P.S; cela en application du Code de Prévoyance Sociale (Loi N°62-68/AN-RM). La demande est établie sur imprimé réglementaire fourni par l'administration. L'employeur doit demander également des bulletins d'embauche et de déclaration de salaire pour chaque recrutement.

Par ailleurs le requérant est tenu au payement d'un quota d'affiliation à l'I.N.P.S de 22% de la masse salariale des travailleurs.

Le paiement de ce quota permet d'assurer aux employés le bénéfice de tous les régimes gérés par l'I.N.P.S.

(ci-joint un exemplaire des différents imprimés réglementaires fournis par l'I.N.P.S.).

DEMANDE D'IMMATRICULATION D'UN EMPLOYEUR

Cadre réservé à l'I.N.P.S.

Nom, Prénom ou Raison Sociale {

 Dénomination commerciale de l'Établissement :

Forme juridique :

Adresse complète de l'Établissement :

ANALYSE DÉTAILLÉE DE L'ACTIVITÉ EXERCÉE DANS L'ÉTABLISSEMENT

En cas de pluralité, préciser { Activité principale :

Activités secondaires :

Activités	Effectif du Personnel Salarié			Chefs de famille salariés ayant droit aux prestations	Montant total des salaires y compris avantages en nature de toute sorte payés au cours du dernier mois	Observations
	HOMMES	FEMMES	APPRENTIS			
Principale						
Secondaire						

Depuis quelle date occupez-vous du personnel salarié ?

Certifié exact :

.....; le 19.....

Signature et Cachet

VOIR INSTRUCTIONS AU VERSO

DECLARATION RECAPITULATION DE VERSEMENT DES COTISATIONS

REGIME GENERAL.

Période de Versement

--

NATURE DES COTISATIONS	SALAIRES	TAUX	MONTANT DES COTISATION S
Accidents du Travail(1).....	8 %	
Allocations Familiales.....	7 %	
Retraites(Part.Patronale 3,40 %.....	2 %	
(Part.ouvrière 3,60 %.....	2 %	
Protection contre maladie.....	1 %	
Invaliddté Survivant.....		
Taxe Office Main d'Oeuvre.....		
Nombre de Salaire			
Main d'oeuvre occasionnelle		22 %	
TOTAL DES COTISATIONS			

Debit ou crédit Antérieur.....

Montant versement.....

--

Moje de Paiement (virement Postal-Virement Bancaire
 (Payer les mentions inutiles)(chèque Bancaire-Caisse
 de soussigné, certifié exacte la présente déclaration
 (1) Notification du Taux vous en été faite

INSTITUT NATIONAL DE PRÉVOYANCE SOCIALE
DE LA RÉPUBLIQUE DU MALI
SQUARE LUMUMBA - BAMAKO

Service	Référence { Immatriculation Comptes Individuels
---------	---

Période

BULLETIN D'EMBAUCHE

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

NOM, Prénoms _____ ou Raison Sociale _____
Adresse de l'Établissement _____
N° d'Affiliation à l'I.N.P.S..... <input type="text"/>

IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

(Renseignements pris sur une pièce d'Etat Civil)

NOM _____
Prénoms _____
Date et lieu de naissance _____
Filiation { Père _____ Mère _____
A déjà été immatriculé par l'I.N.P.S. sous le n° _____ N° Allocataire: <input type="text"/>
Date d'entrée dans l'Établissement : _____
Nom et adresse du précédent employeur : _____

Certifié Exact à _____, le _____ 196__
Signature de l'Employeur,

Cachet de l'Employeur

NOTA

Ce bulletin doit être dûment rempli et retourné à l'I.N.P.S. (B.P. 53) dans les 48 heures qui suivent l'embauchage.

2.3.2 De l'Office National de la Main d'Oeuvre (O.N.M.O)

Les dispositions du Code du Travail font obligation à tout employeur ayant des employés sous son autorité de les immatriculer à l'O.N.M.O en vue de leur faire établir un carnet de travail qui doit être gardé par l'employeur pendant toute la durée du contrat. Il doit être remis dûment rempli au travailleur lors de la rupture des relations de travail après avoir fait viser le carnet préalablement par l'O.N.M.O.

De même tout employeur devant procéder à un recrutement quelconque devra exprimer le besoin à l'O.N.M.O qui est le seul organisme chargé de lui fournir la main d'oeuvre nécessaire. L'article 360 du Code du Travail fait obligation à toute personne qui se propose d'ouvrir un établissement ou un chantier de quelque nature que ce soit, d'en faire au préalable la "Déclaration d'ouverture d'établissement" (grand formulaire rouge, délivré par l'O.N.M.O, qu'on remplit et qu'on retourne à l'O.N.M.O)

Doivent être déclarés dans les mêmes conditions la fermeture, la reouverture, le transfert, le changement de destination, la mutation et plus généralement tout changement juridique affectant un établissement.

L'O.N.M.O délivre alors une attestation d'ouverture d'établissement après avoir constaté que le postulant est en règle vis à vis de l'I.N.P.S.

Cette attestation doit pouvoir être exhibée lors du passage des Inspecteurs de Travail.

2.4. Proposition de programmation en vue de l'obtention des différentes pièces administratives (voir tableau N°14)

La lecture de ce tableau nous permet de nous faire une idée :

- des pièces à fournir;
- de leur lieu d'obtention;
- de leur succession d'obtention;
- du délai d'obtention de ces pièces;
- et enfin les pénalités correspondantes en cas de non observation de la réglementation.

En conclusion, d'après notre tableau le délai maximum pour l'obtention de toutes ces pièces peut être estimé à environ cinq (5) mois.

PROGRAMS IN THE PROCESS OF TERMINATION

PROGRAM	DATE	STATUS	REASON	EST. NO.	EST. NAME	EST. TYPE	EST. CLASS	EST. CODE	EST. NO.	EST. NAME	EST. TYPE	EST. CLASS	EST. CODE	EST. NO.	EST. NAME	EST. TYPE	EST. CLASS	EST. CODE
1	1967-01-01	Terminated	Program Discontinued	1000	State Police	Police	Police	1000	1000	State Police	Police	Police	1000	1000	State Police	Police	Police	1000
2	1967-01-01	Terminated	Program Discontinued	1000	State Police	Police	Police	1000	1000	State Police	Police	Police	1000	1000	State Police	Police	Police	1000
3	1967-01-01	Terminated	Program Discontinued	1000	State Police	Police	Police	1000	1000	State Police	Police	Police	1000	1000	State Police	Police	Police	1000
4	1967-01-01	Terminated	Program Discontinued	1000	State Police	Police	Police	1000	1000	State Police	Police	Police	1000	1000	State Police	Police	Police	1000
5	1967-01-01	Terminated	Program Discontinued	1000	State Police	Police	Police	1000	1000	State Police	Police	Police	1000	1000	State Police	Police	Police	1000
6	1967-01-01	Terminated	Program Discontinued	1000	State Police	Police	Police	1000	1000	State Police	Police	Police	1000	1000	State Police	Police	Police	1000

DOSSIER N°1

- . Diplôme de docteur en médecine;
- . Acte de naissance;
- . Certificat de nationalité;
- . Certificat de résidence;
- . Une somme de 5.000 F CFA;
- . Un extrait de casier judiciaire;
- . Un questionnaire à remplir pour l'inscription à l'Ordre;

DOSSIER N°2

- . Acte de naissance;
- . Copie du diplôme;
- . Extrait de casier judiciaire;
- . Certificat de nationalité;
- . Certificat de résidence;
- . Attestation d'inscription à l'Ordre;

- . L'acte notifiant l'avis favorable de l'ordre.

DOSSIER N°3

- . Une copie de la décision l'autorisant à exercer à titre privé (agrément);
- . Un plan coté du local;
- . Une copie du contrat de location ou un acte attestant que le postulant est propriétaire du local;
- . Un acte attestant que le postulant est libre de tout engagement professionnel avec l'Etat ou une entreprise parapublique.

DOSSIER N°4

- . Un extrait d'acte de naissance;
- . Un extrait de casier judiciaire;
- . Un certificat de nationalité;
- . Un certificat de résidence;
- . Un quitus fiscal;
- . Un reçu de paiement de la patente;
- . Un reçu de paiement des frais d'immatriculation au registre du commerce;
- . Une attestation d'identification au Service statistique du plan.

PENALITE N°5

Seront punis d'une amende de 3.000 F à 18.000 F et en cas de récidive d'une amende de 18.000 à 75.000 F CFA et d'un emprisonnement de six jours ou d'une de ces deux peines seulement:

- les employeurs qui ne sont pas affiliés à l'INPS ou qui procède au versement de leurs cotisations après les délais légaux;

- les employeurs qui ne porteront pas à la connaissance de l'INPS tout embauche ou licenciement de personnel, et ce dans les huit jours du début ou de la fin du travail d'un salarié au moyen de la déclaration de mouvement adressée en double exemplaire à l'ONMO qui en adresse un sans délai à l'INPS,

- les employeurs qui omettront de faire la déclaration d'accident de travail ou de maladie professionnelle constaté dans l'entreprise conformément à la réglementation en vigueur.

SECTION 3 = LES PROBLEMES POSES ET LES RECOMMANDATIONS

3.1. LES PROBLEMES POSES

3.1.1 La nécessité de la rélecture des textes sur la privatisation des professions sanitaires

L'autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires a été donnée par la Loi N°85-41/AN-RM du 22 Juin 1985. Ce texte définit les bases légales de l'exercice des professions sanitaires et annonce la création des Ordres professionnels. Dans l'ensemble, tout ce cadre juridique et réglementaire est extrêmement précis mais n'est pas toujours adapté à la situation réelle du secteur de santé malien. D'emblée une grave lacune de tout l'arsenal textuel actuellement paru sur la médecine privée : c'est, il faut le déplorer avec le Professeur BALIQUE (16) "le manque de définition de certaines modalités d'exercice :

"En effet jusqu'à ce jour, aucun texte ne précise la place
"qu'occupera l'exercice privé de la médecine au sein de la
"politique sanitaire du pays, comme s'il s'agissait de quelque
"chose d'implicite.

"Tout ce qu'on peut imaginer, ajoute l'étude, c'est que
"l'intervention du secteur privé se resume à l'exécution d'actes
"curatifs à travers des consultations et des visites à domicile.
"Quelles seront les relations qui s'établiront entre les secteurs
"public et privé ?

"Dans quelle mesure ce dernier participera à la réalisation des
"objectifs nationaux en matière de développement sanitaire à la
"fois en ce qui concerne les actes curatifs (taux de couverture

"sanitaire,...) préventifs (vaccinations,dépistage et traitement
 "des tuberculeux et des lepreux,visites systématiques des groupes
 "à risques,...) et promotifs (éducation pour la santé,...) ?
 "Il s'agit là d'une grave lacune,à la fois pour le MSP-AS dans la
 "mesure ou d'ici l'an 2000 plus de la moitié des médecins
 "travailleront en dehors du secteur public,et pour les futurs
 "praticiens privés qui doivent connaitre leurs modalités futures
 "de travail,dans leur implication technique etfinancière.
 "Pour répondre à cette préoccupation,il est impératif qu'une
 "redéfinition des modalités de mise en oeuvre de la politique
 "nationale puisse être faite en précisant la place qui sera
 "réservée à l'exercice privé de la médecine dans l'atteinte des
 "objectifs nationaux". (16)

Ensuite un certain nombre de dispositions de
 l'Arrêté 5107/MSP-AS/CAB qui fixe les normes minimales concernant
 les infrastructures et l'équipement technique des cliniques et
 cabinets privés sont très contraignantes et ne favorisent pas les
 possibilités d'installation.

Il importe de signaler que d'ailleurs les normes prévues par la
 législation ne sont pas respectées au niveau des formations
 sanitaires publiques tant au point de vue infrastructures
 qu'équipement technique.

Dans la pratique ,il n'est pas toujours facile de pouvoir
 respecter les normes recommandées par l'Arrêté 5107 à propos des
 établissements médicaux et paramédicaux.

La création d'un cabinet médical entraine des dépenses trop
 importantes tant pour ce qui est du local que de l'équipement
 technique.

Il est nécessaire ici d'aborder le problème du local, car les normes préconisées à propos des surfaces des cabinets ne sont pas facilement réalisables à Bamako : en effet les locaux préexistants (transformés en cabinet) ne prévoyaient leur transformation en cabinet ni dans leur plan de masse, ni dans leur architecture.

L'équipement quant à lui peut être simplifié sans être incomplet.

Remarquons en passant que les normes à propos d'équipement hospitalier et du menu sont loin d'être réalisées dans les hopitaux publics ce qui confirme une fois de plus la difficulté d'être conforme à ces normes.

Le tableau comparatif suivant est édifiant à ce sujet. (tableau N° 15)

TABLEAU N°15.

AU TITRE DE L'EQUIPEMENT HOSPITALIER		
SECTEUR PRIVE (ARRETE 5107)	SECTEUR PUBLIC (DECRET N° 243)	ETAT REEL *
CHAMBRE PREMIERE CATEGORIE	CHAMBRE PREMIERE CATEGORIE	CHAMBRE PREMIERE CATEGORIE
- Climatisée	- climatisée	- climatisée
- 1 lit	- 1 à 2 lits	- 2 lits
- un fauteuil	- meublées	- 2 tables de nuit
- une sonnerie	- toilettes communes incorporées	- sanitaire complet incorporé
- le sanitaire complet		
- un terminal de distribution centrale d'oxygène		
CHAMBRE DEUXIEME CATEGORIE	CHAMBRE DEUXIEME CATEGORIE	CHAMBRE DEUXIEME CATEGORIE
- 2 lits au maximum	- 3 à 6 lits	- 4 lits
- un ventilateur	- climatisée	- non climatisée (même pas ventilateur
- 1 chaise par lit	- meublée	- 4 tables de nuit
- 1 table de nuit par lit		
- 1 terminal de distribution d'oxygène		
- le sanitaire complet	- toilettes communes incorporées	- toilettes communes incorporées
CHAMBRE TROISIEME CATEGORIE	CHAMBRE TROISIEME CATEGORIE	CHAMBRE TROISIEME CATEGORIE
- 4 lits au maximum	- 2 à 6 lits	- 10 lits
- 1 table de nuit par lit		- 10 tables de nuit
- 1 armoire compartimentée		- quelquefois des ventilateurs
- une sonnerie		
- 1 groupe sanitaire	- 1 groupe sanitaire	- 1 groupe sanitaire
- 1 terminal de distribution d'oxygène		
Il n'existe pas de	CHAMBRE QUATRIEME CATEGORIE	Il n'existe pas de
	- chambres communes de plus de 6 lits	CHAMBRE DE QUATRIEME CATEGORIE
CHAMBRE QUATRIEME CATEGORIE		

* Les chambres de première, deuxième, troisième catégorie existent dans nos hôpitaux nationaux: une rapide enquête à leur niveau nous a fourni les renseignements concernant leur état réel.

En plus, il faudra bien un jour définir les normes concernant les établissements médicaux pour la zone rurale. L'Arrêté 5107 a été manifestement élaboré pour les installations citadines.

Pour ce qui concerne la fiscalité il n'existe pas de cadre juridique précis spécifique aux professions médicales. Ces établissements privés sont soumis à plusieurs taxes et impôts comme des entreprises commerciales.

Quant aux Ordres Nationaux; on note au sein de l'Ordre des Médecins, le manque d'organe qui s'occupe du contrôle et de la surveillance des établissements sanitaires privés.

Par ailleurs il serait souhaitable de voir les ordres jouer pleinement leur rôle, tout en gardant leur indépendance : comme l'indique l'article 2 de la loi n°86-35, l'ordre est un organisme professionnel doté de la personnalité civile et agissant sous sa seule responsabilité .

A ce propos relevons que le Décret 158/PG-RM du 14 Juin 1988 soulève une interrogation : ce texte qui fixe "la répartition des organismes personnalisés entre les Départements ministériels " place les Ordres Nationaux Sanitaires dans le même groupe que l'I.N.R.S.P (qui est un établissement public à caractère administratif = E.P.A), la Pharmacie Populaire du Mali et l'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques (qui sont des établissements publics à caractère industriel et commercial = E.P.I.C) . Or, un Ordre ne saurait être considéré comme un établissement public.

3.1.2. Financement de l'établissement :

A la date du 30 Mars 1990; 24 médecins, 3 chirurgiens-dentistes, 53 agents techniques et techniciens de santé dont 4 sages-femmes (soit au total 80 agents de santé) ont obtenu leur agrément pour l'exercice à titre privé, mais seuls 23 agents (soit 29%) dont la répartition par catégorie professionnelle suit dans le tableau N°16, ont effectivement ouvert un établissement médical (cabinet de consultation médical, cabinet dentaire, cabinet de soins, cabinet de consultation pour sage-femme et clinique d'accouchement). C'est pour dire que les 71% restant n'ont toujours pas trouvé l'argent nécessaire à l'achat du matériel minimum et l'aménagement d'un local.

TABLEAU N°16: REPARTITION PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE DES AGENTS
DE SANTE PRIVEE INSTALLEES A LA DATE DU 30/03/1990

CATEGORIE PROFESSIONNELLE	NOMBRE
CHIRURGIENS DENTISTES	2
MEDECINS - GENERALISTES	6
S : DERMATOLOGUES	2
P :	
E :	1
C : UROLOGUES	
I :	
A :	3
L : GYNECO-OBSTETRICIENS	
I :	
T :	
E :	1
S : PEDIATRES	
SAGES FEMMES	2
INFIRMIERS DIPLOMES D'ETAT	4
INFIRMIERS DU PREMIER CYCLE	2
TOTAL	23

Les prêts bancaires dans notre pays sont très difficiles à obtenir: les schémas de prêt développés par les gouvernants sont irréalisables pour un sortant de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie ou d'une faculté quelconque, à défaut de parents solvables, une maison ou un bien quelconque à hypothéquer dans une banque, étant donné que l'Etat n'a pris aucun engagement financier à ce niveau.

Pour bénéficier d'un prêt a "Césiri so" qui est une antenne du Fonds Européen de Développement; après inscription, le demandeur se voit remettre un contrat de Groupement d'Interêt Economique (G.I.E) .Suiyant ce contrat il faut:

- avoir trois associés = sérieux, pouvant cotiser une fois par mois (ces membres sont choisis par le promoteur parmi ses connaissances);
- avoir un parrain (personne de bonne moralité);
- avoir un avaliste;
- être capable de verser son apport personnel (10% du montant de l'emprunt)

L'absence de ligne de crédit pour financer les installations constitue un handicap sérieux à l'épanouissement des entreprises privées et singulièrement de la médecine privée, pour l'acquisition du matériel d'équipement et d'une infrastructure appropriée.

L'enquête que nous avons menée auprès des professionnels de la santé qui exercent dans le privé, montre qu'ils se sont tous installés à partir de fonds personnels (autofinancement) sauf, un seul qui a bénéficié d'un prêt bancaire au près d'une banque française.

Enfin, malgré les déclarations faites ici et là, encourageant l'initiative privée et promettant une source de financement aux jeunes diplômés, il n'existe aujourd'hui aucune structure gouvernementale qui aide les jeunes médecins à s'installer.

3.1.3. Problèmes de Tarification :

Après le handicap financier; la deuxième grosse difficulté se situe au niveau de la tarification.

Les textes réglementaires précisent les tarifs pour les consultations et autres actes médicaux dans le privé.

Ainsi :

- . la consultation du médecin généraliste est fixé à 4.185 F CFA;
- . la consultation du médecin spécialiste à 5.945 F CFA;
- . la consultation du chirurgien-dentiste à 4.230 F CFA;
- . la consultation de la sage-femme à 2.350 F CFA.

En cas, d'hospitalisation, il faut payer tous les jours =

- 18.600 F CFA pour une chambre de première catégorie;
- 13.560 F CFA pour une chambre de deuxième catégorie;
- 9.040 F CFA pour une chambre de troisième catégorie.

Par ailleurs il existe une disparité de prix entre santé publique et privée. (voir tableau n°17 ci-dessous).

TABLEAU N°17: QUELQUES EXEMPLES DE TARIFS PRIVE / PUBLIC

PRESTATIONS	SECTEUR PRIVE	SECTEUR PUBLIC
Consultation du Médecin	4 185 f	500 f
Un jour d'hospitalisation en première catégorie	18 600 f	2 250 f
Un jour d'hospitalisation en deuxième catégorie	13 560 f	1 500 f
Un jour d'hospitalisation en troisième catégorie	9 040 f	750 f
Radiographie du Thorax	14 200 f	3 345 f
Urographie intra veineuse (U I V)	35 500 f	9 285 f
Rectoscopie	6 900 f	2 250 f
Cystoscopie	13 800 f	6 750 f
Abdomen sans préparation (A S P)	7 040 f	3 345 f

Ce tableau nous montre le caractère excessifs des tarifs privés.

Cependant on ne doit pas oublier que le centre d'Etudes et de Promotion Industrielle (C.E.P.I) a tenu compte du niveau de l'investissement et de la qualité du matériel sanitaire en plus des charges (impôts, eau, électricité etc...) pour dégager les tarifs.

Ces tarifs ne sont d'aucune commune mesure avec les possibilités financières des maliens à telle enseigne, que les praticiens eux mêmes ont initié une action, en accord avec le Conseil de l'Ordre, pour ramener les tarifs à un niveau plus compatible avec les revenus des populations. Les tarifs retenus sont les suivants :

C_m	=	2.000 F à 4.185 F CFA.
C_d	=	2.500 F à 4.230 F CFA.
C_s	=	3.000 F à 6.000 F CFA.
C_f	=	1.500 F à 2.350 F CFA.
Z	=	1.000 F CFA.
K	=	500 F CFA.
H_1	=	15.000 F à 18.600 F CFA.
H_2	=	10.000 F à 13.560 F CFA.
H_3	=	7.000 F à 9.040 F CFA.

Pour conclure sur le problème de tarification, signalons encore qu'un texte récent (Décret N° 89-455/PG-RM du 30 Décembre 1989 portant détermination de la procédure de fixation des prix) vient de placer les prestations sanitaires sous le régime de la liberté de prix, ce qui place les tarifs médicaux sous le régime de la libre entente. En effet nous estimons que le principe de la libre

entente, constitue un aspect essentiel de la pratique médicale dans le secteur privé. (le médecin doit se faire honorer avec tact et mesure).

3.1.4. Insuffisance de Médicaments :

L'exercice de la médecine a été libéralisé en même temps que celui de la pharmacie.

Tous les problèmes de rupture de stocks de médicaments, d'irrégularité chronique de ravitaillement sont liés directement au fait que c'est une structure étatisée qui a le monopole de l'importation. (Pharmacie Populaire du Mali).

En effet si l'accessibilité géographique et financière du médicament aux populations est une donnée souhaitée, cette volonté de politique sociale doit toute fois être soutenue par une certaine disponibilité financière de l'organisme distributeur.

Or, les moyens actuels de la Pharmacie Populaire du Mali seront longtemps encore insuffisants pour soutenir à la fois l'activité d'importation et de distribution dans les formations sanitaires, dans ses propres officines et dans celles du secteur privé.

3.1.5. Existence de la Médecine Pirate :

Il s'agit de la concurrence déloyale que les praticiens privés ont qualifié de médecine pirate ou encore les "franc-tireurs". Certains praticiens invoquent la "concurrence déloyale" que leur livre la Pharmacie Populaire du Mali (P.P.M) par le biais de ses services spécialisés (cabinet médical, centre de prothèse dentaire, laboratoire d'analyses biomédicales).

Si a un moment donné de notre développement, la création de ces structures s'expliquait, aujourd'hui, leur maintien ne se justifie plus.

A un autre niveau, il y a également tel médecin ou infirmier d'Etat du secteur public qui vous invite discrètement à venir le voir à domicile pour bénéficier d'une "consultation plus poussée" et cela moyennant paiement d'une certaine somme d'argent. Ce phénomène est cependant difficile à cerner à cause du flou et de l'anonymat dont il est volontairement entouré, d'autant que pour beaucoup de praticiens, il constitue une importante source de revenu.

Une telle pratique constitue un manque à gagner sérieux pour le praticien privé quand on sait que celui-ci est soumis à des taxes vis à vis du trésor public.

3.1.6. Interpénétration Secteur Public - Secteur Privé :

Nous entendons par interpénétration Public - Privé, la possibilité pour l'agent du privé de pouvoir effectuer certains actes dans les formations sanitaires publiques et inversement la possibilité pour le fonctionnaire, en dehors des heures dues à la fonction publique, d'effectuer des vacations dans les établissements sanitaires privés. Or, la législation actuelle met une barrière étanche entre les deux secteurs.

Un autre aspect du problème : c'est le manque de disposition permettant : l'accès à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie (E.N.M.P) aux médecins privés et aux malheureux candidats au concours d'entrée à la Fonction Publique pour prétendre aux titres d'Assistant, Assistant Chef de

clinique, Agrégé, les possibilités de formation recyclage et également de préparer les concours des certificats d'Etudes Spécialisées et les concours hospitaliers.

Par ailleurs, il serait souhaitable que le concours d'internat dont la création est envisagée, soit, s'il était créé, un concours suffisamment ouvert, donc non réservé aux seuls fonctionnaires.

3.1.7. Problèmes des Impôts et des Taxes Douanières du Médecin :

Nombreux sont les médecins qui se plaignent de la lourdeur des impôts et des taxes douanières. Nous pensons que ceci trouve son explication dans le fait que les médecins sont assimilés à des commerçants.

Par ailleurs, il n'existe pas d'exonération proprement dite pour le médecin sauf dans certains cas particuliers :

- Les jeunes diplômés âgés de moins de 35 ans bénéficient en ce qui concerne la patente, d'une exonération de =

- . 100% pour leur première année d'activité;
- . 50% pour leur deuxième année d'activité;
- . 25% pour leur troisième année d'activité.

- Les jeunes diplômés âgés de moins de 35 ans sont exonérés pendant une durée de trois ans de l'impôt Contribution Forfaitaire à la Charge des Employeurs.

- Les médecins agréés au Code des Investissements (chose possible présentement puisque les entreprises de promotion de la santé humaine et animale ont été agréées au Code des Investissements depuis le 5 Avril 1988 par la Loi N°88-36:AN-RM).

Rappelons que, ne sont agréées au Code des Investissements que les entreprises dites "prioritaires" aux quelles le Gouvernement accorde le bénéfice de l'un des trois régimes d'investissement suivants :

- * Le Régime Spécial appelé "Régime C " ou le niveau minimum de l'investissement à réaliser est de 25 millions de francs CFA.
- * Le Régime Commun appelé "Régime A" ou le niveau minimum de l'investissement à réaliser est fixé à 150 millions de francs CFA;
- * Le Régime Particulier appelé "Régime B" ou le niveau minimum de l'investissement à réaliser est fixé à un milliard de francs CFA.

Les avantages liés à ces régimes sont variables suivant le régime dans lequel le médecin est agréé.

EXEMPLE du "Régime C" ou l'investissement minimum est de 25 millions (correspond à un cabinet de groupe). Les avantages liés à ce régime sont les suivants :

- 1°) exonération, pendant une période pouvant atteindre trois ans des droits et taxes perçus à l'importation sur les matériels, machines, pièces de rechange, outillages et matériaux nécessaires à la réalisation de l'unité de production, à l'exception de la contribution pour prestation de services rendus (C.P.S) ou toutes taxes en tenant lieu .

2°) exonération des droits et taxes à l'importation à l'exception de la contribution pour prestation de services rendus (C.P.S) sur les matières premières :

- . 100% pendant les trois premiers exercices;
- . 66% le quatrième exercice;
- . 33% le cinquième exercice.

3°) exonération pendant une période pouvant s'étaler sur les trois premiers exercices d'exploitation, de l'impôt sur les bénéfices industriels et commerciaux, ainsi que de la contribution des patentes.

4°) exonération, pendant cinq ans et seulement pour les constructions nouvelles, de l'impôt sur les revenus fonciers et de la taxe sur les biens de main - morte.

(Voir en annexe les avantages, la procédure d'obtention de l'agrément pour les autres régimes ainsi que le modèle de présentation des projets).

3.1.8. Faiblesse de l'assurance maladie :

La sécurité sociale est une combinaison d'assistance individuelle et d'assistance collective en ce sens qu'elle repose d'une part sur le principe de l'assurance, à base de cotisations versées, et que d'autre part elle assure l'assistance aux assurés au moyen également de ressources fournies par la collectivité. Pour une bonne marche de l'exercice privé, un système de Sécurité Sociale est une nécessité, or cela est encore à un niveau embryonnaire au Mali où n'existe pas de tradition de médecine privée.

Il est notoirement connu, que les individus arrivent difficilement à faire face à leurs dépenses ponctuelles de santé qui représentent des sommes énormes comparées à leurs revenus (20). Ce qui a pour conséquence logique l'inaccessibilité de la majeure partie de la population aux soins médicaux.

3.2. LES RECOMMANDATIONS :

Notre étude sur la privatisation de la médecine, nous a permis de mettre en exergue les véritables problèmes qui entravent le bon épanouissement de l'exercice privé et qui constituent en fait des facteurs de blocage. Aussi, croyons nous que les recommandations suivantes pourront contribuer à la résolution de ces importants problèmes:

3.2.1. Rélecture des textes :

Dans le cadre de la rélecture des textes de la santé privée, l'Ordre National des Médecins et l'Ordre National des Sages-Femmes ont proposé les modifications suivantes :

3.2.1.1. LA LOI N°85-41/AN-RM du 22 Juin 1985.

Article 6 : Supprimer c) "tout emploi public" et remplacer par : "le travailleur sanitaire du public peut, en dehors des heures dues à la Fonction Publique et dans le cadre d'un contrat avec un privé, donner des vacations dans un établissement sanitaire privé; inversement un travailleur privé peut, dans les mêmes conditions donner des vacations dans un établissement sanitaire public".

3.2.1.2. Code de Déontologie annexé à la LOI N°86-35/AN-RM

ARTICLE 36 : à supprimer.

3.2.1.3. DECRET N°177/PG-RM du 23 Juillet 1985.

ARTICLE 8 : A supprimer.

ARTICLE 18 :

- Maintenir les deux premiers tirets.
- Pour le troisième tiret retenir : "En outre tout établissement médical d'hospitalisation doit detenir en permanence un stock minimal de médicaments nécessaires à son bon fonctionnement".

ARTICLE 19 : Supprimer "et comporter des chambres d'au moins trois catégories".

ARTICLE 48 : Remplacer le début de la dernière phrase par "En outre la clinique d'odonto-stomatologie doit detenir en permanence...".

3.2.1.4. ARRETE 5107/MSP-AS CAB du 5 Mai 1986

ARTICLE 9 : A reprendre de la façon suivante : "plusieurs sociétés sont autorisées pour l'exploitation d'un ou de plusieurs établissements médicaux ou paramédicaux :

- Société en nom collectif dans laquelle tous les associés sont membres des professions médicales ou paramédicales.
- Société à responsabilité limitée ou Société Anonyme dans lesquelles les associés membres des professions sanitaires sont majoritaires.

Toutefois le nombre d'établissements médicaux ou paramédicaux exploités en société, doit correspondre au nombre d'associés diplômés".

ARTICLE 11 : Au quatrième tiret lire : "d'une salle de réanimation avec source d'oxygène" .

ARTICLE 12 :

- a) au titre des infrastructures = au troisième tiret lire :
 - "une salle de radiologie à partir d'une capacité de 30 lits".

b) au titre de l'équipement technique = Supprimer :

- "un terminal de distribution centrale d'oxygène;
- un terminal d'aspiration centrale".

(Il s'agit de dispositifs coûteux, avec souvent des fuites et de maintenance complexe; il existe des obus d'oxygène mobiles et des aspirateurs mobiles qui remplissent les mêmes fonctions).

ARTICLE 16 : Supprimer au 16-1 ; 16-2 ; 16-3 .

"un terminal de distribution centrale d'oxygène"

ARTICLE 18 : Pour la deuxième phrase lire : "ce contrat doit être approuvé par le Conseil National de l'Ordre sanitaire concerné et communiqué au Ministre chargé de la Santé Publique". Le reste sans changement.

Toujours à propos de l'Arrêté 5107 la réglementation du remplacement s'avère une nécessité.

Par ailleurs, quelques unes des propositions des ordres nationaux contenues dans la lettre du 2 Novembre 1987 en complément de l'Arrêté 5107; il s'agit : de la détermination de la liste de matériels pour les différents cabinets et cliniques; la liste des médicaments que la sage-femme pourra être amené à prescrire.

Enfin, ajoutons la nécessité de la création au sein de l'ordre des médecins d'un organe qui sera chargé du contrôle et de la surveillance des établissements médicaux privés d'une part et d'autre part la diversification du syndicalisme sanitaire.

3.2.2. L'absence de ligne de crédit pour financer les installations constitue un sérieux handicap pour l'épanouissement de la médecine privée. Cet handicap explique pourquoi parmi les 80 candidats exprimés, 23 seulement ont pu ouvrir leur établissement.

Pour permettre un épanouissement du secteur médical privé, il serait nécessaire de mobiliser des lignes de crédit pour les candidats, avec des procédures douces d'accès et de paiement.

3.2.3. Les impôts et les taxes douanières.

Les établissements médicaux privés sont soumis à plusieurs taxes et impôts comme des entreprises commerciales (ce qui explique la lourdeur des impôts et taxes). Il serait préférable de leur appliquer des mesures fiscales particulières comme dans certains pays où les professions médicales sont imposées dans la catégorie des Bénéfices Non Commerciaux (B.N.C). Par ailleurs, il serait souhaitable d'accorder aux médecins non agréés au Code des Investissements une exonération des droits et taxes perçus à l'importation sur les matériels médicaux; ainsi que sur l'impôt B.I.C et la contribution des patentes, du moins dans les premières années d'activité.

Ce sont là autant de mesures qui ont le double avantage de ne pas requérir des disponibilités financières importantes tout en constituant de puissants facteurs d'incitation. Il s'agit pour l'Etat de savoir donner d'une main pour reprendre de l'autre.

3.2.4. L'insuffisance de médicaments :

Les problèmes de rupture de stocks de médicaments sont liés directement au fait que c'est une structure étatisée qui à le monopole de l'importation.

Pour résoudre cet épineux problème, et assurer la promotion de notre politique sanitaire, il serait souhaitable d'accorder aux officines privées leur propre approvisionnement.

3.2.5. Lutte contre la médecine pirate :

Pour ce qui est de la "concurrence déloyale" que livre la P.P.M. par le biais de ses services spécialisés, (cabinet médical, centre de prothèse dentaire et laboratoire d'analyses biomédicales); nous savons que ces formations fonctionnent à peu près comme des formations sanitaires privées et doivent en conséquence obéir à la réglementation en vigueur (ce qui n'est pas le cas à tous les points de vue).

À cette difficulté les médecins ne voient que trois solutions :

- soit l'Etat supprime purement et simplement ces structures;
- soit il les renove et leur impose d'appliquer la réglementation en ce qui concerne les normes structurales et la fiscalité.
- soit la cession par l'Etat de ces formations à des nationaux privés (médecins).

En ce qui concerne les "francs tireurs"; cette pratique frauduleuse, porte un préjudice certain aux praticiens privés. Cela se comprend dans la mesure où elle accapare la majorité de la clientèle à cause de ses tarifs moins élevés par rapport à ceux en vigueur dans le secteur privé. Pour gagner cette lutte, l'Ordre des Médecins doit chercher à les démasquer et à les sanctionner.

3.2.6. Coopération Secteur Public et Secteur Privé :

À l'heure actuelle, aucun texte n'autorise les praticiens privés à effectuer des actes dans les formations sanitaires publiques. Il serait bon comme l'a déjà souligné l'Ordre des Médecins, qu'il y ait une interpénétration entre le secteur public et le secteur privé. Ce qui nous aidera à lutter plus efficacement contre les pratiques illégales et clandestines.

3.2.7. Mise en place d'un Système de Sécurité Sociale :

Si les mutuelles et assurances maladie n'existent pas actuellement au Mali (hormis les prestations de l'I.N.P.S. et de quelques rares compagnies d'assurances de la place), elles représentent à notre sens la voie de l'avenir en ce qui concerne le financement collectif des dépenses de santé. Et c'est ce qui a amené les médecins (Ordre) à faire au gouvernement les propositions suivantes :

- Voter une loi rendant obligatoire l'assurance maladie en République du Mali.
En plus des assureurs privés et de l'I.N.P.S. favoriser la création et l'installation des groupements et mutuelles par des textes légaux. (20)
- Que l'Etat oblige les employeurs à verser une cotisation (un certain pourcentage) du salaire de chaque travailleur employé à l'assureur choisi (I.N.P.S ou autres). (20)

L'instauration d'un tel système s'avère une condition sine qua non pour la bonne marche de toute politique sanitaire, facilitant l'acquisition des soins par le malade qui constitue l'objectif primordial en même temps que la pierre angulaire de cette politique.

C'est à ce prix que l'individu se sentira sécurisé face à la croissance démesurée des dépenses de santé.

CONCLUSION

CONCLUSION

Dès que le Mali eut acquis son indépendance, un certain nombre de plans ont été adoptés ainsi que la tenue de trois séminaires.

Au terme de ces différents plans, des progrès notables ont certes été enregistrés, mais il reste encore beaucoup à faire, le constat étant le suivant :

- . couverture sanitaire insuffisante;
- . pénurie de médicaments dans les formations sanitaires;
- . éloignement de certaines formations sanitaires des centres principaux;
- . actuellement "chômage" des jeunes médecins et des autres professionnels de la santé.

Du bilan des maux existants et de la conjoncture économique internationale, il apparaît qu'à l'heure actuelle, l'Etat seul n'est pas en mesure de soutenir l'effort d'investissement destiné à étendre la couverture en formations sanitaires.

Et le troisième Séminaire National de la Santé Publique qui s'est tenu à Bamako du 21 au 26 Novembre 1983 : "Recommande : la libéralisation des professions socio-sanitaires".

Les autorités politiques lors de la réunion des 27, 28, 29 Février et 1er Mars 1984 ont approuvé la privatisation des professions socio-sanitaires.

Par la suite un an après apparaît le 1er texte, texte fondamental qui autorise l'exercice privé de la médecine au Mali: il s'agit de la loi 85-41/AN-RM du 22 Juin 1985 Portant autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires.

Notre travail avait pour objectifs :

- . de faire un bref rappel historique de la politique sanitaire du Mali;
- . de présenter dans un but d'information : les différents textes qui sont parus dans le domaine de l'exercice privé de la médecine; l'organisation de la profession médicale et les principes de l'exercice libéral;
- . d'exposer la procédure et toutes les démarches que doit suivre le candidat à l'installation pour l'exercice privé de la médecine;
- . de recenser les principales difficultés liées actuellement à l'exercice privé de la médecine;
- . de faire des recommandations.

La loi 85-41 et les textes suivants définissent un cadre réglementaire pour les établissements sanitaires privés au Mali. Les conditions d'exploitation sont clairement précisées. Cependant ces dispositions législatives et réglementaires comportent certaines lacunes importantes aux quelles il faut remédier pour ne pas compromettre l'avenir de cette jeune médecine. Parmi ces lacunes nous avons noté, entre autres :

- . le manque de définition de la place qu'occupera l'exercice privé de la médecine au sein de la politique sanitaire du pays;
- . un certain nombre de dispositions de l'Arrêté 5107 sont très contraignantes;
- . le manque de définition des normes concernant les

- établissements médicaux privés pour la zone rurale;
- . l'inexistence de cadre juridique spécifique pour ce qui concerne la fiscalité du médecin;
- . le manque d'un organe de contrôle et de surveillance au sein de l'ordre des médecins;
- . le manque d'interpénétration entre secteur public et secteur privé.

Quant à la pratique libérale elle nous a révélé un certain nombre de problèmes:

- . l'absence de ligne de crédit pour financer les installations;
- . l'insuffisance de médicaments;
- . l'existence de la médecine pirate;
- . la gêne qu'éprouvent les privés du fait du manque d'interpénétration entre secteur privé et secteur public;
- . la lourdeur des impôts et taxes douanières;
- . la faiblesse de l'assurance maladie.

Face à ces problèmes les médecins privés ont fait des suggestions qui se situent à neuf niveaux :

- . une nécessité de rélecture des textes;
- . un aménagement des impôts et des taxes douanières;
- . une définition des normes relatives aux établissements médicaux privés de la zone rurale (voire la création d'une quatrième zone pour ce qui concerne la contribution des patentes);
- . la création au sein de l'ordre des médecins d'un organe qui sera chargé du contrôle et de la surveillance des

- établissements médicaux privés;
- .. la possibilité pour l'agent du privé de pouvoir effectuer certains actes dans les formations sanitaires publiques et inversement la possibilité pour le fonctionnaire, en dehors des heures dues à la Fonction Publique, d'effectuer des vacations dans les établissements sanitaires privés;
- .. une mobilisation de lignes de crédits à l'intention des candidats à l'exercice privé de la médecine;
- .. le retrait du monopole de grossiste à la Pharmacie Populaire du Mali;
- .. le dépistage et la punition effective des "francs tireurs" ;
- .. la mise en place d'un système de sécurité sociale.

Cette politique de privatisation ainsi intelligemment et efficacement promue doit permettre d'acquérir le plus rapidement possible tous les moyens et matériels pouvant permettre aux praticiens de travailler dans de meilleures conditions. Mieux il s'agit aussi d'aider à remédier à la crise de personnel sanitaire aussi bien qualitatif que quantitatif, et à limiter les évacuations sanitaires très coûteuses qui pèsent sur le budget de l'Etat.

Tout comportement humain correspond à la satisfaction d'un besoin ou d'une aspiration, les hommes n'acceptant de modifier leurs attitudes que s'ils sont convaincus que le changement proposé leur sera bénéfique. Nous ne devons jamais oublier

que, comme le dit un proverbe africain "on peut facilement conduire un cheval à l'abreuvoir, mais on ne peut pas l'obliger à boire" .L'éducation populaire doit informer et sensibiliser les populations par la diffusion de messages simples et clairs : c'est une démarche normale. Il faut un support pour faire passer une idée nouvelle et le meilleur moyen en l'occurrence, est l'information directe. Mieux informés, les maliens seraient plus disposés à aller dans la mesure de leurs moyens, consulter un médecin privé s'il fait preuve de compétence, de savoir faire et de savoir être. Parce que ce sont ces points qui, en définitive feront la différence.

Ainsi donc, au terme de cette étude, la libéralisation des professions sanitaires, on le voit, pose beaucoup de problèmes. Pour une bonne réussite de cette politique de privatisation, le gouvernement doit mettre en oeuvre les moyens qui permettront de lutter contre les facteurs qui handicapent sérieusement l'épanouissement de la médecine privée au Mali. Aussi, la privatisation envisagée comme une des solutions, ne doit pas être considérée comme une fin en soi, mais comme un des nombreux moyens dont disposent le gouvernement pour promouvoir un nouveau partage du travail entre le secteur public et le secteur privé, car comme aimait à le dire le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins "la médecine est une, la santé qu'elle soit publique ou privée doit contribuer à la promotion de l'homme malien". /

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1° - LES TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES.

- 1- LOI N° 85-41/AN-RM Portant autorisation de l'exercice privé des professions sanitaires.
- 2- DECRET N° 177/PG-RM Portant organisation de l'exercice privé des professions sanitaires.
- 3- ARRETE N° 5107/M.S.P-A.S/CAB Portant modalités d'application du Décret n°177 du 23 Juillet 1985 portant organisation de l'exercice privé des professions médicales et paramédicales.
- 4- LOI N° 86-35/AN-RM Portant institution de l'Ordre National des Médecins.
- 5- CODE DE DEONTOLOGIE ANNEXE A LA LOI N° 86-35/AN-RM du 12 Avril 1986 portant institution de l'ordre national des médecins.
- 6- ARRETE INTERMINISTERIEL N° 3344/M.F.C/M.S.P-A.S fixant les tarifs et barèmes des actes médicaux et de l'hospitalisation dans le secteur privé.
- 7- REGLEMENT INTERIEUR DE L'ORDRE NATIONAL DES MEDECINS.
- 8- NOMENCLATURE GENERALE DES ACTES PROFESSIONNELS (médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux).
- 9- LOI N° 88-32/AN-RM Portant modification du CODE GENERAL DES IMPOTS.
- 10- LOI N°86-39/AN-RM Abrogeant et remplaçant l'Ordonnance N°76-31/C.M.L.N du 30 Mars 1976 portant CODE DES INVESTISSEMENTS.
- 11- LOI N° 88-36/AN-RM Complétant la loi n°86-39 du 8 Mars 1986 Portant Code des Investissements.
- 12- DECRET N° 93/PG-RM Fixant les modalités d'application de la

loi n° 86-39/AN-RM du 8 Mars 1986 portant Code des Investissements.

13- DECRET N° 89-455/P-RM portant détermination de la procédure de fixation des prix.

2°- BIBLIOGRAPHIE GENERALE.

14- Amicale des Médecins ,Pharmaciens et Chirurgiens-Dentistes :Resumé du rapport d'activité du Bureau National Provisoire de l'A.M.P.C.D.

15- Amicale des Médecins,Pharmaciens et Chirurgiens-Dentistes :STATUTS

16- BALIQUE .H

Note sur les possibilités d'installation des médecins en dehors du secteur public au Mali (Novembre 1988).

17- BANQUE MONDIALE : Memorandum sur le secteur de la population du Mali Février 1988.

18- BRISSET . Claire

Santé dans le tiers monde. Paris=la découverte:1984
256 p = 22cm.

19- BULLETIN DE L'ORDRE DES MEDECINS FRANCAIS 1985 N°2

Le secret est un symbole.

20- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS DU MALI :

Mémemorandum sur les mutualités et l'assurance maladie dans le cadre de la privatisation des professions socio-sanitaires au Mali.

21- DEMBELE Hamidou

Théorie et pratique de la privatisation au Mali. Bamako 1979.

(Mémoire E.N.A)

- 22- DIALLO Mamadou Sidi:
Les évacuations sanitaires au Mali. (Thèse Médecine
Bamako 1978)
- 23- ESSOR N°10.382 du 9 Février 1988 "Médecine privée, premiers
pas, premiers problèmes".
- 24- GUINDO Souleymane.
Des statuts et obligations administratives des professions
médicales et paramédicales privées au Mali.
Présenté par le Docteur Souleymane Guindo suivant terme de
référence du M.S.P - A.S.
- 25- KOUMARE Bénéit Yaranga:
Evaluation des dépenses de santé .(thèse pharmacie Bamako
1985).
- 26- MEMETEAU Gérard.
Droit médical Editions litec 1986.
- 27- MINISTERE DE L'INDUSTRIE, DE L'HYDROLIQUE ET DE L'ENERGIE.
Modèle de présentation des projets.
- 28- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES.
CABINET.
Dispositions pratiques à observer par tout pharmacien
d'officine deux mois après l'ouverture de son établissement.
Octobre 1989.
- 29- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES
CABINET.
Procédure à suivre pour accéder à l'exercice privé de la
profession sanitaire ou sociale
- 30- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES
DNPFSS.

Plan Decennal de Développement Socio-Sanitaire 1981-1990.

31- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES.

DNSP.

Cellule de coordination des soins de santé primaire

Rapport d'évaluation de la politique des soins de santé
primaire Juin. 1989.

32- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES.

Expérience des SSP (MALI - COMITE MIXTE - OMS - UNICEF)
JUIN 1980.

33- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES.

Résolutions générales du 3ème Séminaire National de la Santé
Publique et des Affaires Sociales.

34- MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DES AFFAIRES SOCIALES.

2ème Séminaire National de la Santé Publique et des Affaires
Sociales.

35- NATIONS UNIS:

A.B.C. DES Nations Unis édition 1981 P 125.

36- NATIONS UNIS :

Conférence des NATIONS UNIS sur les pays les moins avancés.

Réunion de consultation par pays.

Memoire du Mali

Nations Unis 1981.

37- QUEDRAGO Iréné

Le Conseil de l'Ordre des Médecins :

Définition - Rôle - Application - Perspectives en Haute
Volta.

38- ROCHE Louis

Abrégé de Médecine Légale clinique (Louis Roche, Jean Pierre
Do, Liliane Doligard et coll).

39- TOURE Bocar

Croissance démographique et prestation sanitaire 1982.

40- TOURE Ousmane

Statut des professions médicales privées.

Memoire ENA Mali 1988

41- UNION DEMOCRATIQUE DU PEUPLE MALIEN.

Commission Sociale du Bureau Exécutif Central s/c Commission

Santé: Meilleure Couverture Sanitaire.

42- UNION NATIONALE DES TRAVAILLEURS DU MALI.

Syndicat National de la Santé Publique et des Affaires

Sociales.

Statuts adoptés au 7ème Congrès Statutaire de la Santé

Publique et des Affaires Sociales les 29 - 30 - 31 Décembre

1988.

43- VILLEY R

DEONTOLOGIE MEDICALE.

Serment d'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, 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 dans 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 la 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 reçue de leur père.

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

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