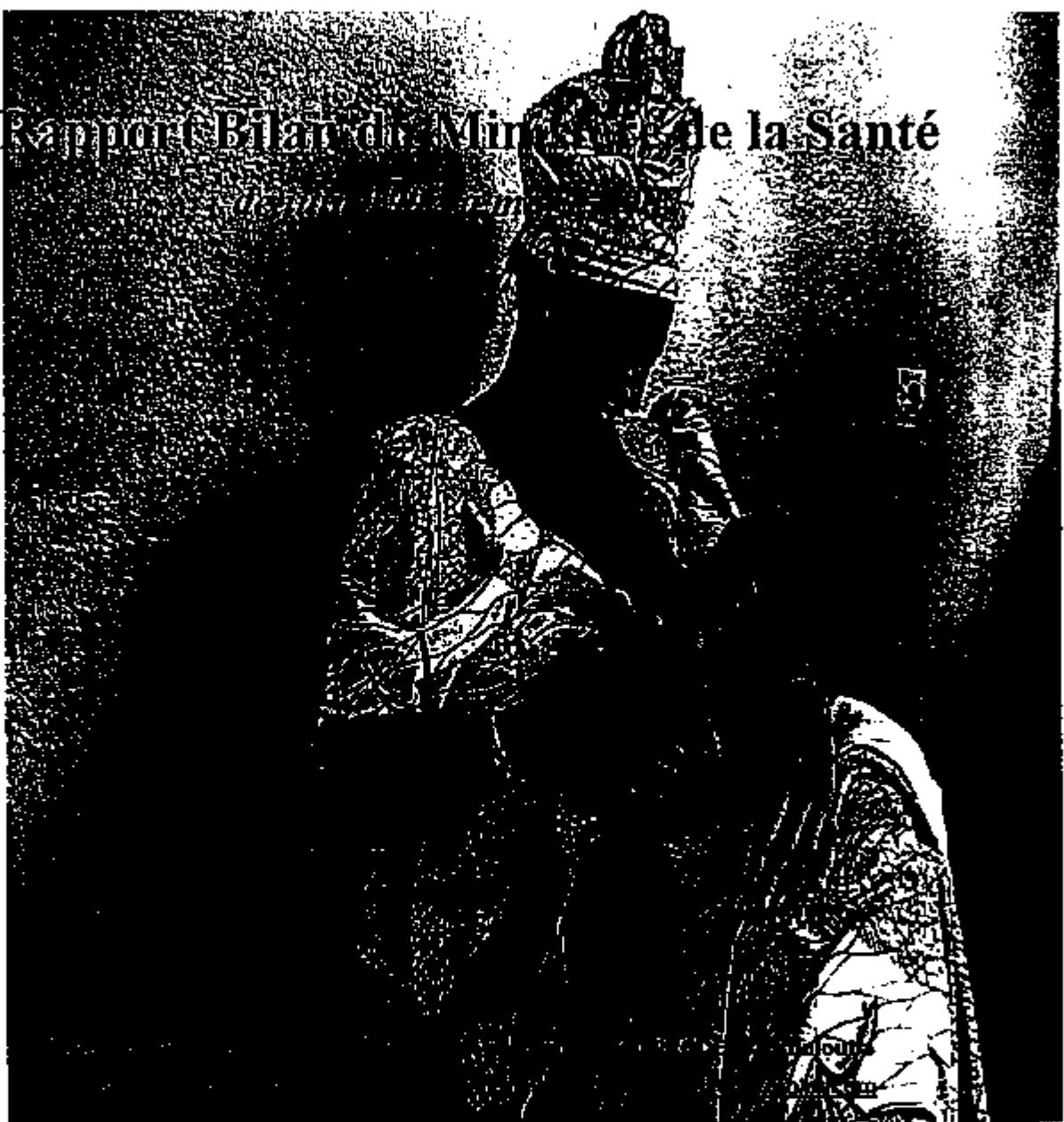


MINISTÈRE DE LA SANTE
SECRETARIAT GENERAL

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi



30252

INTRODUCTION:

Le cadre global de programmation des activités du ministère de la santé de 1992 à 2002 demeure la politique sectorielle de santé et de population qui est basée sur la stratégie des soins de santé primaires, la stratégie africaine de développement sanitaire et l'initiative de Bamako.

Le département de la santé, dans le cadre des nouvelles missions qui lui ont été confiées par les gouvernements successifs de la III^e République, a initié et mis en oeuvre différents projets et programmes pour assurer la couverture des besoins de santé de base de la population. Il a en outre entrepris un vaste programme de mobilisation et de sensibilisation autour des thèmes de santé publique, de population, d'assainissement et d'hygiène. Parmi les actions prioritaires, certaines ont fait l'objet d'une attention particulière dans ce rapport :

- a) la prévention et la lutte contre les épidémies;
- b) l'extension de la couverture sanitaire et le renforcement du paquet minimum d'activités ;
- c) l'hygiène et l'assainissement ;
- d) la réforme hospitalière ;
- e) le développement des mécanismes de tiers payants;
- f) le développement des ressources humaines;
- g) Le développement institutionnel et ;
- h) l'amélioration et la qualité des services.

Au plan financier, d'énormes efforts ont été consentis par les gouvernements successifs de la III^e République par l'inscription de nouvelles lignes de crédit et l'augmentation sensible de la part du secteur de la santé dans le budget d'état.

Bien que beaucoup reste à faire dans l'amélioration de l'état de santé des populations, la situation s'est améliorée sur le terrain et il convient de renforcer et consolider les acquis dans les années à venir.

Il établit un bilan des actions menées, dégage les indicateurs significatifs de l'état de santé global de 1992 à 2001 et s'articule en plus des annexes autour de quatre (4) grands points :

- l'état des lieux en 1992,
- les actions menées,
- les résultats ,
- les perspectives et ,

La partie annexe comprendra : la carte sanitaire par région et la liste nominative des CSCOM par cercle.

I - ETAT DES LIEUX EN 1992:

A l'avènement de la III^e République en juin 1992 la situation socio-sanitaire du pays était caractérisée par une dégradation de la performance des services dans le secteur due entre autres à :

- l'absence de planification suite à la suppression de la Direction Nationale de la Planification et de la Formation Socio-Sanitaire ;
- le faible niveau de contrôle des structures (publiques et privées) suite à la suppression de l'inspection de la santé publique et des Affaires Sociales ;
- la léthargie de l'Initiative de Bamako avec notamment l'insuffisance sinon le manque de médicaments essentiels au niveau des formations sanitaires et quelques petites expériences à Mopti et Niono et l'insuffisance d'implication des populations dans la prise de décision ;
- le blocage dans la mise en oeuvre de la politique sectorielle suite aux divergences de points de vue, de procédures et aux conditionnalités exigées par les partenaires et,
- la suspension de l'expérience d'autonomie de gestion au niveau des hôpitaux en raison de l'absence de cadre institutionnel.

Cette dégradation de la performance avait comme résultante, une série d'insuffisances avec entre autres :

- une épidémiologie marquée par la forte morbidité et une mortalité élevée chez les enfants et les mères ;
- des infrastructures insuffisantes, vétustes et une inadéquation des structures et des équipements techniques, l'absence de plans d'investissements notamment pour les hôpitaux ;
- un parc auto insuffisant, vétuste peu adapté et mal réparti ;
- l'inexistence d'une politique d'approvisionnement et le manque de Médicaments Essentiels en DCI malgré le lancement de l'Initiative de Bamako ;
- l'insuffisance qualitative et quantitative du personnel technique du fait des blocages de recrutements dans la fonction publique et l'absence d'une politique de développement des ressources humaines ;
- la faiblesse et l'inadéquation des inscriptions budgétaires qui ne permettent pas la prise en charge des activités des services techniques ainsi que le blocage des dotations pour les hôpitaux et centres de santé de cercle ;
- excepté les médicaments essentiels qui ne supportaient que 6% de pression fiscal, le secteur de la santé ne bénéficie pas d'avantage spécifique en dehors de ceux accordés à tous les financements d'origine extérieure ;
- l'expérience d'autonomie de gestion tentée dans le but d'améliorer la gestion des hôpitaux et les conditions de prestations des services de santé tertiaires, sans cadre institutionnel approprié était confrontée à la rigidité du cadre administratif et financier applicable à ces mêmes hôpitaux. Parallèlement on assistait à la dégradation poussée des infrastructures et à l'obsolescence des équipements biomédicaux des hôpitaux ;
- la privatisation connaissait un essor très timide avec seulement 2 cabinets dentaires privés, 10 cabinets de consultations médicales, 7 cabinets de soins infirmiers, 83 officines pharmaceutiques, 41 Dépôts de produits pharmaceutiques et 1 laboratoire d'analyses ;

-plusieurs financements à travers les accords de coopération avec certains partenaires bilatéraux, multilatéraux et internationaux connaissaient un ralentissement voire un blocage dans la

mobilisation des ressources du fait de la perte de confiance et/ou de la méfiance de ces partenaires. D'autres n'ont pas voulu accompagner le principe de co-financement adopté par le département. C'est le cas de l'accord de crédit avec l'I.D.A. n°2217/MLI signé le 3 mai 1991 dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population et des autres accords signés avec le système des Nations Unies, les coopérations bilatérales.

1.1. LA SITUATION SANITAIRE :

A la date du 8 juin 1992, la situation sanitaire du Mali, malgré les ressources engagées, se caractérisait entre autres, par la persistance de problèmes multiples :

1.1.1. Sur le plan épidémiologique :

- la forte morbidité et mortalité dans la population infantile et maternelle en particulier ;
- la prédominance de maladies infectieuses, parasitaires et nutritionnelles ;

1.1.2. Sur le plan des infrastructures sanitaires et des équipements :

La situation des infrastructures était caractérisée par :

- l'insuffisance et la vétusté des infrastructures et des équipements sanitaires ;
- l'inadéquation de certaines infrastructures ;
- l'absence de standardisation des équipements ;
- la mauvaise gestion du matériel ;
- l'absence de plan d'investissement et d'équipement ;
- l'absence d'une politique de maintenance des équipements.

1.1.3. Sur le plan des moyens logistiques :

Le parc automobile du département (avec 144 véhicules), insuffisant, vétuste, peu adapté et mal réparti rendait impossible les activités de terrain, particulièrement les activités de vaccination (les équipes mobiles simplifiées du PEV étaient inopérantes et il n'y avait aucune activité de stratégies avancées).

1.1.4. Dans le domaine de la réforme pharmaceutique :

Malgré le lancement de l'Initiative de Bamako et la déclaration de politique sectorielle de santé en 1990, l'approvisionnement en médicament est resté limité aux cercles des régions de Kidal, Gao et Tombouctou, 4 cercles de la région de Mopti, 3 cercles de la région de Ségou et 2 cercles de la région de Koulikoro. Toutefois, les ruptures de stocks restaient fréquentes du fait du manque de système formel de réapprovisionnement. 1 seul CSCOM était fonctionnel en 1992 avec aucune source fiable d'approvisionnement en médicaments.

L'absence de politique pharmaceutique nationale formulée, l'absence de coordination du secteur de la pharmacie, la suppression de l'inspection de la santé, la jeunesse de l'ordre des pharmaciens font que la fraude, l'automédication, la naissance et la propagation rapide du marché illicite, l'existence de dons inadéquats, la prescription irrationnelle des médicaments et l'absence de système d'information et de sensibilisation sont les caractéristiques essentielles du secteur pharmaceutique. La situation se caractérisait par :

- le manque notoire de Médicaments Essentiels ;
- la non-application des dispositions du cadre conceptuel de l'initiative de Bamako ;
- l'absence d'une politique de médicaments essentiels et d'un schéma d'approvisionnement ;

- le coût du médicament très élevé ;
- la non-réglementation du système de recouvrement des coûts des médicaments ;
- l'insuffisance de ressources pour le financement de la politique du médicament ;
- l'absence de réglementation sur le recouvrement des coûts;
- la non maîtrise du contrôle de la qualité des médicaments prescrits et consommés;
- une fiscalité forte et inadaptée ; 6% pour les médicaments essentiels et plus de 22% pour les médicaments non essentiels
- l'insuffisance des moyens pour la mise au point des MTA et;
- la mauvaise maîtrise des appels d'offres.

1.1.5. En matière de pharmacopée et de Médecine traditionnelle :

En 1992 la Division Médecine traditionnelle disposait d'un laboratoire permettant des réactions de caractérisations sur les plantes médicinales. De multiples enquêtes ethnobotaniques avaient permis de recenser les plantes médicinales de constituer un herbier d'environ 1300 échantillons. Des réactions de caractérisation avaient été réalisées sur une vingtaine de plantes médicinales qui entraient dans la préparation d'une douzaine de recettes : hépatisane, hépagaredenia, hépaswartzia, Balembo sirop, malarial 5, Diurotisane, diabétisanel1, Diabétisanel2, Laxacassia, Dysenteral, Sumufari, Samantré et Gastrosédal. Des ateliers étaient réalisés avec les tradipraticiens et les médecins sur le diabète, le paludisme et l'asthme. Des essais précliniques étaient réalisés sur le Malarial, l'Hépatisane, le Balembo et le Dysenteral.

Il existait une association pour la promotion et la réhabilitation de la médecine traditionnelle dénommée Association Malienne pour la Promotion et la réhabilitation de la Médecine Traditionnelle (AMPRMT). Le recensement des tradipraticiens étaient en cours. Si le laboratoire avaient quelques équipements pour les tests pharmacodynamique il manquait surtout du matériel de phytochimie indispensable pour le contrôle de qualité et les extractions.

1.1.6. Sur le plan des Ressources Humaines :

L'insuffisance qualitative et quantitative du personnel se caractérisait par des ratios observés dans la fonction publique, de loin en dessous de ceux préconisés par l'Organisation Mondiale de la Santé ainsi qu'il ressort du tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Ratios personnels de santé par habitants

CORPS	RATIOS MALI	RATIOS OMS
1 Médecin	23.154 habitants	10.000 habitants
1 pharmacien	202.176 habitants	20.000 habitants
1 Ingénieur sanitaire	1.381.533 habitants	250.000 habitants
1 Infirmier d'Etat	12.120 habitants	5.000 habitants
1 Sage-femme	24.524 habitants	5.000 habitants
1 Technicien d'Assainissement	97.520 habitants	10.000 habitants
1 Infirmier de santé (1 ^{er} Cycle)	9.020 habitants	1.000 habitants

Source : Annuaire Statistique des services de santé 1992 du Mali.

Ce personnel réduit est soumis à des conditions de travail difficiles. Il est faiblement rémunéré, peu motivé et souffre de l'insuffisance de formation et de recyclage.

Par ailleurs on observait un grave déséquilibre dans leur répartition entre Bamako et le reste du pays d'une part, et d'autre part entre les capitales régionales, les chefs-lieux de cercles et la périphérie.

En somme, les effectifs étaient peu maîtrisés et en l'absence d'une politique de développement des ressources humaines volontariste, le personnel était mal géré.

Au même moment, la privatisation des professions sanitaires, sensée améliorer la couverture sanitaire, ne permettait la résorption du flux de jeunes diplômés dont la majorité restait sans emploi.

1.1.7. Sur le plan des Ressources Financières :

En 1992, les dépenses de santé représentaient 5,28 % du budget de l'Etat. Ce faible niveau de financement du secteur de la santé et des affaires sociales était aggravé par :

- l'absence d'un véritable budget-programme ;
- une utilisation non rationnelle des crédits budgétaires et même de certains financements extérieurs : les crédits d'équipements des hôpitaux et des centres de santé n'étaient pas exécutés depuis deux ans ;
- l'inadéquation et l'insuffisance des inscriptions budgétaires qui ne permettent pas la prise en charge des activités de santé publique ;
- l'absence d'inscription budgétaire permettant la prise en charge des activités réelles des services techniques;
- l'absence d'une ligne budgétaire pour la gestion prévisionnelle et active des épidémies et des catastrophes et;
- le blocage des dépenses courantes de fonctionnement y compris les dépenses de personnel (avec impossibilité de recruter de nouveaux cadres).

1.1.8. Sur le plan de la fiscalité :

Excepté les médicaments essentiels qui ne supportaient que 6% de pression fiscal, le secteur de la santé ne bénéficiait pas d'avantage spécifique en dehors de ceux accordés à travers les financements d'origine extérieure dans le cadre des accords de coopération.

Ainsi, les médicaments non essentiels étaient soumis à une taxe de 22,10%. La pression fiscale pour le matériel médical et chirurgical variait entre 24,02 et 29,87%. Ce qui rendait difficile l'équipement des services et l'approvisionnement en médicaments et dénotait de l'absence d'une politique fiscale dans le secteur.

1.1.9. Sur le plan hospitalier :

L'expérience d'autonomie de gestion tentée dans le but d'améliorer la gestion des hôpitaux et les conditions de prestations des services de santé tertiaires, sans cadre institutionnel approprié était confrontée à la rigidité du cadre administratif et financier applicable à ces mêmes hôpitaux, alors tous services rattachés à la Direction Nationale de la Santé Publique.

Ainsi au niveau des hôpitaux, on assistait à la dégradation poussée des infrastructures et à l'obsolescence des équipements biomédicaux.

1.2. AU TITRE DE L'EXERCICE PRIVÉ DES PROFESSIONS SANITAIRES :

Jusqu'en 1992, l'exercice privé de la médecine était embryonnaire bien qu'autorisé depuis 1986. Seul le secteur pharmaceutique avait commencé à émerger avec la création des officines pharmaceutiques. En effet, on dénombrait en 1992 :

- 2 cabinets dentaires privés;
- 10 cabinets de consultations médicales ;
- 7 cabinets de soins infirmiers
- 83 officines pharmaceutiques
- 41 Dépôts de produits pharmaceutiques
- 1 laboratoire d'analyses biomédicales privé.

1.3. AU TITRE DES ACCORDS DE COOPÉRATION DANS LE SECTEUR :

La signature de la déclaration de politique sectorielle de santé et de population le 15 Décembre 1990 offrait un cadre cohérent d'intervention permettant l'atteinte des objectifs que le Mali s'est assignés en matière de santé publique et de population.

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique, l'accord de crédit avec l'I.D.A. n°2217/MLI signé le 3 Mai 1991 et portant sur un montant de 19.200.000 DTS (Droits de Tirages Spéciaux) n'avait été mis en vigueur que le 26 mars 1992 sans que les conditions de mobilisations de ce crédit ne soient remplies. Les risques de suspension du financement du PSPHR se précisaien de jour en jour en raison du fait du faible taux de décaissement.

Un autre accord avait été signé le 27 août 1991 avec les Etats-Unis d'Amérique à travers, l'Accord de subvention n° 688-0248 d'un montant de 15 700 000\$ US.

Plusieurs autres financements à travers les accords de coopération avec certains partenaires bilatéraux connaissaient un ralentissement voire un blocage dans la mobilisation des ressources du fait de la perte de confiance et/ou de la méfiance de ces partenaires. D'autres n'ont pas voulu accompagner le principe de co-financement adopté par le département.

II- ACTION MENÉES :

Cadre de référence des actions menées :

La politique sectorielle de santé et de population :

Bien qu'adoptée dès 1990, la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population n'a commencé effectivement qu'avec le lancement du Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) en 1992.

Cette politique a eu l'adhésion de l'ensemble des partenaires techniques et financiers de l'Etat (Agences de coopération internationale, société civile nationale et expatriée, associations et communautés organisées en associations ainsi que les professionnels de la santé).

i) Les principales orientations de la politique sectorielle sont :

la priorité de l'action sanitaire reste réservée au milieu rural et périurbain, à la prévention des maladies, à la promotion socio-sanitaire et au bien-être de la famille ;

la santé étant une composante indissociable du développement socio-économique, elle représente donc un secteur d'investissement et devrait obéir à la loi de l'utilisation rationnelle des ressources et,

la garantie de la pérennité du développement socio-sanitaire, sa planification tiendra compte des ressources disponibles et mobilisera tous les acteurs - Etat, Privés, ONG, Bailleurs de fonds, et au premier chef, les populations bénéficiaires.

ii) L'objectif majeur de la politique sectorielle de santé du Mali est la réalisation de la santé pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible.

iii) Les principales stratégies de la politique sectorielle sont :

faire évoluer la pyramide sanitaire de la conception administrative à la conception dite fonctionnelle et populationnelle (création des CSCOM, revitalisation des CSA, développement des structures de références : CSC et hôpitaux, améliorer la qualité des prestations, etc.) ;

assurer la disponibilité et l'accès au médicament essentiel dans un cadre de rationalisation de la distribution des médicaments et de la prescription ;

développer la participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements y compris le recouvrement des coûts ;

promouvoir un secteur privé dynamique et complémentaire du système public.

garantir la viabilité du système de santé et la qualité des prestations

La politique nationale de population :

Après le constat du taux élevé de fécondité, du déséquilibre dans la répartition spatiale de la population, des effets de la non maîtrise de l'évolution démographique sur les efforts de développement, le Mali a adopté en mai 1991 la politique nationale de population comme composante essentielle de la politique de développement.

La politique nationale de population a pour objectif l'amélioration du niveau et de la qualité de la vie des populations, à travers l'éducation, la santé, l'emploi, l'alimentation, la nutrition et le logement. Elle s'articule autour des quatre principes suivants :

- respect et protection de la famille;

- possibilité aux couples et aux individus de décider librement et en toute responsabilité de la taille de leur famille et de l'espacement des naissances de leurs enfants;

- respect des droits fondamentaux des enfants (survie, développement et protection);

- nécessité d'œuvrer pour l'intégration de la femme dans le processus de développement.

Pour la mise en œuvre de la politique, un plan d'action sur vingt-cinq (25) ans 1996-2020 a été élaboré et adopté.

Plusieurs actions décisives ont été menées dont principalement :

- les orientations gouvernementales,
- les initiatives internes du ministère de la santé,
- les programmes de développement sanitaires,
- les impulsions politiques à la mise en œuvre des programmes prioritaires et,
- les mesures institutionnelles.

2.1. Les orientations gouvernementales de 1992 à 2002 :

Après les élections générales de 1992, une série d'orientations a été donnée par le Premier Ministre comme axes prioritaires de l'intervention du premier gouvernement de la troisième République. Ces orientations sont données dans le document « Eléments d'un programme semestriel de Gouvernement (juin - décembre 1992) et dans les déclarations de politiques

d'octobre 1997, de février 2000 à travers les décrets n°97-290/PM-RM du 06 octobre 1997 et n°00-058/P-RM du 21 février 2000.

Les orientations en matière de santé et de population avaient retenu de :

- poursuivre la politique de développement des soins de santé primaires ;
- améliorer la gestion et l'équipement des Hôpitaux ;
- améliorer le développement des ressources humaines (plan d'effectifs, formation de base, spécialisation, plan de carrière, motivation) ;
- développer le secteur privé de la santé ;
- poursuivre la politique de santé maternelle et infantile et la lutte contre le VIH-SIDA ;
- mobiliser par tous les moyens les populations pour appuyer et participer au financement des programmes;
- maîtriser la croissance démographique de manière à établir une adéquation entre cette croissance et le développement économique et social.

2.2. Les initiatives internes du Ministère de la Santé de 1992 à 2002 :

Après la traduction en programme d'intervention des orientations gouvernementales ci-dessus décrites, le Ministre chargé de la Santé a développé ses propres initiatives internes dont les principales sont :

- les Lettres d'orientations et de missions du Ministre à chaque structure centrale et organisme personnalisé,
- la généralisation de la pratique des Budget-programmes annuel (ou programme opérationnel annuels) que chaque service élabore et met en œuvre sur la base de sa lettre de mission ;
- la révision des organes de concertation, de coordination et de suivi de la mise en œuvre de la politique sectorielle ;
- l'organisation de concertations régulières avec les partenaires au développement aux fins d'un meilleur partage de l'information.

2.3. Les programmes de développement sanitaires entrepris de 1992 à 2002 :

- de 1992 à 1997, le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale(PSPHR), instrument de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population, a permis de redonner confiance au secteur à travers entre autres la mise en œuvre de la stratégie des Centres de Santé Communautaires avec la responsabilisation des communautés, le renforcement du partenariat avec les partenaires techniques et financiers du secteur, la société civile (ONG, Associations, FENASCOM) et la disponibilité des médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale (DCI) ;
- en 1996 fut lancé un long processus de réflexion (24 mois) qui a aboutit à l'élaboration et à l'adoption d'un plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS 1998-2007) à travers une approche dite "approche – programme".

Notons que l'approche programme ou approche sectorielle consiste à avoir une vision globale et intégrée du développement sanitaire. Ainsi les multiples projets sont abandonnés au profit d'un

plan décennal et d'un programme unique qui est exécuté à travers les structures pérennes du département. Seuls sont maintenus quelques programmes spécifiques compte tenu de leur caractère sensible : lutte contre le SIDA, Eradication du Ver de Guinée, Paludisme, Lèpre.

En juin 1998, le gouvernement a adopté le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS) 1998-2007 et le premier programme quinquennal de ce plan à savoir le Programme quinquennal de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) 1998-2002. Le plan décennal et le PRODESS ont été élaboré avec la participation de tous les partenaires.

Le PRODESS, premier quinquennat du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social dont le coût global est estimé à 192 milliards de FCFA comprend les cinq volets suivants : (i) l'extension de la couverture et l'amélioration de la qualité des services de santé, (ii) la lutte contre les exclusions, (iii) la promotion des mécanismes alternatifs de financement, (iv) le développement des ressources humaines et, (v) le Développement Institutionnel.

Depuis son lancement en mars 1999, plusieurs progrès ont été réalisés malgré les difficultés rencontrées et ce grâce aux impulsions politiques.

2.4. Les impulsions politiques à la mise en œuvre des programmes prioritaires de 1992 à 2002 :

La mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et du PRODESS a été accélérée grâce aux impulsions données par le Président de la République lui-même et l'ensemble des membres du gouvernement. Certains problèmes de santé préoccupants dans le pays ont fait l'objet d'un engagement fort de la part du chef de l'Etat. Il s'agit du Programme Elargi de Vaccination (PEV), de la santé de la reproduction et la planification familiale (SR/PF) et de la lutte contre le paludisme et, surtout contre la pandémie du SIDA.

- i) Concernant le PEV, l'institution des Journées Nationales de Vaccination (JNV) en vue de l'élimination de la poliomyélite a bénéficié du soutien total du Président de la République qui, depuis la première année participe et renforce le plaidoyer.

Les JNV ont également bénéficié de la clairvoyance et de l'implication du Général Amadou Toumani TOURE , Président du Comité Intersectoriel des JNV.

Cet engagement a conduit à la prise en charge par l'état de tous les vaccins pour la vaccination de routine, à des achats groupés de vaccins sont organisés pour réduire les coûts et un système d'information est en place pour une assistance de proximité en cas de rupture des stocks. En fin 2001, une campagne nationale de vaccination contre la rougeole et la méningite.

La synchronisation des JNV dans l'espace CEDEAO constitue une autre victoire.

- ii) En santé de la reproduction, l'organisation en février 2001 d'un forum des épouses des Chefs d'Etats et de Gouvernements de l'Afrique de l'ouest et du Centre pour la réduction de la mortalité et néonatale appelé Vision 2010 est l'aboutissement des efforts déployés par le président et son épouse auprès de leurs homologues à travers le monde pour la cause des femmes et des enfants.
- iii) Dans le domaine de la lutte contre le paludisme, le président a participé à Abuja au Nigéria à un sommet spécial des chefs d'Etats de l'OUA sur le Paludisme au cours duquel l'Initiative Africaine « Faire Reculer le Paludisme » ou « Roll Back Malaria » a été lancé. Les conclusions de ce sommet ont fait l'objet d'une dissémination technique d'abord à Mopti puis à Bamako
- iv) Enfin c'est dans le cadre de la lutte contre la pandémie du SIDA que l'impulsion a été plus marquée avec plusieurs interventions clés en plus du sommet d'Abuja :

- Sensibilisation des parlementaires à la lutte contre le SIDA et invitation à l'usage des préservatifs ;
- Sensibilisation des maires du Mali lors du Congrès constitutif de l'Association des Maires du Mali ;
- Création du Haut Conseil National de lutte contre le SIDA présidé par le président lui-même et tenue de la première session de cet organe le 22 décembre 2001 ;
- Institution du mois de décembre en mois de lutte contre le SIDA. Au cours de ce mois plusieurs caravanes ont sillonné le pays ;
- Soutien à la création de l'Initiative Malienne pour l'Accès aux Anti-Rétroviraux (IMAARV).

2.5. Au plan des mesures institutionnelles de 1992 à 2002 :

Les mesures prises dans ce sens, visaient à réunir les conditions optimales d'une mise en oeuvre efficace et efficiente de la politique de santé.

Les actions menées dans ce cadre ont porté principalement sur :

- la réorganisation de la Direction Nationale de la Santé Publique pour prendre en compte le nouveau paysage du système de santé. La nouvelle « Direction Nationale de la Santé – (DNS) » comprend une Unité Planification, formation et information et cinq divisions : division prévention et lutte contre la maladie, division santé de la reproduction, division Nutrition et une division des établissements sanitaires et de la réglementation, division hygiène publique et salubrité. Cette réorganisation a nécessité les textes suivants :
 - Ordonnance n°01-020/P-RM du 20 mars 2001 portant création de la Direction Nationale de la Santé ;
 - Décret n°01-219/P-RM du 24 mai 2001 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la Direction Nationale de la Santé ;
 - Décret n°01-249/P-RM du 7 juin 2001 déterminant le cadre organique de la Direction Nationale de la Santé.
- la création de la Direction de la Pharmacie et du Médicament (DPM) pour prendre en charge la politique pharmaceutique nationale et la gestion du médicament par les textes suivants :
 - Ordonnance n°00-039/P-RM du 20 septembre 2000 portant création de la DPM ;
 - Décret n°00-585/P-RM du 23 novembre 2000 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la DPM ; et,
 - Décret n°00-601/P-RM du 4 décembre 2000 déterminant le cadre organique de la DPM.
- l'érection du Laboratoire national de la santé précédemment rattaché à la DNSP en Etablissement Public à caractère Scientifique, Technologique et Culturel (EPSTC) ;
 - Ordonnance n°00-040/P-RM du 20 Septembre 2000 portant création du LNS (EPSTC) ;
 - Décret n°00-586/P-RM du 14 Août 2000 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement du LNS ;
- l'érection du Centre National d'Information, d'Education et de Communication pour la Santé (CNIÉCS) en EPSTC par les textes suivants :
 - Ordonnance n°01-006/P-RM du 19 février 2001 portant création du CNIÉCS

- Décret n°01-109/P-RM du 26 février 2001 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement du CNIECS
- Décret n°01-120/P-RM du 09 mars 2001 déterminant le cadre organique du CNIECS
- la relecture des textes de la Cellule d'Exécution des Programmes de Renforcement des Infrastructures socio-sanitaires (CEPRIS) à travers les textes suivants :
 - Loi n°93-042 du 04 août 1993
 - Décret n°93-323/P-RM du 14 septembre 1993 portant organisation
 - Décret n°93-324/P-RM du 14 septembre 1993 – cadre organique.
- la création de la mission d'appui à la réforme hospitalière (MARH) par :
 - -Décret n°99-105/P-RM du 12 mai 1999 portant création de la MARH ; le Décret n° 02-094 PM-RM du 28 février 2002 prolonge la durée de la mission de 18 mois à partir du 12 mai 2001 ;
 - -Arrêté n°0212/MSPAS-SG du 18 janvier 2000 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la MARH;
- la création de la mission d'appui au développement des ressources humaines (MDRH) par :
 - -Décret n°99-106/P-RM du 12 mai 1999 portant création de la MDRH ; le Décret n° 02-095 PM-RM du 28 février 2002 prolonge la durée de la mission de 18 mois à partir du 12 mai 2001 ;
 - -Arrêté n°0211/MSPAS-SG du 16 janvier 2000 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement de la MDRH;
- la relecture des textes de la Cellule de coordination du projet santé population et hydraulique rurale pour la période 1992 – 1998 puis la suppression de cette cellule au profit des structures pérennes;
- le rattachement du secrétariat Technique du Conseil de coordination des programmes de population (CONACOPP) chargé de suivi de la mise en œuvre politique nationale de population au Ministère de la Santé et la transformation de ce secrétariat en Cellule Nationale de Coordination des Programmes de Population (CENACOPP) :
 - Ordonnance n°01-021/P-RM du 20 mars 2001 portant création de la Cellule Nationale de Coordination des Programmes de Population (CENACOPP).
 - Décret n°01-220/P-RM du 24 mai 2001 fixant organisation et modalités de fonctionnement de la Cellule Nationale de Coordination des Programmes de Population (CENACOPP).
 - Décret n°01-250/P-RM du 7 juin 2001 déterminant le cadre organique de la Cellule Nationale de Coordination des Programmes de Population (CENACOPP).
- la création du Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'enfant (CREDOS). Ceci concrétise l'engagement du Mali en pour la mise en œuvre de la convention sur les droits des enfants. Cette création a été faite par les textes ci-dessous :
 - Ordonnance n°00-064/P-RM du 29 septembre 2000 portant création Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'enfant ;
 - Décret n°01-320/P-RM du 26 juillet 2001 fixant organisation et modalités de fonctionnement Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'enfant ;

- Décret n°01-322/P-RM du 26 juillet 2001 déterminant le cadre organique Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation pour la Survie de l'enfant.
- la dynamisation de la fonction de planification au sein du Département en rendant opérationnelle la Cellule de Planification et de Statistique (CPS) créée par ordonnance n°92-052/P-CTSP du 5 juin 1992 .
- l'implication de la société civile dans la définition et la mise en oeuvre des programmes en développant un système de partenariat dynamique avec la société civile (le Groupe Pivot santé Population, la Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire - FENASCOM et, les Associations de Santé Communautaire -ASACO. ;

le renforcement de la réglementation de l'exercice privé de la médecine traditionnelle à travers plusieurs textes (décret n°94-282/P-RM du 15 août 1994 déterminants les conditions d'ouverture de cabinets privés de consultations et de soins traditionnels, d'herboristeries et d'unités de production de médicaments traditionnels améliorés ; Arrêté n°95-1319/MSSPA-SG du 22 juin 1995 fixant les règles d'organisation et de fonctionnement de cabinets privé de consultations et de soins traditionnels, d'herboristeries et d'unités de production de médicaments traditionnels améliorés.

III – LES PRINCIPAUX RESULTATS ATTEINTS :

3.1. En matière de dynamisation de la Fonction de Planification et de Statistique

a) Processus de Planification décentralisée par cercle :

Toutes les équipes socio-sanitaires de cercles ont bénéficié d'un transfert de méthodologie en planification sanitaire décentralisée. Si certaines sont à leur premier Plan de Développement Sanitaire de Cercle (PDSC), notamment les équipes des régions du Nord, les autres équipes sont à leur second ou troisième plan. Ainsi en fin 2000, 15 cercles ont un plan quinquennal en exécution, les PDSC sont disponibles pour 14 cercles ou zones sanitaires et 29 cercles et zones sont dans le processus d'élaboration de leur PDSC (dont 15 en phase de collecte des données, 12 en phase d'analyse de situation et 2 en phase de formulation d'objectif, activités et budgétisation).

b) Elaboration des cartes sanitaires et décentralisation :

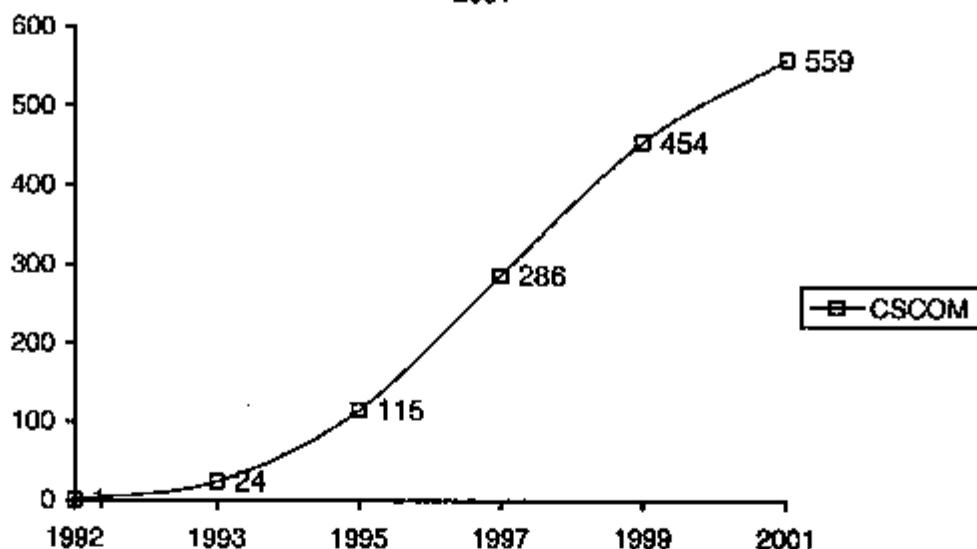
Le découpage en aires de santé (carte sanitaire) a été effectué dans tous les cercles par les équipes socio-sanitaires. Ces différentes cartes sanitaires totalisent un besoin de 1024 aires de santé qui doivent être dotées de CSCOM. La carte sanitaire des centres de santé de 1^{er} niveau par région avec les prévisions et les réalisations au 31 décembre 1999 sont en annexe 1.

3.2. Evolution de la situation en matière d'extension de la Couverture sanitaire :

a) Création de CSCOM

En 1992 malgré les initiatives nombreuses, seul le Centre de santé communautaire de Banconi (ASACOBA) créé en 1989 était réellement opérationnel. Au 31 décembre 2001 le Mali comptait 559 CSCOM dont 533 fonctionnels avec le Paquet Minimum d'Activités (PMA) complet dans 514 CSCOM .

Graphique n° 1 : Evolution du nombre de CSCOM de 1992 à 2001



Notons que l'une des difficultés majeures ayant ralenti l'extension de la couverture reste la disponibilité des ressources humaines sur le marché pour le travail en milieu rural et la faible capacité des écoles à les former.

Tableau 2 : Evolution de la couverture en Structures sanitaires de 1^{er} niveaux offrant le PMA de 1992 à 2001

Régions	1992	1992-2001
Bamako	1 (Bankoni)	45
Kayes	0	81
Koulikoro	0	82
Sikasso	0	120
Ségou	0	102
Mopti	0	78
Tombouctou	0	18
Gao	0	29
Kidal	0	4
Pays	1	559

b) Organisation de la référence-évacuation dans les cercles et Communes :

Au niveau des Centres de Santé de Référence de cercle (CSCREF), l'organisation de la référence-évacuation avec partage des coûts consiste à :

- réhabilitation des infrastructures des centres de santé de cercles avec construction d'un bloc opératoire, d'un service de radiographie, d'un laboratoire et autres plateau technique de référence (hospitalisation, médecine et chirurgie, maternité de référence);
- équipement complet en matériels médico-chirurgicaux, de radiographie et de laboratoire;
- dotation en ambulance tout-terrain équipé de rac;
- dotation en fonds de roulement en médicaments essentiels;

- équipement de tous les CSCOM du cercle en RAC et ;
- mise en place d'un système de partage de coûts négocié avec les ASACO dans un cadre conceptuel de la référence-évacuation pour chaque cercle.

Au 31 décembre 2001, la référence-évacuation avec partage des coûts est effective dans 19 cercles (Kayes, Koulikoro, Banamba, Kolokani, Kangaba, Dioïla, Ouélessébougou, Fana, Sikasso, Bougouni, Kolondiéba, Kadiolo, Koutiala, Bla, Niono, Djenné, Koro, Ténenkou et CSCCommune V).

Tous les cercles disposent d'une structures de référence avec bloc opératoires à l'exception de Abéibara, Tin Essako, Tessalit et Youwarou. Voir carte des structures de Référence en annexe2.

3.3. Résultats atteints par les programmes d'appui spécifiques :

a) Le programme de santé de la reproduction et la planification familiale :

En plus des actions de renforcement du plateau technique des CSCREF et d'organisation de la référence-évacuation autour de ces centres avec la périnatalité comme porte d'entrée, les axes forts d'intervention ont été l'implication des premières dames dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile à travers la tenue du forum sur la Vision 2010 visant la réduction de 50% de la mortalité maternelle et infantile.

Le développement des structures de premier contact (CSCOM) a permis d'atteindre une couverture prénatale de 45% en général et de l'ordre de 70 à 80% dans les aires fonctionnelles.

Plusieurs autres projets sont en cours d'exécution dans le cadre de la santé de la reproduction et de la planification familiale. On peut citer le projet Distribution à Base Communautaire des Contraceptifs, la contraception chirurgicale volontaire instituée dans certains hôpitaux, clinique et maternité du district de Bamako, le projet marketing social des contraceptifs (SOMARC) et le programme de périnatalité avec l'organisation de la Référence - Evacuation.

La mise en œuvre de ces projets et programmes a permis d'améliorer la prévalence contraceptive qui est passée de moins de 2% en 1992 à 6,7% en 1995 et à 8,2 % en 2001 selon les résultats préliminaires de l'EDSM-III et de mieux faire connaître les services de planification familiale (89 % des hommes en union et 78 % des femmes en union selon la même source).

b) Le Programme Elargi de Vaccination :

i) Evolution de la couverture vaccinale de 1992 à 2002 :

Les objectifs initiaux étaient de vacciner 80% des enfants de 0 à 6 ans contre les six maladies cibles(diphthérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite, tuberculose et rougeole) et 80% des femmes enceintes contre le tétanos.

Après la phase « Coup de balai », tout en vaccinant ces groupes-cibles de départ, les efforts se sont portés sur les enfants de 0 à 11 mois (nouveau-nés) pour les 6 maladies.

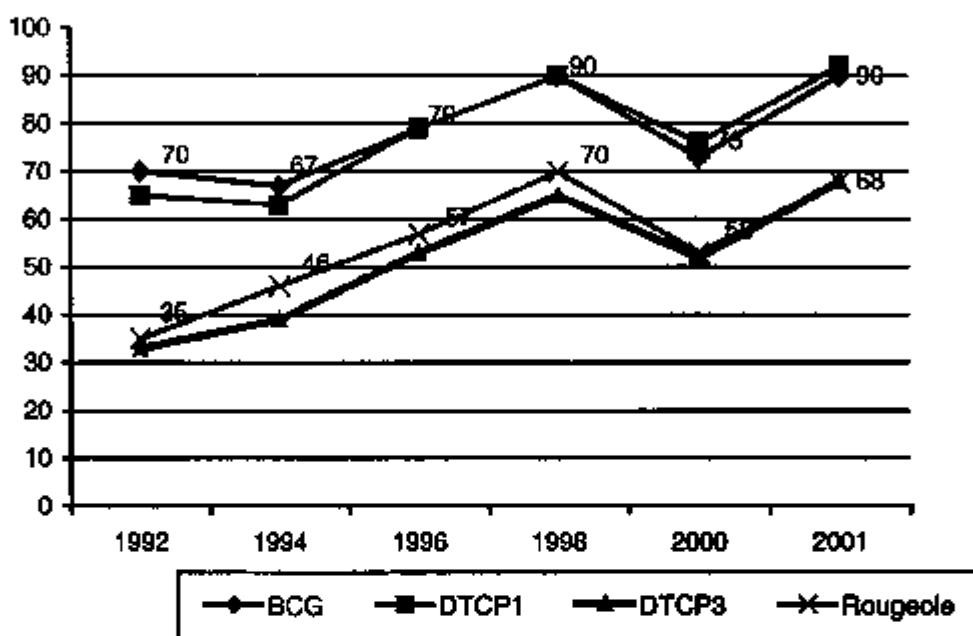
L'objectif pour la vaccination antitétanique (VAT) initialement axé sur les femmes enceintes a été élargi aux femmes en âge de procréer, c'est-à-dire les femmes de 15-49 ans. Cet élargissement s'inscrit dans le cadre de l'éradication du Tétanos néonatal.

Tableau n° 3 : Evolution de la couverture vaccinale des enfants de 0-11 mois de 1992-2001 (en %)

Antigène	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
BCG	70	77	67	79	79	60	90	69	73	90
DTCP1	65	77	63	76	79	58	90	69	76	92
DTCP3	33	46	39	48	53	41	65	50	52	68
ROUGEOLE	35	51	46	51	57	44	70	51	53	68

Source : - Annuaire Statistique du Système d'Information sanitaire DNSP- DE 1992 à 2000
 - Rapports d'activités du Centre National des Immunisations.

Graphique n°2 : Evolution de la couverture vaccinale par antigène et par an



Ces données ne prennent pas en compte les activités des 12 hôpitaux, ni celles des secteurs privé et confessionnel, et les autres centres de santé de premier contact qui ne sont pas des CSCOM/CSAR mais fournissent des prestations de proximité.

ii) Les Journées Nationales de Vaccination (JNV)

Depuis leurs institutions, près de 99% des enfants de moins de 6 ans sont vaccinés lors des deux passages contre la poliomyélite. En 1998 elles ont touché 2.480.621 enfants, 2.926.569 en l'an 2000 et 3.269.931 enfants en 2001. Les JNV qui associent de plus en plus l'administration de la vitamine A, sont désormais synchronisées dans les pays de la CEDEAO avec comme nouvelle stratégie le ratissage systématique des familles (ou le porte à porte) ce qui a permis d'atteindre le maximum d'enfants.

Tableau n° 4 : Evolution des effectifs vaccinés par an lors des JNV

Région	Nbre d'enfants vaccinés en 1997	Nbre d'enfants vaccinés en 1998	Nbre d'enfants vaccinés en 1999	Nbre d'enfants vaccinés en 2000	Nbre d'enfants vaccinés en 2001
KAYES	307.815	301.051	324.120	365.481	430.000
KOULIKORO	388.175	406.298	414.177	474.965	529.748
SIKASSO	438.532	475.084	433.458	559.253	608.303
SEGOU	402.921	432.780	417.101	492.711	550.860
MOPTI	354.455	355.608	371.630	425.551	463.520
TOMBOUCTOU	128.308	136.822	130.020	145.947	184.400
GAO	89.966	106.561	106.197	122.039	130.760
KIDAL	9.281	20.262	15.197	18.304	19.800
BAMAKO	239.293	246.155	244.620	322.309	352.450
TOTAL PAYS	2.358.746	2.480.621	2.456.820	2.926.569	3.269.931

iii) Les initiatives de soutien pour la vaccination universelle :

Le gouvernement s'est engagé résolument dans les initiatives suivantes avec l'appui des partenaires et de la communauté internationale :

- l'Initiative Indépendance vaccinale à travers laquelle la totalité des vaccins pour le PEV de routine est achetée sur financement du budget de l'Etat ;
- l'Alliance Globale pour la Vaccination et l'Immunisation (GAVI) visant le renforcement des services de vaccination de routine et l'introduction de nouveaux vaccins (hépatite B, hémophilus influenzae, etc. ;
- l'introduction de contrats de performance en cours déjà dans 10 cercles des régions de Kayes, Sikasso et Mopti, et dont les premiers résultats sont encourageants.

Grâce à ces initiatives, la couverture en DTCP3 a atteint 68% en 2001. Les JNV ont permis de vacciner 99,7% des enfants de moins de 6 ans.

c) - Programme de lutte contre les endémies majeures :

Les différents programmes spécifiques « verticaux » au début, sont presque tous intégrés sur le terrain dans le cadre de la lutte contre la maladie. Les résultats atteints par certains de ces programmes sont très encourageants.

i)- Eradication du ver de Guinée :

Après l'enquête nationale réalisée de décembre 1991 à mars 1992 et après le lancement du programme en avril 1993 avec 9.431 cas sans les région du Nord, on note que seul les régions de Ségou, Mopti, Tombouctou et Gao restent encore endémiques avec 96% des 571 cas en 2001. Près de 92% de ces cas sont localisés dans 3 cercles : Ansongo (215 cas), Gao (71 cas), Rharous (61 cas.). Ceci s'explique par le démarrage tardif du programme dans les régions de Tombouctou et Gao du fait de l'insécurité.

Tableau n° 5 : Nombre de cas dans les régions endémiques

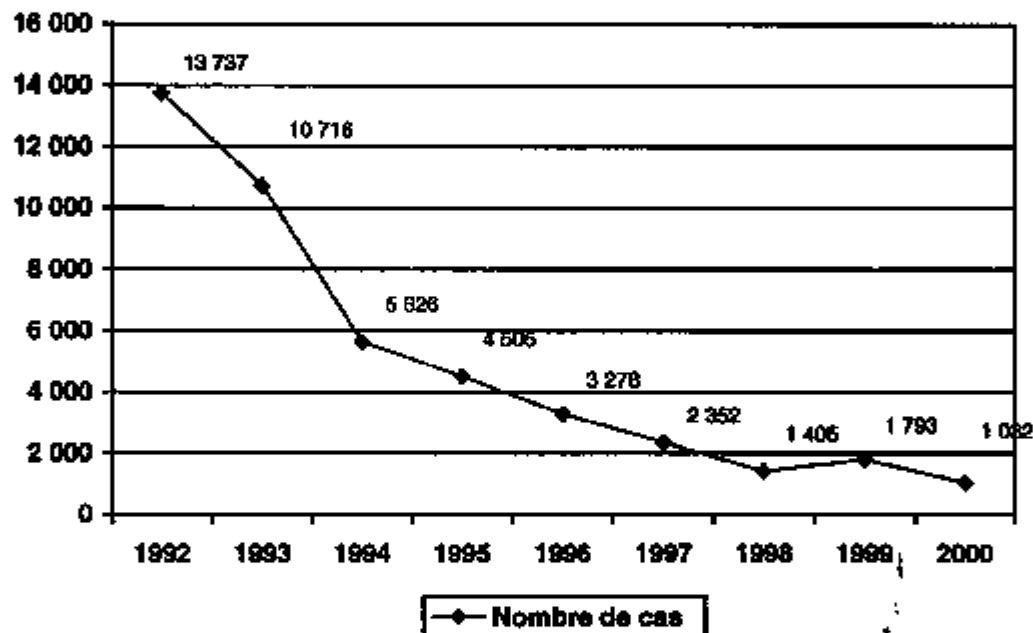
Région	1992	2000	2001 (jusqu'en octobre)
Kayes	6504	-	3
Ségou	277	8	17
Mopti	9154	71	24
Tombouctou	-	80	70
Gao	-	131	457
Total	9.431 (*)	290	571

(*) Sans les régions de Gao et Tombouctou qui étaient hors programme en 1992 et sans les données de la région de Kayes très endémique en 1992.

ii)- Lutte contre la lèpre :

- Grâce à l'introduction de la poly-chimiothérapie anti-lépreuse dans toutes les régions, au lancement de la campagne nationale d'élimination de la lèpre en 1999, le taux de prévalence instantanée est passé de 11,82 pour 10.000 habitants à 0,68 pour 10.000 habitants au 30 juin 2001, un taux en dessous du seuil d'élimination de la lèpre.

Graphique n° 3 : Evolution du nombre de cas de Lèpre par an



La légère augmentation constatée en 1999 s'explique par le renforcement du dépistage du fait du lancement de la campagne d'élimination.

.iii) Lutte contre le Paludisme :

Dans le cadre de cette lutte contre le Paludisme certains acquis méritent d'être retenus :

- création d'un Programme National de Lutte contre le Paludisme en 1993, suites aux recommandations de la conférence Ministérielle d'Amsterdam de 1992. Le plaidoyer au près des partenaires au développement a permis de mettre en place des programmes décentralisés de Lutte Anti Paludique (LAP) dans différentes régions du pays(Mopti, Kolondiéba, Macina/Ségou/Niono). Le plus important des ces programmes est celui de la région de Mopti en 1993;
- création du Malaria Research and Training Center (DEAP/FMPOS). Pour renforcer la lutte antipaludique au Mali, le gouvernement de la république du Mali en collaboration avec ses partenaires internationaux (NIH, OMS, US-AID, Université Rome) a créé le Centre de Recherche et de Formation sur le Paludisme au sein du DEAP à la FMPOS.
- élaboration en 1993 d'un document de politique nationale de lutte contre le paludisme sur la base des résultats épidémiologiques fournis par le MRTC. S'inspirant de ce document, le gouvernement a engagé des négociations immédiates avec les partenaires au développement. Ainsi démarrent d'une manière coordonnée et concertée les programmes décentralisés de LAP. Le programme régional de LAP dans la région de Mopti (GTZ/Gvt du Mali) est un des premiers exemples, suivis de celui de Kolondiéba (UNICEF), de Macina/Niono (Coopération Hollandaise, WARDA), Koulikoro (BASIC-US-AID). Les ONGs sous l'égide du groupe Pivot ont aussi entrepris des actions à Base communautaire.
- le MRTC/DEAP obtient en 1996 une reconnaissance internationale et devient le premier centre de recherche sur le paludisme en Afrique à obtenir (par compétition internationale), le Grant Tropical Medical Research Center, du National Institutes of Health des USA. Ce grand a permis de former une douzaine de paludologues aux USA, l'implémentation des stratégies à base communautaire (en collaboration avec le PNLAP) et le développement des technologies de pointes (biologie moléculaire, Bio-informatique, Nouvelles Technologie de l'Information et de la Communication, Système GIS/GPS).
- dans l'utilisation des Supports Imprégnés d'Insecticides (SII), le taux de couverture varie de 2-42% en fonction du niveau de développement des différents programmes décentralisés de LAP. L'utilisation de partenaires locaux (GIE, ONG, privés) la formation en technique d'imprégnation et le développement de messages IEC (avec utilisation de canaux locaux de diffusion) commence à apporter ces fruits(cf rapport Mopti).
- dans le cadre de la Prévention et de la gestion des épidémies, en collaboration avec les services de santé régionaux, les services de la météorologie, les services de santé des armées, les ONG locales et le MRTC/DEAP, une épidémie du paludisme a été prévenue et gérée en temps réel au nord du Mali en 1999. Sur plus de 3000 cas de paludisme suspects durant cette épidémie, seuls 5 décès ont été enregistrés. La mise à la disposition de l'équipe nationale des moyens adéquats (avion, MIL, médicaments) en très peu de temps (après l'alerte donnée par le système de surveillance des épidémies de paludisme au Mali), par le

L'avènement de la 3^{ème} république au Mali a été marqué par un fort engagement politique pour le contrôle des endémies majeures responsable d'un impact morbide sur l'état de santé de la population malienne, facteurs de risque de pauvreté et de sous développement socio-économiques.

L'une des stratégies innovantes a été l'utilisation des résultats scientifiques validées pour le choix des stratégies d'actions de lutte adaptées contre ces endémies : « evidence based decision making process ». D'où l'établissement de dialogue fécond et d'un pont scientifique entre l'université et les ministères.

Le paludisme a été un des programmes de santé publique au sein du ministère de la santé et de l'action sociale qui a bénéficié d'une telle approche stratégique

gouvernement a été un acte déterminant pour l'obtention de ces excellents résultats. L'excellente collaboration entre le PNLAP et le MRTC a permis d'utiliser rapidement les résultats de la recherche pour les choix stratégiques adaptées.

iv) Lutte contre les IST-VIH-SIDA :

Amorcée depuis l'année 1985, la lutte contre le SIDA engage aujourd'hui les plus hautes institutions du pays en commençant par le Président de la République, les membres du Gouvernement, l'Assemblée Nationale et une frange importante de la société civile (leaders religieux, Personnes Vivant avec le VIH, Associations, ONG, Secteurs privés).

Les résultats de cet engagement politique sont entre autres la création du haut conseil national de lutte contre le SIDA sous le haut patronage du Président de la République, l'élaboration d'un plan stratégique de lutte contre le VIH/SIDA (2001-2005), l'approche multisectorielle qui implique dix départements ministériels, la mise en œuvre de programmes originaux à l'instar de l'initiative malienne d'accès aux anti retroviraux (IMAARV) et « l'initiative un cercle, une ONG » et la conduite de l'enquête nationale de séroprévalence couplée à l'EDSMIII.

Selon les résultats de l'enquête nationale de séroprévalence couplée à l'EDSM-III, la situation épidémiologique se caractérise par un taux de séroprévalence national de 1,7% contre 3% en 1992.

Les régions les plus infectées sont Bamako avec une séroprévalence de 2,5% suivies de Ségou (2%), Kayes et Koulikoro (1,9%). Les femmes avec un taux de séroprévalence globale de 2%, sont plus touchées que les hommes (1,3%).

Chez les femmes, la prévalence la plus élevée est de 2,5% à Ségou, suivie de Bamako, Kayes et Koulikoro (2,4%). Chez les hommes le taux le plus élevé est de 2,7% à Bamako, suivi de Gao (1,6%) et Ségou (1,4%).

Le groupe d'âge le plus touché est celui de 30-34 ans pour les deux sexes avec un taux de séroprévalence globale de 3,4% dont 3,8% chez les hommes et 3,2% chez les femmes ; il est suivi du groupe des 24-29 ans avec un taux global de 2,3% dont 3,2% chez les femmes et 1,7% chez les hommes.

Le milieu urbain est plus infecté avec 2,2% de séroprévalence contre 1,5% en milieu rural. La région de Koulikoro apparaît comme la plus infectée : 4,5%, suivi de Kayes (3,6%) et Bamako (2,2%). Les femmes sont plus infectées en milieu urbain avec 2,5% contre 1,8% chez les hommes.

Cependant, la pauvreté avec la précarité de la situation économique des individus et ménages, cause de comportements à risques chez certains groupes vulnérables font que la situation dite « concentrée » au Mali reste préoccupante.

Tableaux n° 6: Séroprévalence selon les professions à risques :

N°	Groupes-cibles	1992	2000
1	Professionnelles du sexe	52%	29,7%
2	Vendeuses ambulantes	nd	6,7%
3	Les apprentis des camionneurs	nd	5,7%
4	Camionneurs	nd	4,1%
5	Population globale	3%	3%
6	Donneurs de sang	nd	2,57%
7	Aides ménagères (bonnes)	nd	1,7%

Source : Enquête ISBS, PNLS/CDC - Août 2000;

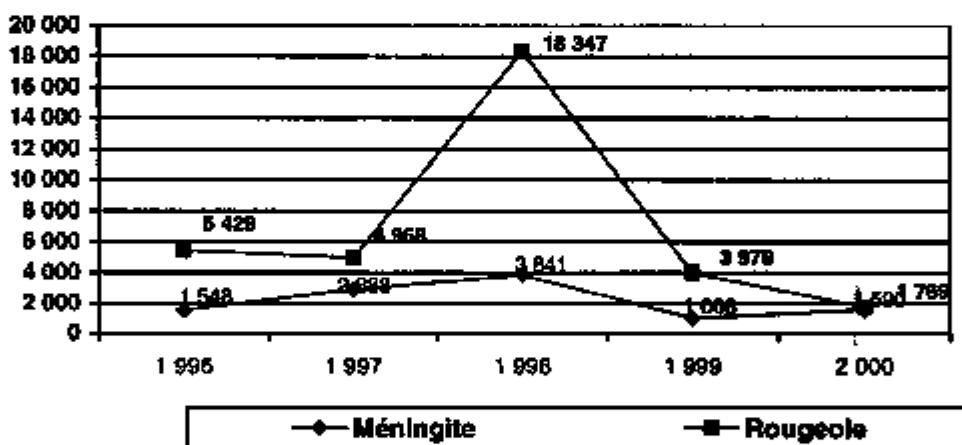
v) Lutte contre les maladies épidémiques :

Dans le cadre de la gestion prévisionnelle et active des épidémies, le ministère de la santé a un programme qui depuis 1994, pré-positionne des vaccins, médicaments et autres produits sur financement du budget d'Etat. Cette mesure a permis de développer la capacité d'intervention rapide des équipes socio-sanitaires de cercle face aux épidémies et couvre tout le pays.

Des comités de lutte ont été mis en place dans toutes les régions et tous les cercles pour une meilleure gestion des épidémies. Des microprogrammes d'information et de sensibilisation ont été développés à travers les média.

Ainsi, la dernière épidémie de méningite remonte à 1997, celle du choléra à 1996, de rougeole à 1998.

Graphique n° 4 : Evolution des cas de méningite, rougeole de 1996 à 2000



d) L'hygiène et l'assainissement :

L'élaboration des normes et procédure d'hygiène et d'assainissement ; la formation du personnel socio-sanitaire et des agents communautaires et les enseignants évoluant dans les aires de santé fonctionnelles en hygiène et assainissement dans le cadre du PMA ; l'introduction de l'éducation à l'hygiène dans le curricula du cycle fondamental ; la promotion d'ouvrages d'assainissement dans les familles, dans les écoles ont permis d'obtenir des résultats significatifs avec entre autres :

- i) **Dans la promotion des ouvrages d'hygiène et d'assainissement :**
 - la réalisation 1703 latrines familiales de démonstration ;
 - la réalisation de 108 cabines de latrines en milieu scolaire.
 - ii) **Dans la promotion des comportements et pratiques d'hygiène dans les aires de santé**
 - formation des ASACO et des relais communautaires en hygiène et assainissement (30 ASACO et 845 relais communautaires);
 - développement et la diffusion des outils IEC (9 aires sur 30 disposent du paquet, les autres sont en cours).
 - iii) **Dans la promotion de l'hygiène et l'assainissement en milieu scolaire**
 - Formation des enseignants en Hygiène et assainissement (371 enseignants formés et dotation des écoles formées en matériels d'hygiène).
 - iv) **Dans le contrôle de la qualité de l'eau**
 - dotation des CSRÉf dans tous les cercles du pays en kits portatifs de contrôle de la qualité de l'eau (Kit DELAGUA).
 - v) **Dans l'approvisionnement en eau potable, les actions menées s'inscrivaient dans la composante hydraulique du PSPHR et dans la lutte contre le Ver de Guinée. Ainsi :**
 - 620 pompes ont été réhabilitées ;
 - 499 forages ont été réalisés y compris 49 dans les CSCOM et 93 autres ont été aménagés.
 - 155 puits traditionnels ont été réhabilités;
 - 454 conventions sont signées avec les communautés pour la gestion des point d'eau et 406 comités de gestion des points d'eau installés.
- e) **La réforme du Système National d'information Sanitaire (SNIS) :**
La réforme du SNIS a permis d'adapter celui-ci à la volonté politique de décentralisation. Un schéma directeur du système national d'information sanitaire et sociale a été adopté en 1998 sous la coordination de la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé.
- f) **Les Enquêtes Démographiques et de Santé au Mali (EDSM) :**
Afin de disposer d'indicateurs fiables, le Département a entrepris en 1996 et 2001, à travers la Cellule de Planification et de statistique et la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique et grâce à l'appui technique de Macro International Inc, deux Enquêtes Démographiques et de Santé (EDSM).
Plusieurs projets de plaidoyer ont été conçus avec les données des EDSM ; il s'agit entre autres du Projet RAPID (Ressources pour l'Analyse de la Population et de son Impact sur le Développement), du projet PROFILE axé sur l'impact de la malnutrition sur l'économie et du projet SPECTRUM relatif à la santé sexuelle des jeunes-adultes (12-24 ans).

3.4. La réforme pharmaceutique et l'approvisionnement en médicaments :

Les actions menées dans ce domaine ont permis une avancée et une amélioration des indicateurs du secteur avec entre autres : Pour permettre la mise en œuvre du volet approvisionnement pharmaceutique de la politique sectorielle de santé et de population, les mesures suivantes ont été prises :

- restructuration de la PPM pour lui confier la mission de services publics pour jouer le rôle de centrale d'achats nationale. Trois contrats-plans état-PPM ont été signés depuis dont le dernier datant de juin 2000 définissant la nature des moyens à mobiliser;
- pré qualification des fournisseurs et achats systématiques par appel d'offres auprès des fournisseurs pré qualifiés permettant de garantir la qualité des produits achetés et les acquérir au plus bas prix possible;
- mise en place en 1994 d'une commission d'élaboration d'une politique pharmaceutiques nationale composée des représentants des différents acteurs publics et privés;
- négociation avec les grossistes privés le lendemain de la dévaluation du franc CFA ayant permis de maintenir la hausse des prix à 55% au lieu de 100%;
- élaboration d'un plan d'action dénommé schéma directeur d'approvisionnement et de distribution en médicaments essentiels en 1994;
- négociation avec les partenaires pour l'achat de médicaments essentiels pour constituer les dotations initiales des centres de santé et des hôpitaux dans le cadre de la mise en œuvre de la politique d'approvisionnement suivant le concept de l'Initiative de Bamako. Ainsi tous les centres de santé de cercle ont bénéficié entre 8 à 11 millions, les hôpitaux régionaux 20 millions de FCFA, l'hôpital du Pt G et Gabriel Touré 100 millions chacun, l'hôpital de Kati 30 millions et le CNOM 10 millions de FCFA de dotation initiale. Dans le même cadre 700 millions de médicaments ont été mis à la disposition de la PPM pour appuyer la diffusion des génériques DCI à travers le circuit des officines privées ;
- 150 millions de CFFA de médicaments ont aussi été mis à la disposition de la SARL Jama Kakeneya de GIE Santé pour Tous pour améliorer l'approvisionnement des CSVCOM en complémentarité avec la PPM;

Dotations initiales de fonds de roulement en Médicaments Essentiels en DCI par catégorie de structures de santé dans le cadre du Schéma Directeur d'approvisionnement

- CSCOM = 2,5 millions de FCFA de médicaments par CSCOM ;
- Centre de Santé de Référence de Cercle (CSC-Ref) : 8 à 11,5 millions de FCFA ;
- Hôpitaux régionaux : 20 millions de FCFA par hôpital ;
- Hôpital national du Point G. : 100 millions ;
- Hôpital national Gabriel Touré : 100 millions ;
- Hôpital national de Kati : 30 millions ;
- Centre National d'Odontostomatologie : 10 millions de FCFA ;
- 700 millions CFA de médicaments essentiels en plaquettes (blisters) destinés à la vente au niveau des officines privées ;
- 150 Millions de FCFA au GIE Santé Pour Tous pour la consolidation de son fonds de roulement ; et,
- 170 millions de FCFA pour les régions du nord.

- renforcement des magasins santé des régions du Nord avec un apport supplémentaire de 170 millions de médicaments et institution du recouvrement des coûts pour pérenniser le système;
- organisation du réseau interne de distribution avec la construction ou l'aménagement de dépôts de médicaments au sein de tous les centres de santé et tous les hôpitaux, formation du personnel;
- fixation des coefficients à appliquer sur le prix d'achats des médicaments pour la vente aux malades dans le réseau public en vu de contrôler et minimiser les prix et aussi garantir le renouvellement des stocks de médicaments ; 25% au niveau de la PPM, 1,15 au niveau des Dépôts répartiteurs de cercle, 1,20 dans les dépôts des centres de santé de cercle, 1,12 à 1,30 dans les dépôts des CSCOM et 1,10 au niveau des pharmacies hospitalières. Pour assurer la promotion des produits de l'UMPP le coefficient de 1,10 est applicable à tous les niveaux du circuit et un taux préférentiel de 15% leur est applicable lors de l'attribution des marchés des appels d'offres;
- développement de guides thérapeutiques, de formulaires et médicaments et de guides de gestion et leur révision régulière a permis une nette amélioration des indicateurs de gestion et de prescription des médicaments. Plusieurs formations ont ainsi été donnée sur la base de ces guides dans les centres de santé et les hôpitaux et aussi à l'intention des cadres des Directions régionales chargés d'appuyer ces structures;
- le renforcement des laboratoires d'analyses biomédicales dans les régions de Mopti, Ségou et Sikasso;
- élaboration de plan comptable spécifique pour sécuriser les fonds mis en place sous forme de stocks et garantir une continuité dans l'approvisionnement et la disponibilité des médicaments essentiels. Ceci a permis une amélioration de la gestion des recettes. Ainsi entre 1995 début de mise en place des dotation initiale en 18 mois les fonds de roulement ont passé de 850 millions à 1 milliard 5 environ. L'excédent financier a permis d'appuyer substantiellement le financement de d'autres actions de santé suivant le concept de l'IB;
- mise à jour de la politique pharmaceutique et de son plan d'action et intégration dans la politique globale de santé à travers le PDDSS et le PRODESS;
- création de la Direction de la Pharmacie et du Médicament pour assurer une coordination et le contrôle du secteur au vu de la multiplicité des acteurs. Ceci a permis de réduire considérablement l'entrée frauduleuse des médicaments, une meilleure adéquation des dons et un assainissement dans le secteur des établissements privés pharmaceutiques dont aucun cas d'irrégularité n'est à noter depuis 2001;
- restructuration du Laboratoire National de la Santé pour lui donner plus de moyens pour assurer un contrôle analytique des médicaments entrant sur le territoire national;
- ouverture du capital social de l'UMPP pour lui permettre d'être plus performante et contribuer plus efficacement à la disponibilité nationale des médicaments essentiels en assurant une production efficace de produits stratégiques et de base;
- réorganisation des pharmacies hospitalières dans le cadre d'une réforme globale pour améliorer la prise en charge des malades admis à l'hôpital;
- organisation régulière de mise de supervision à tous les niveaux, d'inspection et des études-évaluation afin de renforcer les acquis;

- élaboration d'une stratégie nationale d'IEC/formation sur la promotion de l'usage rationnel des médicaments en 1999 et ;
- création d'une commission chargée de cordonner la lutte contre la vente illicite des médicaments.

Pour accompagner le processus, des mesures fiscales et techniques sont prises à travers une réglementation nationale pour garantir la qualité, l'accessibilité financière et l'usage rationnel à travers :

- le Décret 94-350/P-RM du 15 novembre 1994 portant exonération au cordon douanier des médicaments essentiels, réactifs, produits à usage odonto-stomatologique, produits et matériels de diagnostic et de soins;
- le Décret n°95-009/P-RM du 11 janvier 1995 instituant un visas de produits pharmaceutiques, modifié par le décret n°01-232/-RM du 06 juin 2001;
- le Décret n°95-425/P-RM du 06 décembre 12995 autorisant le déconditionnement de certains produits pharmaceutiques;
- le Décret 95-448/P-RM du 27 décembre 19954 autorisant la substitution des médicaments essentiels aux spécialités pharmaceutiques;
- le Décret 97-230/P-RM du 08 août 1997 fixant les modalités d'importation, de stockage et de délivrance des substances vénéneuses et des stupéfiants;
- le Décret n°02-075/P-RM du 15 février 2002 portant création de la commission nationale de lutte contre la vente illicite de médicaments et ;
- plusieurs arrêtés fixant les listes nationales de médicaments essentiels et de consommables médicaments mis à jour tous les deux ans suivant le décret 94-350 cité ci-dessus.

Les résultats essentiels en fin 2001 se résument ainsi :

- nombre moyens de médicament par ordonnance : de 7 en 1992 à 2,6 en 2001 au niveau des centres de santé périphériques représentant un résultat excellent;
- pourcentage de médicament prescrit en DCI : de 0% presque en 1992 à 33,5% dans le privé et 10% en 1992 à 88,9% en 2001 dans le public;
- pourcentage d'ordonnance avec au moins un antibiotique : 44,85% dans le secteur privé et 64,64% dans le secteur public, resté peu changé au vu de l'environnement global déterminait la survenue des maladies;
- pourcentage d'ordonnance avec au moins un injectable : de 50% en 1992 19,8% dans le privé et 30,85% en 2001 dans le public acceptable;
- coût moyen des ordonnances prescrites dans les centres de santé périphériques 5765 dans les officines privées alors qu'il avoisinait les 20.000FCFA avant 1992 et 1989 dans les centres de santé contre plus de 4000F avant 1992;
- le pourcentage d'ordonnances achetées a progressé de 78% dans le privé et 88% dans le public suite à la disponibilité permanente des médicaments et à la baisse du prix;
- la disponibilité permanente des médicaments est de 93% dans les officines privées contre 87% dans les centres de santé périphériques contre une pénurie presque permanente avant 1992;
- les établissements grossistes importateurs de produits pharmaceutiques sont passés de 2 à 14 entre 1992 et 2002;

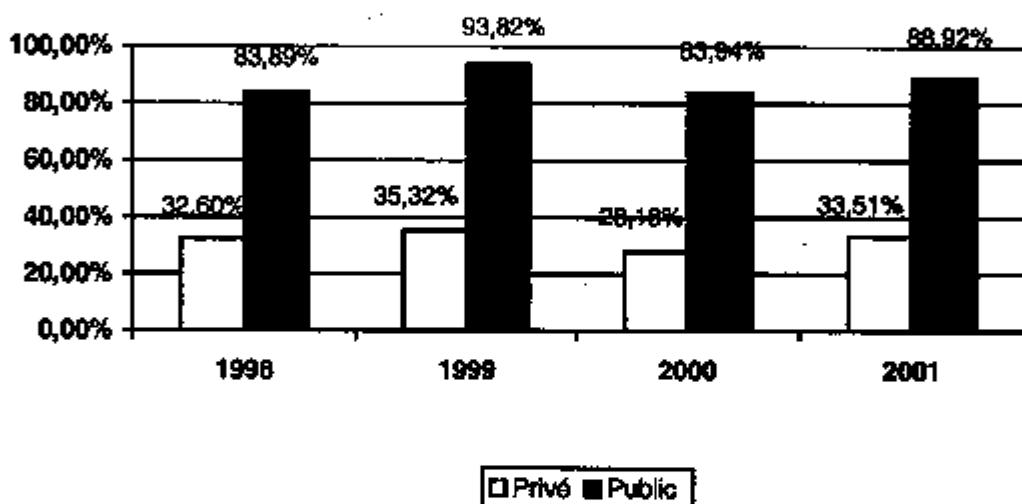
- les officines de pharmacie sont passés de 90 à 250 entre 1992 et 2002 ;
- les dépôts de produits pharmaceutiques réguliers sont passés de 20 à 139 entre 1992 et 2002;
- les laboratoires privés de biologie médicale sont passés de 0 à 3 entre 1992 et 2002;
- l'unité privée de production des MTA est passée de 0 à 1 entre 1992 et 2002 et;
- les herboristeries de 0 à 11 entre 1992 et 2002 .

Dans le secteur public il est noter la totalité de la création des dépôts de médicaments au compte de la période 1992-2002 soit :

- Plus de 559 dépôts de CSCOM contre 1 seul avant 1992
- 10 pharmacies hospitalières dont 65 au niveau régional et 4 au niveau national
- 59 dépôts de vente de centre de santé de référence
- 59 dépôts répartiteurs de cercle.

Il est à ajouter 6 dépôts régionaux de la PPM et 3 autres dépôts régionaux dans les 3 régions du Nord cogérés par la direction régionale et la PPM.

Graphique n° 5 :Pourcentage de médicament prescrits en DCI



- l'extension par le gouvernement des capacités de l'unité de production des solutés massifs au niveau de l'Usinc Malienne de Produits Pharmaceutiques pour faire face aux besoins ainsi que son équipement en matériel pour le conditionnement de comprimés;
- l'équipement et la formation du personnel du Laboratoire National de la Santé pour assurer ses missions de contrôle de qualité au Mali (médicaments, produits alimentaires, vaccins, eau et boissons, etc.) et ;
- les différents contrats-plans signés avec la PPM lui ont permis de jouer pleinement son rôle de centrale d'achat en DCI. Les médicaments essentiels représentent aujourd'hui 90% de son chiffre d'affaire contre 10% en 1994 et le taux de pénétration (98%) des médicaments essentiels sur le marché malien est des plus élevé de la sous région.

3.5. La pharmacopée et la médecine traditionnelle :

3.5.1. Activités organisationnelles :

Durant cette période la Division Médecine Traditionnelle est devenue Département Médecine Traditionnelle composé de trois services :

- Services des matières premières et ethnobotaniques;
- Services des Sciences Médicales;
- Services des Sciences Pharmaceutiques et
- Centre Régional de Médecine Traditionnelle de la 5^{ème} région à Bandiagara.

Une trentaine de cabinets de soins et d'herboristeries privés ont été ouverts suite au Décret N°94-282 PRM déterminant les conditions de l'ouverture de cabinets privés de consultation et de soins traditionnels, d'herboristeries et d'unité de production de médicaments traditionnels améliorés. et son arrêté d'application (N°95-1319 MSS-PA/SG).

Cette période a vu la création de multiples associations de Tradipraticiens parmi lesquelles nous pouvons citer : Kènèya yiriwaton, Bèè Kènèyatou, Diama Wassa Jigui Daoudi, Associations des Herboristes du marché de Médina-coura, Associations des Thérapeutes de Bandiagara etc.

Ces Associations ont mis en place un Bureau National le 15 Mars 2002 appelé la Fédération Malienne des Associations des Thérapeutes Traditionnels et Herboristes (FEMATH).

Une Société savante a été créée pour le développement de la Phytothérapie : Société Malienne de Phytothérapie.

Deux Herboristeries ont été construites à Bamako (Médine et Hamdallaye). Trois cents tradipraticiens collaborent avec le DMT

3.5.2. Collaboration entre Médecine Traditionnelle et Médecine conventionnelle :

A la suite d'organisation de multiples ateliers entre Médecins et Tradipraticiens nous avons assisté à un développement des échanges entre Tradipraticiens et Médecins surtout dans le domaine de certaines maladies comme le paludisme, le Sida, les traumatismes et les affections du foie.

A Bandiagara la référence organisée entre les tradipraticiens le centre de Santé le DEAP et le CRMT a permis de réduire la mortalité par les cas graves de paludisme.

Les accoucheuses traditionnelles de Kolokani et de Kadiolo ont été formé pour l'identification des grossesses à risque et de prévoir une évacuation sur des centres de santé.

Un suivi pendant une année des activités de 18 traumatologues traditionnels dans le cercle de Bandiagara a permis de recenser 4671 malades qu'ils avaient consultés.

Participation à la journée africaine de lutte contre le paludisme par une exposition des plantes antipaludiques utilisées au Mali.

3.5.3. Formulation et production de Médicaments Traditionnels Améliorés (MTA) :

L'un des objectifs du Département est de mettre à la disposition des populations des médicaments ayant un coût relativement bas, efficaces et dont l'innocuité est déterminée.

Ce sont des Médicaments Traditionnels Améliorés.

- *Approvisionnement en matières premières :*

La création des associations de Thérapeutes traditionnels et d'herboristes a permis de mettre en place des réseaux d'approvisionnement en plantes médicinales mais surtout la création de jardin de plantes médicinales à Bamako, Siby, Bandiagara. Elle a aussi permis une meilleure implication des Tradipraticiens dans la conservation des ressources naturelles.

- *Médicaments Traditionnels Améliorés :*

Sept Médicaments Traditionnels Améliorés ont été acceptés pour la commercialisation. Ces médicaments sont : *Hépatisane*, *Malarial*, *Dysenteral*, *Sirop*, *Balembo*, *Laxa cassia*, *Psorospermme*, *Gastrosedal*. Les travaux sont en cours pour de nouveaux médicaments Traditionnels Améliorés : Fagara, Samanèrè et des produits contre l'hypertension artérielle et le diabète. La production annuelle se présente comme suit :

Tableau : Production annuelles en MTA en 2001 :

DESIGNATION	PRESENTATION	QUANTITE
Balembo/Enfant	Sirop fl. 100 ml	20.021
Balembo/Adulte	Sirop fl. 100 ml	13.914
Laxa cassia	Sachet (tisane)	6.335
Hépatisane	Sachet (tisane)	5.240
Malarial	Sachet (tisane)	3.140
Gastrosedal	Sachet (tisane)	1.200

- Recherche pour de nouveau MTA:

- Les enquêtes ethnobotaniques ont été réalisées sur les plantes médicinales en milieu Bambara du Béléougou, Malinké et en pays Dogon. Les plantes utilisées pour soigner les pathologies suivantes ont été recensées : paludisme (20 plantes), diabète, hépatite, plaie, dermatoses, santé maternelle et infantile. 73 plantes ont été identifiées dans le traitement des maladies maternelle et infantile.
- Les screening biologiques ont été réalisés pour vérifier l'activité des plantes utilisées par les thérapeutes traditionnels et des recettes utilisées par le DMT. La vérification de l'activité antipaludique des constituants du Malarial ont permis d'identifier la plante la plus active sur les Plasmodium. C'est ainsi qu'une nouvelle formule de Malarial est actuellement en utilisation au DMT. Des extraits d'une trentaine de plantes maliennes sont actuellement en test sur des cultures de Plasmodium pour en vérifier leur activité antipaludique. Le screening biologique de l'activité antipaludique a permis d'objectiver l'utilisation traditionnelle de certaines plantes contre le paludisme.
- Plusieurs activités de recherches et de test sont en cours sur les plantes médicinales du Mali

- *Publications scientifiques :*

Le Département de Médecine Traditionnelle de l'INRSP, avec ces collaborateurs ont réalisés 40 publications scientifiques réparties comme suit :

- Screening biologique	12
- Phytochimie	10
- Pharmacologie	10
- Microscopie	2
- Clinique	2
- Collaboration médecine traditionnelle médecine conventionnelle	4

- *Formation :*

Chaque année, près d'une dizaine d'Etudiants ont mené des activités de recherche au Département dans le cadre des thèses de la Faculté de Médecine et Pharmacie, la Faculté des Sciences et de l'IPR/IFRA. Un cadre du Département a fait une formation doctorale pour l'obtention d'un diplôme es Sciences Pharmaceutiques. Le DMT assure la formation des Tradipraticiens aux technique de fabrication des médicaments traditionnels améliorés.

3.5.4. Collaborateurs et partenaires :

Pour mener ces activités le DMT a eu des collaborations Nord Sud et Sud-Sud. Nous avons collaboré avec :

- les Universités de Marseille, d'Oslo, d'Ottawa, de Toulouse, Messina, Lausanne, Dakar, Ouagadougou, Togo, Abidjan;
- les ONG comme TERRA NUOVA, National Institute of Health (NIH) pour l'étude des plantes antipaludiques, antioxydantes et les plantes utilisées dans les maladies des femmes.
- Institut de parasitologie de Berlin pour les plantes utilisées dans le traitement de la trypanosomiase ;
- le Département Médecine Traditionnelle est membre du Comité scientifique de l'Organisation Africaine de la Propriété Intellectuelle (OAPI) pour la protection du savoir traditionnel et ;
- l'Organisation Mondiale de la Santé a été un partenaire privilégié dans le développement des activités du Département.

3.6. La Réforme hospitalière :

Dans ce cadre les actions menées de 1992 à 2002 ont permis aux hôpitaux de faire davantage face à leur mission de service public hospitalier, à savoir :

- assurer l'accès à des soins de référence de qualité produits aux meilleurs coûts à l'ensemble de la population résidant au Mali,
- contribuer à la formation pratique des professionnels de santé,
- réaliser des travaux de recherche pour améliorer l'état de santé de la population.

Conscient des difficultés rencontrées par les hôpitaux pour assurer de façon satisfaisante leurs missions, le Ministère de la Santé s'est engagé dès sa prise de fonction dans une réforme en profondeur du système hospitalier de notre pays.

Cette réforme s'avérait non seulement nécessaire pour permettre aux hôpitaux de jouer pleinement leur rôle, mais aussi incontournable pour donner ses pleines capacités à l'ensemble du système national de soins.

1. La première étape de la réforme consista à octroyer le 5 Octobre 1992 le statut d'EPA aux 4 hôpitaux nationaux, leur accordant ainsi la personnalité morale et l'autonomie de gestion. Cette décision fut complétée le 15 janvier 1993 par une **lettre d'orientation du Ministre de la santé** qui donna aux 4 nouveaux EPA les directives à suivre pour mettre en oeuvre la réforme hospitalière. Il fallut l'expérience des faits pour apaiser les craintes du personnel hospitalier qui craignait une remise en cause de leur statut.

La mise en place du recouvrement des coûts permit progressivement aux hôpitaux de dégager des ressources complémentaires pour financer leur fonctionnement, contribuer à la motivation de leur personnel et tenter une amélioration de la qualité des soins.

2. En 1996, fut mis en place dans les pharmacies hospitalières de chacun des 10 hôpitaux nationaux et régionaux un stock de médicaments et de consommables médicaux devant intégrer les hôpitaux dans la politique nationale des médicaments essentiels, dont ils avaient été jusqu'alors exclus et permettre d'assurer la disponibilité permanente de tous les produits nécessaires aux diagnostics et aux traitements.
3. Tout au long des 10 années écoulées, des investissements importants en génie civil et en équipements furent réalisés dans les différents hôpitaux :

- **au Point G :**
 - construction et équipement d'un bloc technique et d'une nouvelle direction,
 - mise en place d'un scanner et d'une unité de dialyse rénale,
- **à Gabriel Touré,**
 - construction et équipement d'un service des urgences, d'un service d'imagerie médicale, d'un service de réanimation et d'une buanderie,
 - réfection complète et équipement du bâtiment INPS,
- **au CNOS :**
 - extension, remise en état et équipement du centre,
- **à Kati :**
 - construction d'une direction et d'un bloc de réanimation et réfection des autres bâtiments,
- **à Gao :**
 - construction d'un nouvel hôpital,
- **à Ségou :**
 - , construction et équipement d'une direction et d'un bloc technique,
- **à Sikasso :**
 - construction et équipement d'un service d'urgences, équipement et reprise de l'ensemble de l'hôpital,
- **à Kayes,**

- construction et équipement d'un service des urgences, d'une unité d'hospitalisation et reprise du bloc technique de l'hôpital.
4. La poursuite de cette réforme conduit le Ministère de la Santé à créer en 1997 au sein du « Groupe Ad Hoc » chargé de la préparation du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social un sous groupe spécialement chargé des hôpitaux. Cette disposition novatrice permettait enfin d'insérer les hôpitaux dans la mouvance des grands projets de développement sanitaire dont ils avaient été jusqu'alors exclus.
- Conformément aux recommandations du Groupe Ad Hoc, fut créé en mai 1999, par décision du 1^{er} Ministre, une mission d'appui à la réforme hospitalière qui fut spécialement chargée de concevoir et d'animer la mise en œuvre de la réforme hospitalière.
- Avec l'appui de cette institution transitoire, le Ministère de la Santé a pu soumettre à l'approbation du Gouvernement un projet de Loi Hospitalière, devant sous tendre la nouvelle politique hospitalière associant la défense du service public aux exigences de la gestion.
5. Ont également été élaborés les décrets d'application de la Loi notamment le décret relatif à la gestion financière des hôpitaux et le décret relatif à la création d'un Centre Hospitalo-Universitaire.
6. Par ailleurs, a été élaboré un projet de carte nationale hospitalière et tous les hôpitaux ont été appuyés dans l'élaboration de leur projet d'établissement, afin d'introduire les méthodes de planification à moyen terme dans le développement du système hospitalier.
7. Enfin, un grand programme de formation a été initié. Il devra non seulement permettre au Mali de disposer du nombre requis de directeurs d'hôpitaux qualifiés, mais aussi assurer la formation en cours d'emploi des équipes de gestion de tous les hôpitaux afin qu'elles s'inscrivent pleinement dans la réforme. Il devra par ailleurs assurer la formation des nombreux spécialistes que nécessite le bon fonctionnement du futur système hospitalier.
8. Pour compléter la dynamique ainsi créée, qui devra donner aux hôpitaux un mode de gestion leur permettant de sortir de l'impasse où ils se trouvent encore, le Ministère de la santé a initié un grand programme de construction, d'équipement et de renforcement des infrastructures hospitalières. Trois grands projets de construction de nouveaux hôpitaux sont en cours de préparation :
- a. le projet de construction du nouvel hôpital de Sikasso, dont le financement par la Banque Africaine de Développement est acquis,
 - b. le projet de construction du nouvel hôpital de Mopti, qui bénéficiera d'un financement conjoint de l'Agence Française de Développement et de la Coopération Belge,
 - c. le projet de construction d'un nouveau CHU à Bamako, sur la rive droite du Niger. Un groupe de travail bénéficiant de l'appui de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille et du Centre Hospitalier d'Angers devra produire dans les mois à venir le programme architectural, médico-technique et financier de ce nouvel établissement.

Par ailleurs, le financement de deux projets de renforcement des hôpitaux de Ségou et de Kayes a été acquis sur financement de la KFW. De plus, doit être assuré le renforcement des hôpitaux du Point G et Gabriel Touré, dont les plans directeurs ont été finalisés.

Enfin, la création d'une agence nationale d'évaluation des hôpitaux, qui sera placée au centre d'un réseau de télécommunications reliant les hôpitaux informatisés permettra au système hospitalier du Mali de bénéficier des idées et des technologies qu'offre au monde en développement le XXIème siècle.

9. La réforme hospitalière qui a été initiée par le Ministère de la Santé constitue un travail de longue haleine, car elle nécessite un changement profond de mentalité et l'acquisition de nouvelles méthodes de travail. Sa mise en œuvre nécessitera encore de longues années, pour que le processus qui a été initié puisse aboutir. L'essentiel est qu'elle puisse bénéficier d'un soutien politique constant.

3.7. Infrastructures :

i) Centres de santé de premier contact (CSCOM) :

- 559 Centres de santé Communautaire (CSCOM) sont construits et/ou réhabilités ;
- 31 centres de santé de premier niveau dans les régions du nord sont construits et/ou réhabilités dans le cadre du plan d'action à court terme avant 1998 ;

ii) Centres de Santé de Référence de cercle et hôpitaux :

La plupart des Centres de santé de Cercle ont bénéficié de travaux de rénovation et équipement dans le cadre de l'organisation du système de référence-évacuation avec la périnatalité comme porte d'entrée.

La plupart des hôpitaux ont bénéficié de travaux de réhabilitation. Le coût total des infrastructures au niveau des centres de santé de référence de cercle(CSCRef) et des hôpitaux de 1992 à 2001 s'élève à 15.136.485.319 FCFA.Ces montants ne prennent pas en compte les réalisations financées directement par certains partenaires sur le terrain.

Le Budget spécial d'investissement a contribué à la réhabilitation et à la construction / extension des hôpitaux nationaux.

Tableau 7 : Contribution du Budget Spécial d'Investissement au niveau des Hôpitaux nationaux

Ressources du Budget spécial d'Investissement affectées aux hôpitaux nationaux de 1998 à 2002 en milliers de franc CFA						
	1998	1999	2000	2001	2002	Total
Aménagement Hôpital Gabriel Touré	-	220 000	350 000	205 000	205 000	980 000
Aménagement Hôpital de Point G	50 000	150 000	200 000	190 000	190 000	780 000
Aménagement de l'hôpital de Kati		140 000	371 000	152 000	152 000	945 000
Aménagement du CNOS	38 000	-	140 000	100 000	100 000	378 000
Total	218 000	510 000	1.061.000	647 000	647 000	3 083 000

A l'occasion de la CAN 2002, l'Etat a consenti de gros efforts à travers les investissements (immobiliers et fournitures d'équipements) réalisés dans les hôpitaux de Kayes, Sikasso, Ségou et le centre de santé de Mopti

Tableau 8 : Investissements réalisés dans les formations sanitaires à l'occasion de la CAN 2002 et dans le cadre du PRODESS

Investissements réalisés dans les formations sanitaires dans le cadre de la CAN 2002	
Génie civil	
Structures	Coût
H. Sikasso	365 138 871
H. Kayes	384 422 510
H. Ségou	387 793 158
C.S Mopti	339 650 860
Total	1 477 005 399
Équipement	
Nature	Coût
Matériels Médico - Chirurgicaux	873 034 425
Matériel Télécommunication	59 572 879
Ambulances	401 100 000
Groupe Electrogène	76 287 000
Total	1 409 994 304

iii) Services régionaux et centraux :

La plupart des services régionaux et plusieurs structures centrales ont été rénovés afin d'améliorer leur performance.

Les efforts de réhabilitations des services techniques et de renforcement du plateau technique de référence sont maintenus dans le programme opérationnel 2002 et du programme triennal d'investissement du secteur.

3.8. Evolution du secteur privé sanitaire :

L'appui du Département en faveur de la libération des professions sanitaires et les dispositions réglementaires prises ont contribué à un développement rapide du secteur privé médical et paramédical. Le nombre d'Etablissements privés est passé de 144 en 1992 à 615 en 2001. Il convient de signaler que plus de la moitié de ces établissements privés sont localisés à Bamako.

Le MS a également appuyé la mise en place d'une autre forme de secteur privé à travers l'installation de médecins dits de campagne. Ces privés font des consultations ambulatoires qui contribuent à l'élargissement de la couverture sanitaire

Tableau n°10 : Evolution du secteur privé sanitaire au Mali :

Types d'établissements	1992	Situation en 2001	dont Bamako
Cabinets dentaires	2	16	13
Cabinets médicaux de consultation	10	55	40
Cabinets de consultation Sage-femmes	0	7	5
Cliniques médicales	0	20	20
Cliniques d'accouchement	0	2	2
Cliniques chirurgicales	0	14	14
Cabinets de soins infirmiers	7	78	44
Centre opticien lunetier	0	1	1
Officines de pharmacie	83	237	158
Dépôts de produits pharmaceutiques	41	137	0
Unité de production de médicaments traditionnels améliorés	0	1	1
Cabinets de consultation et de soins traditionnels	0	26	20
Herboristes	0	4	4
Etablissements d'importations	0	13	12
Laboratoires d'analyses	1	3	3
Cabinet de Radiologie	0	1	1
Total	144	615	338
%	23,34%	100%	54,96%

3.9. Ressources humaines

Le défi majeur de la politique de santé reste la question des ressources humaines.

Les concertations entre le Gouvernement et les institutions de Bretton Woods en vu de l'allègement des impacts néfastes de la dévaluation du franc CFA sur les secteurs sociaux ont permis de prendre en compte la problématique des ressources humaines.

a) le redéploiement et le recrutement :

Les efforts ont porté sur le redéploiement de 429 personnels en poste dès 1994, le Recrutement de 1549 agents toutes catégories confondues entre 1992 et 2001, 194 agents contractuels sur le filet social en 1994 et la mise à disposition des collectivités de 203 agents dans le cadre du PPTE.

Malgré le départ à la retraite de plus de 602 agents (toutes catégories confondues) les ratios nombre d'habitants par type de personnel se sont améliorés.

Ratios nombre d'habitants pour un agent par catégorie :			
Corps	Ratios 1992	Ratio 2001	Normes OMS
1 Médecin pour	23.154	13.478	10.000
Infirmier d'Etat	12.120	10.022	5.000
Sage-femme d'Etat	24.524	21.329	5.000
Infirmier premier cycle	9.020	9.276	1000

Concernant les techniciens d'hygiène, il y a un manque sur le marché du fait de la suspension de fait de la formation par manque de candidats pour la filière. C'est pourquoi des mesures incitatives sont prise par le département et la filière a été ouverte en 2000/2001.

b) La formation de spécialistes :

Face au besoin sans cesse croissant, l'accent a été mis dans la planification et la gestion des ressources humaines ; la valorisation des professions sanitaires, le Plan de carrière et la Formation. C'est ainsi que près 160 cadres ont bénéficié d'une spécialisation pour une durée supérieure ou égale à un an.

La création de la mission de développement des ressources humaines (MDRH) procède de la priorité accordée aux questions de personnel.

c) Le recours à des spécialistes expatriés à travers l'assistance technique :

Les besoins en spécialistes sont encore élevés et c'est dans cet esprit qu'un accord de coopération a été signé en juillet 2000 avec la République de Cuba pour la mise à disposition de 105 experts cubains. Suite à cette signature, la partie cubaine a envoyée dès octobre 2000 une brigade médicale de 104 spécialistes médicaux, déployés dans tous les Centres de santé de cercle et dans tous les hôpitaux régionaux et nationaux. Ceci a permis de suppléer au manque de spécialiste et de préparer la mise en route d'un nombre important de cadres nationaux.

Un exemple de Coopération Sud-Sud : Assistance technique cubaine et Sud africaine

La coopération sanitaire entre la République du Mali et la République de Cuba est un modèle exemplaire de coopération Sud-Sud. Elle est vieille de plus de 20 ans même si on note une période creuse à partir de la fin des années 1980 qui s'explique par le réajustement opéré par la partie cubaine du fait des difficultés économiques qu'a connues le pays suite à l'embargo économique décrété par les Etats-Unis.

Toutefois la volonté politique des deux chefs d'Etat et leur engagement dans la lutte contre la pauvreté ont permis de relancer les relations bilatérales de coopération entre les deux peuples.

1. Rappel historique :

C'est le 23 Juillet 1981 à Bamako que l'accord créant la Commission Mixte de Coopération a été adopté. La 3^{ème} session de la dite Commission a eu lieu à Bamako du 18 au 20 Avril 1988. La 4^{ème} session de la commission s'est tenue 10 ans après la 3^{ème} à la Havane du 11 au 13 Avril 1998. Au plan sanitaire, la coopération bilatérale portait sur l'envoi d'équipes médicales cubaines dans les hôpitaux du Mali. Ainsi jusqu'en 1990, une équipe médicale séjournait à l'hôpital Régional Nianankoro POMBA de Ségou.

C'est au cours de la 4^{ème} session de la commission mixte que les deux parties ont exprimé le souhait de relancer des échanges dans les domaines d'intérêt dont la santé. A l'issue de cette session, le Ministre de la santé de Cuba a invité son homologue du Mali afin de définir le cadre de la coopération en matière de Santé. Cette visite a été effectuée du 13 au 18 Juillet 2000.

La visite du président de la République du Mali à Cuba a permis d'accélérer la relance de la coopération sanitaire, un domaine privilégié de partenariat entre les deux pays. La visite de Madame le Ministre de la Santé a été l'occasion de déterminer les domaines de coopération en matière de santé et de signer un protocole d'accord entre les deux pays

2. Justification :

En 1998, le Mali a adopté son Plan Décennal de Développement sanitaire et Social et la première phase quinquennale de ce plan à savoir : le PRODESS. Lors de la table ronde sectorielle santé-éducation des bailleurs de fonds en 1998, la situation des ressources humaines a été présenté comme un risque majeur au PRODESS. En effet les besoins en ressources humaines définis dans ce programme sont assez importants. Vu le nombre élevé des cadres médicaux nécessaires et les capacités de formations des écoles nationales, l'une des solutions a été le recours à l'assistance technique. La table ronde sectorielle santé et éducation a recommandé de renforcer la formation des spécialistes tout en envisageant des stratégies conséquentes pour compenser le vide créé par les départs en spécialisation. L'une des stratégies est le recours à l'assistance technique.

Lors des concertations avec les partenaires du PRODESS (COCEP, comité technique, comité de suivi), il a été recommandé de donner la priorité à la coopération sud-sud qui offre des avantages certains en matière d'assistance technique (similarités des problèmes, facilité d'adaptation, coût moins élevé, etc.)

3. Domaines de coopération :

Le protocole d'accord de coopération signé retient les domaines suivants : Assistance technique cubaine avec envoi d'une brigade médicale au Mali, Formation (y compris le compagnonnage) et le système de volontariat, Echanges d'expériences, Evacuations sanitaires, la formation de 100 jeunes bacheliers maliens en sciences médicales à Cuba

Il concerne les modalités d'organisation pratique de ce Partenariat. L'accent est mis en priorité sur l'approche « Santé Communautaire » de l'expertise Cubaine, la mise à disposition de spécialistes médicaux et le volontariat. Le compagnonnage avec les praticiens de la partie malienne (quelle que soit la catégorie professionnelle).

Tableau 11 : Répartition des spécialistes cubains mis à la disposition du Mali en application du protocole d'accord: et déployés à travers le pays

No.	SPECIALISTES	NOMBRE
1	Médecins Généraliste Intégral (Interniste)	53
2	Chirurgie Unfantile	1
3	Néuro-Chirurgie	1
4	Chirurgie Générale	4
5	Traumatologie	2
6	Urologie	2
7	Pédiatrie	4
8	Gynéco-Obstétrique	5
9	Cardiologue	1
10	Médecin Interniste spécialiste en soins intensifs	3
11	Pneumologue	1
12	Médecin Internist à compétence en Pneumologie	3
13	Gastro-entérologue	1
14	Anesthésiste-Réanimateur	2
15	Médecin ORL	2
16	Médecin Ophalmologiste	2
17	Dermatologue	2
18	Radiologue	2
19	Technicien de Laboratoire	3
20	Technicien anesthésiste	8
21	Médecin Stomatologue	1
22	Administrateur de Santé	1
23	Médecin Epidémiologiste	1
24	Médecin Bio-statisticien	1
25	Ingénieur Electromecanicien	1

Coopération triangulaire :

Au terme du protocole avec la partie cubaine, tous les frais liés au séjour la brigade est à la charge du Mali. C'est dans ce cadre et conformément aux recommandations du Comité de Suivi du PRODESS que des négociation ont eu lieu avec d'autres pays pour développer la coopération triangulaire en matière d'assistance technique. La partie cubaine met à disposition des spécialistes qui sont pris en charge par un pays tiers. Ainsi deux accord de partenariat triangulaire ont été signés :

- d'abord avec l'Afrique du Sud dans le cadre de la Coopération Sud-Sud, un protocole d'accord a été signé pour la prise en charge des frais de séjour (salaires et indemnités) de la Brigade Médicale Cubaine;
- le second accord avec la Coopération Suisse pour la couverture du voyage aller et retour en vacance des membres de la brigade en 2001.

3.10. Les ressources financières :

La gestion de ces ressources sur la période 1992-2001 a été marqué par la volonté du département de rechercher une solution aux insuffisances constatée. Plusieurs mesures ont été prises pour adaptées le budget aux activités du département (adaptation de la nomenclature budgétaire, création de lignes budgétaire, transfert de la gestion de certaines lignes, etc..

La période 1992- 2001 a été caractérisée par une augmentation constante des crédits du département donc du ratio. Près de 247,737 milliards de Francs CFA ont été inscrits soit 6,33% des ressources prévisionnelles de l'Etat pendant la période. Le financement intérieur représente 48,34% de ce montant contre 51,66% de financement extérieurs.

Année	Evolution du budget santé dans le budget d'Etat				Répartition du financement	
	Budget santé	Budget Etat	% santé dans le Budget Etat	Ratios	Financement intérieur	Financement extérieur (BSI)
1992	11.474.613	217.147.699	5,28%	-	5.147.613	6.327.000
1993	9.649.678	200.474.564	4,81%	-	5.201.678	4.448.000
1994	17.423.072	371.674.431	4,69%	-	9.601.072	7.822.000
1995	25.683.090	353.960.000	7,26%	8,01	9.624.090	16.059.000
1996	31.352.837	380.325.000	8,24%	8,33	10.318.837	21.034.000
1997	28.777.080	400.323.000	7,19%	9,57	12.129.080	16.648.000
1998	27.065.754	433.712.000	6,24%	10,01	14.439.754	12.626.000
1999	24.787.365	476.113.000	5,21%	10,76	16.046.365	8.741.000
2000	34.580.607	522.537.000	6,62%	9,64	16.242.607	18.338.000
2001	36.943.517	556.881.000	6,63%	10,01	20.813.517	15.930.000
Total	247.737.613	3.913.174.694	6,33%	-	119.764.613	127.973.000

3.11. La fiscalité dans le secteur.

Avec la dévaluation du franc CFA, la volonté du Gouvernement pour soutenir ce secteur s'est concrétisée par des allégements très significatifs à travers :

- (i) la loi n°95-067 du 03 août 1995 portant modification du code général des Impôts qui a permis l'exonération de TVA des médicaments non essentiels et du matériel médico-chirurgical;
- (ii) la Loi n°99-012 du 01 avril 1999 portant modification du Code général des Impôts (impôts indirects) exonère les médicaments de la TVA;
- (iii) le décret n°94-350/P-RM du 15 novembre 1994 portant exonération au cordon douanier des médicaments essentiels, réactifs, produits à usage odonto-stomatologique, produits et matériels de diagnostic et de soins;
- (iv) l'arrêté interministériel n°95-0609/MSSPA/MFC-SG du 28 mars 1995 fixant la liste de médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale (DCI);
- (v) l'arrêté interministériel n°95-2520/MSSPA/MFC-SG du 22 novembre 1995 fixant la liste des réactifs et consommables médicaux exonérés au cordon douanier;

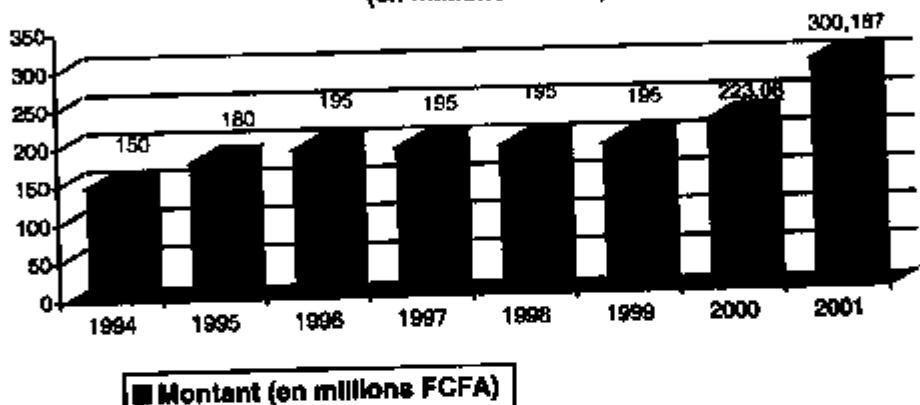
- (vi) l'arrêté interministériel n° 95-0330/MSSPA/MIAT/MMEH/MFC du 16 février 1995 portant production, importation et commercialisation du sel iodé pour la prévention des Troubles dus à une carence en iodé (TDCI) et plusieurs autres textes réglementaires. Enfin en application des engagements contenus dans les accords avec les partenaires, l'arrêté N°99-2259/MF-SG du 4 octobre 1999 fixe le régime fiscal applicable au PRODESS.

3.12. Les évacuations sanitaires :

Après une période de gestion en l'absence de législation et de tout critère de sélection des cas à prendre en charge, depuis 1994 la gestion des évacuations sanitaires sur l'extérieur a été confiée au Ministère chargé de la Santé. La création du Conseil de santé a permis d'assurer une certaine moralisation des évacuations sanitaires.

Ainsi, depuis la création de la ligne budgétaire « Frais d'hospitalisation » à cette date les inscriptions sont en augmentation ; elles ont passé de 150.000.000 FCFA en 1994 à 180.000.000 FCFA en 1995. Elles ont été de l'ordre de 195.000.000 FCFA par an de 1996 à 1999, de 200.080.000 FCFA en 2000 et 300.187.000 FCFA en 2001.

**Graphique n° 6 : Evolution du budget des évacuations sanitaires
(en millions de FCFA)**



3.13. Politique nationale de population :

La population constitue la richesse la plus importante du Mali. C'est pour cela que le Gouvernement a mis en œuvre, depuis 1960, des plans de développement économique et social afin d'améliorer les conditions de vie des maliens à travers l'alimentation et la nutrition, la santé, le logement, l'éducation et la formation, etc.

Suite aux engagements pris au plan international sur la Population et à l'évolution de la prise de conscience, la formulation et la mise en œuvre d'une politique nationale de population sont devenues une nécessité en tant que cadre de réflexion, de coordination et d'orientation du comportement socio-économique des populations.

C'est ainsi que le 8 mai 1991, à la faveur de l'élargissement de l'espace de liberté, le Gouvernement du Mali a adopté une politique de population dont l'objectif fondamental vise « l'amélioration du niveau et de la qualité de vie des populations » à travers dix (10) objectifs intermédiaires démo-économiques soutenus par quatre vingt (80) stratégies nationales et régionales.

La période 1991-1995 a été consacrée à l'élaboration du Plan d'Action sur 25 ans, période découpée en tranches quinquennales pour chacune desquelles un programme prioritaire d'investissements sera élaboré. Le premier Programme d'Investissements en matière de Population (PPIP) couvre une période de cinq (5) ans (1996-2000). Les activités pour l'atteinte des objectifs du PPIP devraient être menées par les structures techniques et les partenaires.

Les organes de planification et de suivi de la Politique Nationale de Population sont le Conseil Régional de Développement, la Commission Nationale des Ressources Humaines et de la Population, le Comité de Direction du Plan, le Conseil Economique et Social et le Conseil Supérieur du Plan.

3.14. La recherche :
Plusieurs études et enquêtes ont été menées dans le cadre de la recherche opérationnelle en appui aux programmes en cours d'exécution parmi ces activités on peut citer entre autres :

Enquête Démographique et de Santé au Mali :

- les enquêtes démographique et de santé menées en 1995/1996 et en 2001 par la Cellule de planification et de Statistiques avec l'appui technique de la DNSI et de Macro International. Ces enquêtes ont permis de disposer d'indicateurs pertinents et à jour en matière de santé de la reproduction, de survie de l'enfants et de planification. Celle de 2001 a permis de menée une étude national de séroprévalence pour la première fois fusionnée avec l'EDS en Afrique

Santé Communautaire :

- Plusieurs études sur la santé communautaire, la décentralisation, le rôle et la participation des femmes dans la gestion des association de santé communautaire, le rôle de la FENASCOM dans la mise en œuvre du PDDSS, ont servi à préparer le Plan décennal de développement sanitaire et social et le PRODESS.

Paludisme :

Chimioprophylaxie des femmes enceintes.

Devant la difficulté de faire suivre rigoureusement une chimiothérapie hebdomadaire et la diffusion de la chloroquine-résistance, d'autres stratégies plus efficientes ont été développées au Mali. Il s'agit de traitement intermittent à viser prophylactique au cours de la grossesse en donnant une dose curative (4^{ème} mois et 7^{ème} mois de grossesse) de Chloroquine ou de Sulfadoxine-Pyriméthamine. Les résultats communautaire obtenus en 3 ans dans les cercles de Koro et de Bandiagara ont permis de diminuer l'anémie au cours de la grossesse, les petits poids de naissance et l'infection placentaire. Le taux de prise correcte par les femmes enceintes peut atteindre les 100%.

Ces résultats obtenus au Mali par le PN LAP, le MRTC/DEAP et le CDC d'Atlanta ont été utilisés en mars 2002 à Ouagadougou, au cours d'un atelier régional (avec l'ensemble des partenaires au développement et les coordinateurs des PN LAP des pays de l'Afrique de l'Ouest) pour la révision des stratégies de protection de la femme enceinte.

Prise en charge communautaire des cas de paludisme

Cette stratégie est actuellement largement utilisées dans tout le pays. Les évaluations systématiques dans certains sites sentinelles montrent qu'une diminution significative d'au moins 50-70% des cas de formes graves et compliquées de paludisme a été obtenue sur de nombreuse année (>=5ans). Le taux de létalité des formes graves et compliquées

WAHO et du Représentant du Secrétaire Exécutif de la CEDEAO, afin de démarrer officiellement la transition entre l'OCCGE et WAHO.

La gestion de cette phase a été délicate et déterminante dans la mise en place progressive de la WAHO à Bobo Dioulasso.

iv) Information des instances de décisions de la CEDEAO (Présidence de la CEDEAO, Présidence du Conseil des Ministres) sur les difficultés financières de l'organisation et la stratégie de financement de WAHO.

v) Coordination politique avec le Président de la CEDEAO :

- en 2000, l'organisation ouest africaine de la santé était la plus jeune structure au sein de la CEDEAO. Pour la Présidente de WAHO, la mise en place de ses structures à Bobo Dioulasso, l'installation des cadres statutaires, et la mise en place du budget de transition voté par les Chefs d'Etat, étaient des priorités;
- information régulière du Président en exercice de la CEDEAO sur l'évolution de l'institution sous régionale;
- soutien du Président de la CEDEAO face à cette crise financière, grâce auquel, la CEDEAO a pu consentir des avances de trésoreries en fin d'année 2001 et;
- plaidoyer de la Présidente de WAHO auprès de la Présidence de la CEDEAO, pour un parrainage par de Hautes Personnalités Politiques et de la Société Civile, des priorités sanitaires de WAHO décidées par les Chefs d'Etat. Ce parrainage serait un engagement politique fort des dirigeants ouest africains dans la lutte contre l'épidémie de VIH/SIDA, le paludisme et la tuberculose et les épidémies.

vi) Coordination politique avec le Président du Conseil des Ministres de la CEDEAO :

- compte rendu régulier et plaidoyer de la Présidente en exercice au conseil des Ministres, de la marche de WAHO;
- la Présidente de WAHO a obtenu du Ministre de l'Intégration Africaine du Mali, Président du Conseil des Ministres de la CEDEAO, le versement en totalité de la contribution de USD 50,000 pour soutenir le développement de la recherche sur le vaccin VIH en Afrique de l'ouest;
- la Présidente a demandé et obtenu du Ministère de l'Intégration Africaine, la participation de WAHO à l'atelier CEDEAO/UEMOA de Bamako, tenu les 20 et 22 novembre 2001 sur l'accélération de l'intégration régionale en Afrique de l'ouest. Ce forum a reconnu le rôle de la santé dans la problématique de l'intégration. Il a intégré dans les recommandations, la nécessité de dégager un financement durable pour les programmes de santé sous régionale, en particulier le financement des programmes prioritaires de WAHO;
- le plaidoyer politique du dossier de WAHO fut poursuivi à la Présidence du Conseil des Ministres;

vii) Coordination avec le pays hôte, siège de WAHO pour la mise en place progressive de l'Organisation sous régionale:

- cette coordination avec le pays hôte a été rendue nécessaire, en raison des multiples tâches d'installation et de fonctionnement correct de WAHO au niveau de son siège à Bobo Dioulasso, et du soutien politique indispensable à l'organisation pour assurer un meilleur contact avec les Ministères clés et les entreprises publiques prestataires de services de l'Etat d'implantation de l'organisation et ;
- signature de l'Accord de Siège entre WAHO et le Burkina Faso.

viii). Harmonisation des point de vues communautaires :

- formalisation des rencontres des Ministres de la Santé de la CEDEAO, en marge des réunions internationales pour arrêter une position commune sur les questions politiques et de santé publique de l'heure concernant la sous région;
- intervention officielle du Mali au nom des Pays membres de la CEDEAO devant l'Assemblée Mondiale de la Santé à Genève en mai 2000;
- intervention officielle du Mali au nom des Pays membres de la CEDEAO au Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique à Ouagadougou en septembre 2000;
- intervention officielle du Ministre de la santé de Sierra Leone, Vice-Président de WAHO, devant l'Assemblée Mondiale de la santé à Génève, en mai 2001 et ;
- présentation d'un projet d'intervention du Ministre de la Santé du Mali, au Comité Régional de l'OMS pour l'Afrique réuni à Brazzaville en septembre 2001. Ce rapport a été versé au rapport du Comité Régional.

5.2.Aspects institutionnels :

i) Présidence de la première Réunion de l'Assemblé des Ministres à Bamako consacrée aux programmes 2001 issus de la fusion et le budget 2001

ii) Présidence de la 2^{ème} Réunion de l'Assemblée des Mialstres à Bobo, consacrée aux programmes 2002, à la préparation du Plan Stratégique 2003-2007 et au budget

La deuxième réunion de l'Assemblée des Ministres de la Santé tenue à Bobo Dioulasso en novembre 2001, a permis de recentrer les priorités sanitaires de l'organisation pour l'année 2002 autour des programmes sous régionaux propres à WAHO et de décider l'abandon de tous les programmes de santé issus de la fusion OCCGE-WAHC, exécutés par les anciens centres et collèges des deux organisations défuntées. Le Budget 2002 de l'organisation d'un montant de UA 2.925.964 a été adopté et recommandé à la réunion du Conseil des Ministres de la CEDEAO, qui s'est tenu en décembre 2002 à Dakar. Cette deuxième Assemblée a approuvé aussi les axes prioritaires du plan stratégique 2003- 2007 de l'organisation.

iii) Organisation de l'Espace Santé CEDEAO en marge de la 24^{ème} Session des Chefs d'Etat de la CEDEAO

Sur instruction du Chef de l'Etat du Mali, Président en exercice de la CEDEAO, la Présidente de WAHO a piloté l'exposition << Espace Santé CEDEAO >>, tenue en décembre 2000, en marge de la 24^{ème} Session du Sommet des Chefs d'Etat et de Gouvernement.

Cette exposition fut un véritable succès. Les Chefs d'Etat ont pu directement examiner les avancées en matière de lutte contre le VIH/SIDA, le paludisme, la nutrition, les JNV synchronisées, les médicaments essentiels, la pharmacopée et la médecine traditionnelles etc...

iv) Supervision de la dissolution de l'OCCGE et gestion des problèmes de l'après dissolution :

Cette supervision a permis de prévenir les crises potentielles au sein des anciennes structures de l'ex l'OCCGE suite à la dissolution. C'est ainsi que la Présidente de WAHO a du intervenir en levant une mission en décembre 2000 pour désamorcer la crise née entre la direction de l'OCCGE et son personnel suite à la cession des véhicules de l'organisation certains cadres.

v) Préparation et présidence des Réunions extra-ordinaires de l'Assemblée des Ministres :

Le principe de tenir des réunions extraordinaires de l'Assemblée des Ministres est conforme aux statuts de l'organisation. Durant les exercices 2000-2001, la Présidente a convoqué quatre réunions extraordinaires de l'Assemblée des Ministres pour faire le point des dossiers de l'organisation :

vi) Préparation des deux Sommets des Chefs d'Etat de la CEDEAO et de l'OUA tenus à ABUJA et consacrés à Faire reculer le paludisme en Afrique, et à la Conférence sur le VIH/SIDA/Tuberculose et les autres maladies infectieuses connexes

vii) Plaidoyer pour l'Organisation auprès des partenaires institutionnels :

La Présidente de WAHO a très tôt mesuré l'importance de soutenir les priorités de l'organisation auprès des partenaires institutionnels.

viii) Nouveau Partenariat pour le Développement de l'Afrique (NEPAD) :

La Présidente de WAHO a présenté en Afrique du Sud, du 24 au 27 janvier 2002, dans un atelier régional sur le NEPAD, les défis sanitaires et les domaines d'investissement humain en Afrique.

5.3. Aspects impulsions aux programmes sous régionaux :

La Présidente de l'organisation ouest africaine de la santé, a saisi toutes les opportunités offertes par la coopération bilatérale et multilatérale pour positionner l'institution de la CEDEAO.

i) Impulsion politique de programmes stratégiques :

- Accès aux ARV et médicaments des maladies opportunistes liées au VIH/SIDA;
- SIDA et Forces Armées CEDEAO;
- Vaccin VIH dans la Zone CEDEAO;
- Programme de lutte contre la Fièvre Jaune;
- Programme moustiquaires imprégnées et ;
- Collaboration avec la Médecine Traditionnelle.

ii) Organisation pour la Présidence de la CEDEAO, des lancements des Journées Nationales de Vaccination Synchronisées contre la POLIO dans l'espace CEDEAO:

- premier lancement le 13 octobre 2000 à Karma (Niger) par Son Excellence Monsieur Alpha Oumar Konaré, Président en exercice de la CEDEAO, en compagnie de son homologue du Niger Mamadou Tandia;
- deuxième lancement le 19 octobre 2001 à Lungi (Sierra Léone) par le Président Alpha Oumar Konaré, Président en exercice de la CEDEAO, accompagné par les Présidents Olusegun Obasanjo du Nigéria et Alhaji DR. Ahmad Tejan Kabbah de Sierra Léone en présence des docteurs Ebrahim Malick Samba, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique et Rima Salah, Directrice régionale de l'UNICEF pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre et de Rot E. Ofori Akyea, Directeur élu de Rotary International;

(iii) Appui auprès de GAVI Global des projets sur le renforcement des programmes de vaccination des pays de l'Afrique de l'ouest

Très tôt, la Présidente de l'organisation a désigné WAHO comme représentant des Etats membres de la CEDEAO dans les réunions de GAVI au niveau sous régional à Abidjan.

4 - PERSPECTIVES

La relecture du PRODESS au regard des objectifs et stratégies de la lutte contre la pauvreté et l'élaboration du Programme Triennal d'InvestissementS (PTI) sont en cours. Ceci permettra de consolider les acquis des trois premières années de mise en œuvre du PRODESS et de créer les conditions d'un bon ancrage entre les deux phases du Plan Décennal.

L'accent devra être mis sur les domaines suivants :

4.1. Le renforcement du processus gestionnaire par :

Le renforcement des capacités en matière de planification car les mouvements de personnel ont contribué à créer de nouveaux besoins. Les actions porteront sur :

- Le renforcement du système de gestion et de planification sectorielle notamment :
 - l'élaboration de nouveau PDSC et leur mise en œuvre ;
 - l'adoption d'un plan de financement de la santé ;
 - la maîtrise de l'approche Budget-programme annuel et l'informatisation des outils
 - la poursuite et l'extension de l'expérimentation des contrats de performance et du budget-programme consolidé qui consiste à intégrer les interventions au niveau d'un cercle et assurer un financement global sur la base d'un contrat moral de performance - « le contrat-de performance » - avec l'équipe du cercle mais aussi avec les responsables du secteur hospitalier sur la base des projets d'établissement.

4.2. Le développement des ressources humaines :

La mise en œuvre du plan de développement des ressources humaines doit bénéficier de l'appui tant du gouvernement que des partenaires. Ceci doit se traduire par la programmation sur le budget national d'un effort non seulement en terme de recrutement nouveau, de gestion, de spécialisation et de perfectionnement mais aussi de motivation du personnel. Sur ce plan un accent particulier doit être mis sur la reconnaissance du mérite.

CONTRAINTEs

L'insuffisance du personnel de santé qualifié et en nombre suffisant au niveau opérationnel. Ce n'est qu'à la fin de l'année 1995 que la plupart des cercles ont pu disposer d'au moins 2 médecins dans l'effectif de l'équipe socio-sanitaire. S'agissant des Techniciens de santé (Infirmiers Diplômés d'Etat, Technicien d'hygiène, Sages-femmes, Techniciens de laboratoire), les besoins sont loin d'être satisfaits dans les CSC de référence et le CSA. Certains arrondissements n'ont pas encore d'infirmier d'Etat.

- la faible capacité de production des écoles de santé ;
- l'instabilité du personnel des CSCOM due entre autres à l'absence de contrat sécurisant de travail et aux relations souvent conflictuelles entre les employés et les employeurs que sont les ASACO ;
- les problèmes liés à la faible motivation et à l'absence de plan de carrière du personnel ;
- Les difficultés de mobilisation des ressources financières par les structures d'exécution en raison de la lourdeur des procédures et leurs effets sur la capacité d'absorption qui est souvent décrite ;
- l'insuffisance des ressources pour le renforcement des plateaux techniques de référence, notamment les hôpitaux pour développer la complémentarité dans la pyramide sanitaire.
- la faiblesse des engagements en faveur des structures hospitalières.

4.3. La poursuite des investissements surtout au niveau de la référence :

- les structures de référence (CSCREF et hôpitaux) devront disposer d'infrastructures et des équipements adéquats et normalisés pour une meilleure qualité des prestations socio-sanitaire ;
- la réalisation de nouveaux hôpitaux ;
- le renforcement de la logistique par niveau en priorisant des activités mobiles. Le bon suivi, la supervision et surtout les activités en stratégies avancées ne sauraient se faire sans moyens logistiques en bon état et adaptés au terrain. C'est pourquoi les efforts doivent prendre en compte l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan de renouvellement à moyen et long terme de la logistique (véhicules, motos, etc) et de la chaîne du froid.

4.4. Dans le cadre de la lutte contre la maladie :

- En matière de PEV, saisir les opportunités nouvelles telles que l'Initiative Indépendance vaccinale, l'Alliance Global pour la Vaccination et l'Immunisation (GAVI), le programme d'action pour la maîtrise de la rougeole, l'élimination du Tétanos Néonatal ;
- Dans la lutte contre le Paludisme, l'initiative Roll Back Malaria ou faire reculer le Paludisme est à optimiser à travers, la promotion des moustiquaires et autres supports imprégnés, mais aussi et surtout la recherche-action;
- Dans le domaine de la lutte contre les IST-VIH-SIDA, le programme d'accès aux anti-retro-viraux (ARV) lancé par le Ministère de la santé et les récents accords avec les firmes pharmaceutiques pour la rétrocession au prix de revient des ARV en vue de rendre ces médicaments accessibles doivent être soutenus et étendus

4.5. La Santé de la reproduction :

- L'organisation de la référence-évacuation doit se développer dans tous les cercles afin de couvrir le maximum de besoins obstétricaux majeurs et réduire de façon considérable les taux de mortalité maternelle et infantile.

4.6. Le Renforcement du Schéma Directeur d'Approvisionnement en médicaments essentiels en DCI :

La réussite de la politique de santé ou son échec dépend de la facilité et de la capacité de renouvellement des stocks pour le réapprovisionnement régulier des magasins régionaux, des dépôts répartiteurs de cercle et des services de santé à tous les niveaux. Il s'agira de :

- Renforcer et consolider le schéma directeur d'approvisionnement en médicament y compris l'approvisionnement du secteur privé et la disponibilité des produits contraceptifs ;
- Promouvoir la production nationale de médicaments essentiels en DCI ;
- Renforcer le contrôle de qualité des médicaments.

4.7. L'élaboration et la mise en œuvre d'une politique nationale de prévention des catastrophes ;

Le plan sectoriel de prévention et de réponse aux épidémies du Ministère de la Santé mis en œuvre depuis 1999 devra être vite renforcé et étendu au fur et à mesure de l'extension de la couverture sanitaire. Par ailleurs pour une mise en compte globale des catastrophes, le plan sectoriel de la santé a été intégré au plan d'organisation des secours (plan ORSEC) élaboré en 2000 avec la participation de plusieurs départements ministériels impliqués dans la gestion des catastrophes avec comme point focal la Direction de la protection Civile. Ce plan devra être adopté par le Gouvernement pour sa mise en œuvre .

4.8. La sécurité sanitaire des produits alimentaires :

Dans le cadre de la sécurité sanitaire des produits alimentaires, l'accent sera mis sur les activités prioritaires suivants :

- renforcer la coordination des interventions avec les Ministères de l'industrie, du Commerce et des Transports et du Développement Rural ;
- élaborer et adopter les normes nationales de qualité des produits alimentaires ;
- renforcer les capacités d'intervention du Laboratoire National de la Santé (personnel, infrastructures et équipement, mise en place de l'assurance de qualité).

4.9. La santé environnementale :

Le développement des capacités en la matière permettra de mieux évaluer les impacts néfastes sur la santé de certains programmes d'investissements.

4.10. Dans le domaine du partenariat :

Les efforts porteront sur la réglementation des rapports avec les associations et les organisations non gouvernementales locales et étrangères en :

- diligentant l'élaboration et l'adoption du guide de partenariat avec les ONG (les relations entre celles-ci et les services techniques seront plus conviviales et productrices de bons résultats).
- donnant tout le support requis à "l'Initiative un Cercle, une ONG" dans le cadre de la lutte contre le SIDA, car elle peut servir de porte d'entrée au développement d'un partenariat plus dynamique dans d'autres domaines.
- poursuivant le processus de consultation engagé avec l'ensemble des partenaires financiers et techniques (PTF) du secteur.

4.11. Dans le domaine de la recherche :

- documenter les expériences en cours ;
- élaborer une politique en matière de recherche nationale essentielle en santé (RNES) et son plan d'action ;
- intensifier la recherche -action axée sur une meilleure maîtrise des déterminants de la santé.

4.12. Dans le domaine du développement institutionnel :

- renforcer le rôle des services nationaux dans la mise en œuvre du PRODESS et améliorer leur cadre de travail (regroupement des divisions, équipements adéquats, responsabilisation et motivation)
- renforcer les fonctions de planification et développer les capacités managériales du personnel à cet effet à tous les niveaux ;
- participer plus activement à la mise en œuvre de la décentralisation en clarifiant les rôles entre les services techniques de cercle, les communes et les ASACO.

ANNEXES

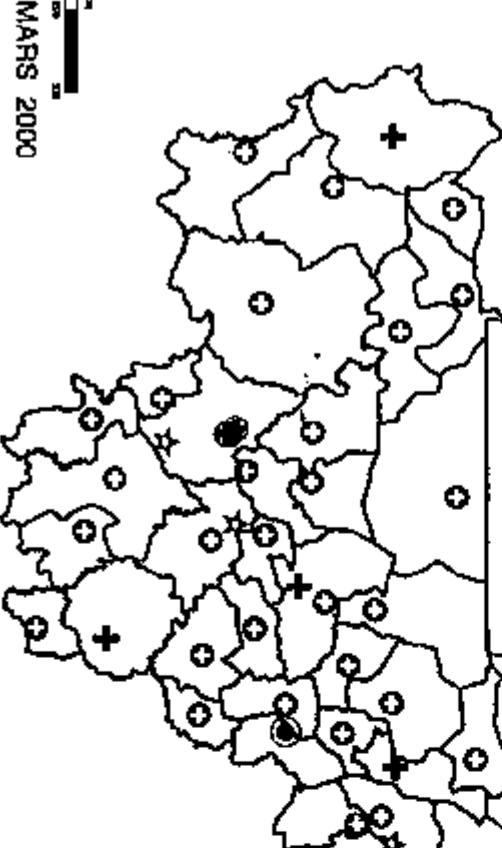
- **CARTE SANITAIRE DU MALI : ETABLISSEMENTS PUBLICS DE RÉFÉRENCE**
- **Carte sanitaire du Mali : région de Kayes – Centre de santé de premier niveau**
- **Carte sanitaire du Mali : région de Koulikoro – Centre de santé de premier niveau**
- **Carte sanitaire du Mali : région de Sikasso – Centre de santé de premier niveau**
- **Carte sanitaire du Mali : région de Ségou – Centre de santé de premier niveau**
- **Carte sanitaire du Mali : région de Mopti – Centre de santé de premier niveau**
- **Carte sanitaire du Mali : région de Tombouctou – Centre de santé de premier niveau**
- **Carte sanitaire du Mali : région de Gao – Centre de santé de premier niveau**
- **Carte sanitaire du Mali : région de Kidal – Centre de santé de premier niveau**
- **LISTE NOMINATIVE DES AIRES FONCTIONNELLES PAR CERCLE**

CELLULE DE PLANIFICATION & DE STATISTIQUE

CARTE SANITAIRE DU MALI

ESTABLISSEMENTS PUBLICS DE REFERENCES

100 km
50 km



LEGENDE

- ⊕ Hospital National
- ✚ Hospital Régional
- CS Cercle (avec bloc opératoire)
- ◎ CS Cercle (sans bloc opératoire)
- ★ Autres avec bloc opératoire

CARTE SANITAIRE

REGION DE KOULIKORO

Centre de Santé premier niveau

MARITIME

NICORO

NARA

NONO

DIOILA

KOUKANI

BANANBA

SIEGOU

KITA

KATI

KOULIKORO

BARRAKELIX

BLA

KONTIAKA

GUINEE

BOUTOUR

SIKASSO

STATUT CENTRE DE SANTE

⊕ CSCOM

○ CSA

★ CS associatif

☆ CS confessionnel

◎ CS médecin privé

□ GS 1^{er} niveau prévision

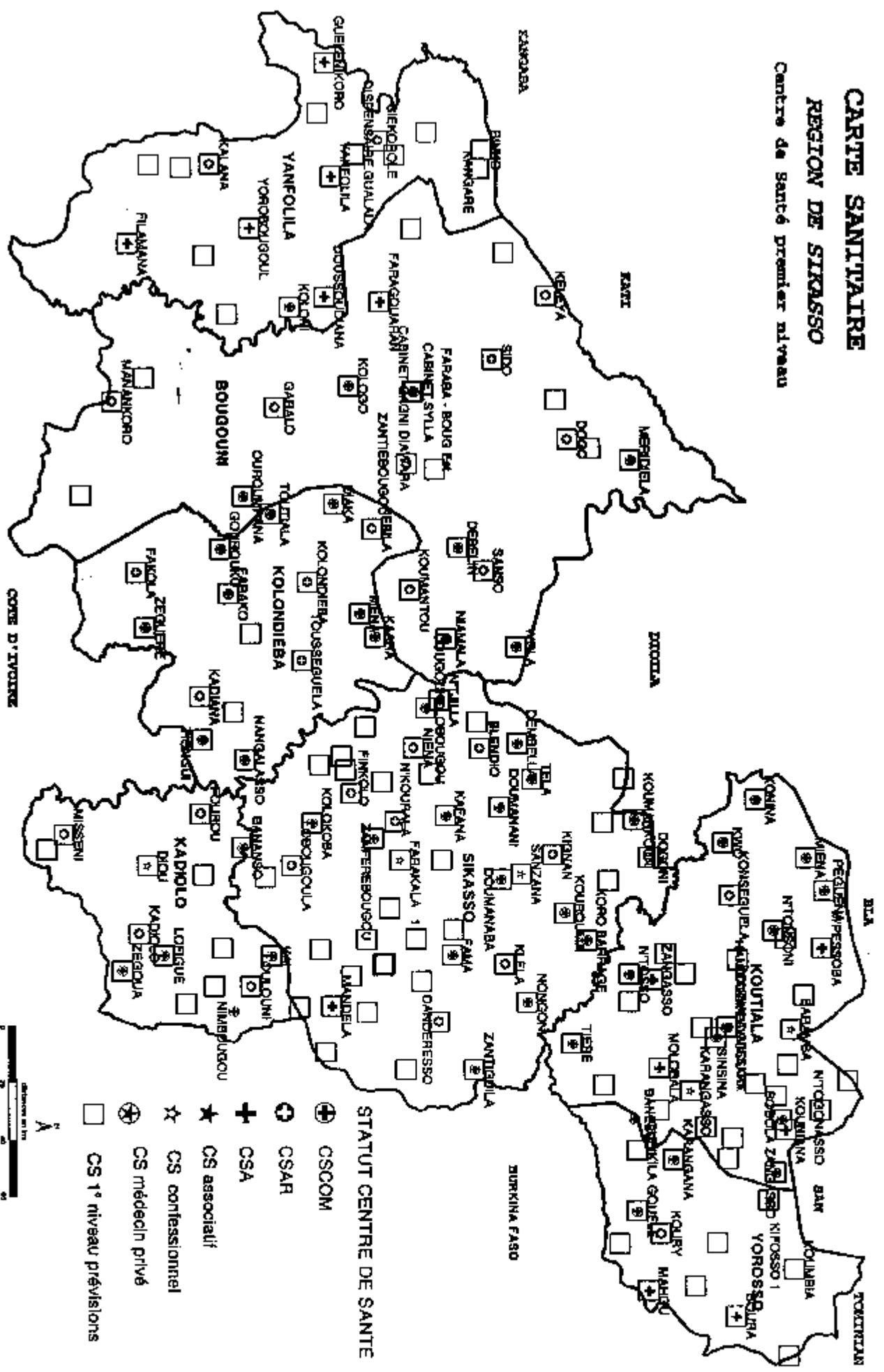
N

50 CPS - MS 100 150
distances en km.

CARTE SANITAIRE

REGION DE SIKASSO

Centre de Santé premier niveau



CARTE SANITAIRE

REGIÓN DE SEGOU

Centre de Santé premier niveau

卷之三

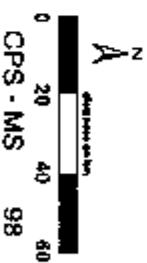
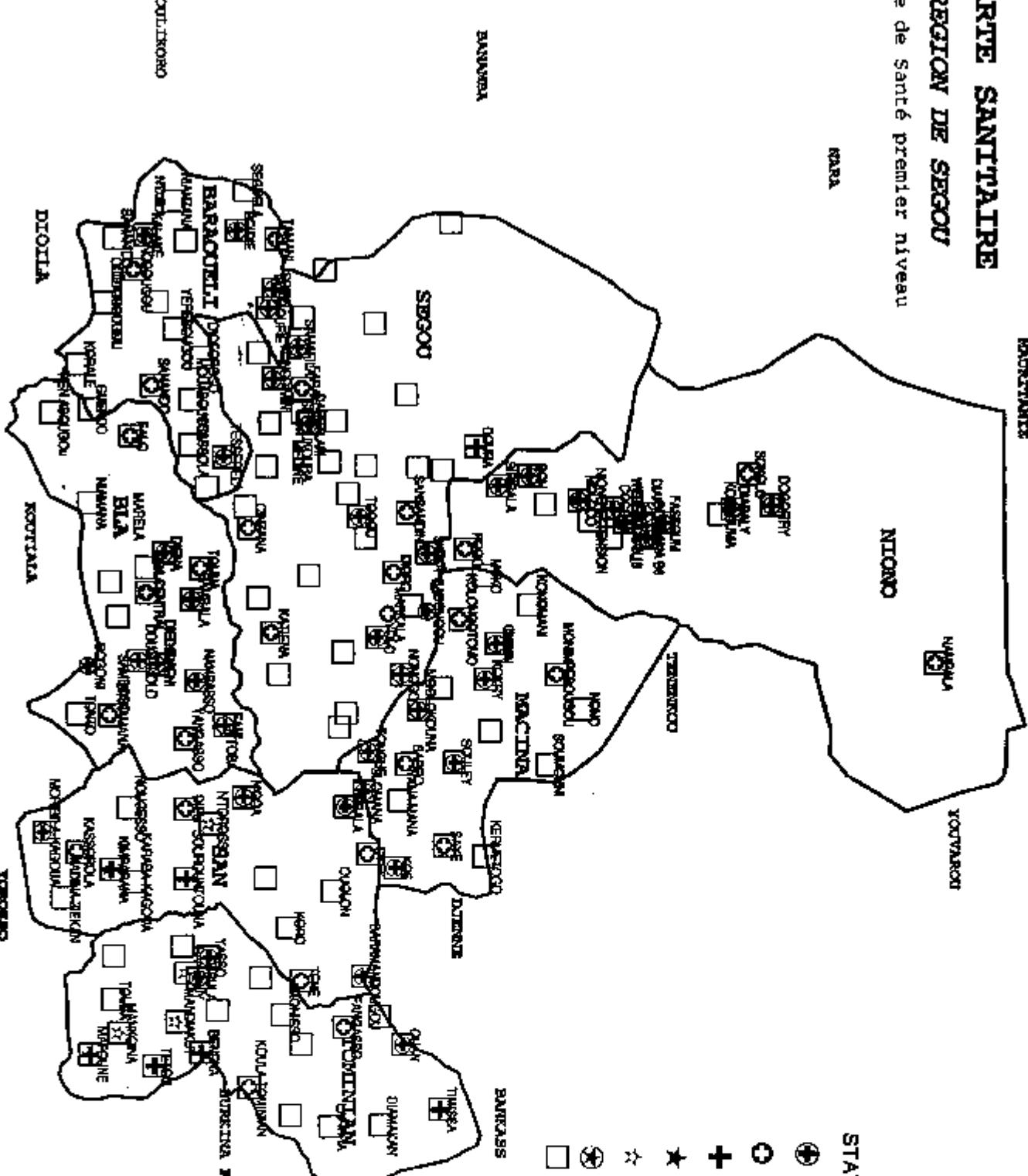
MARCH

三

XIV

四

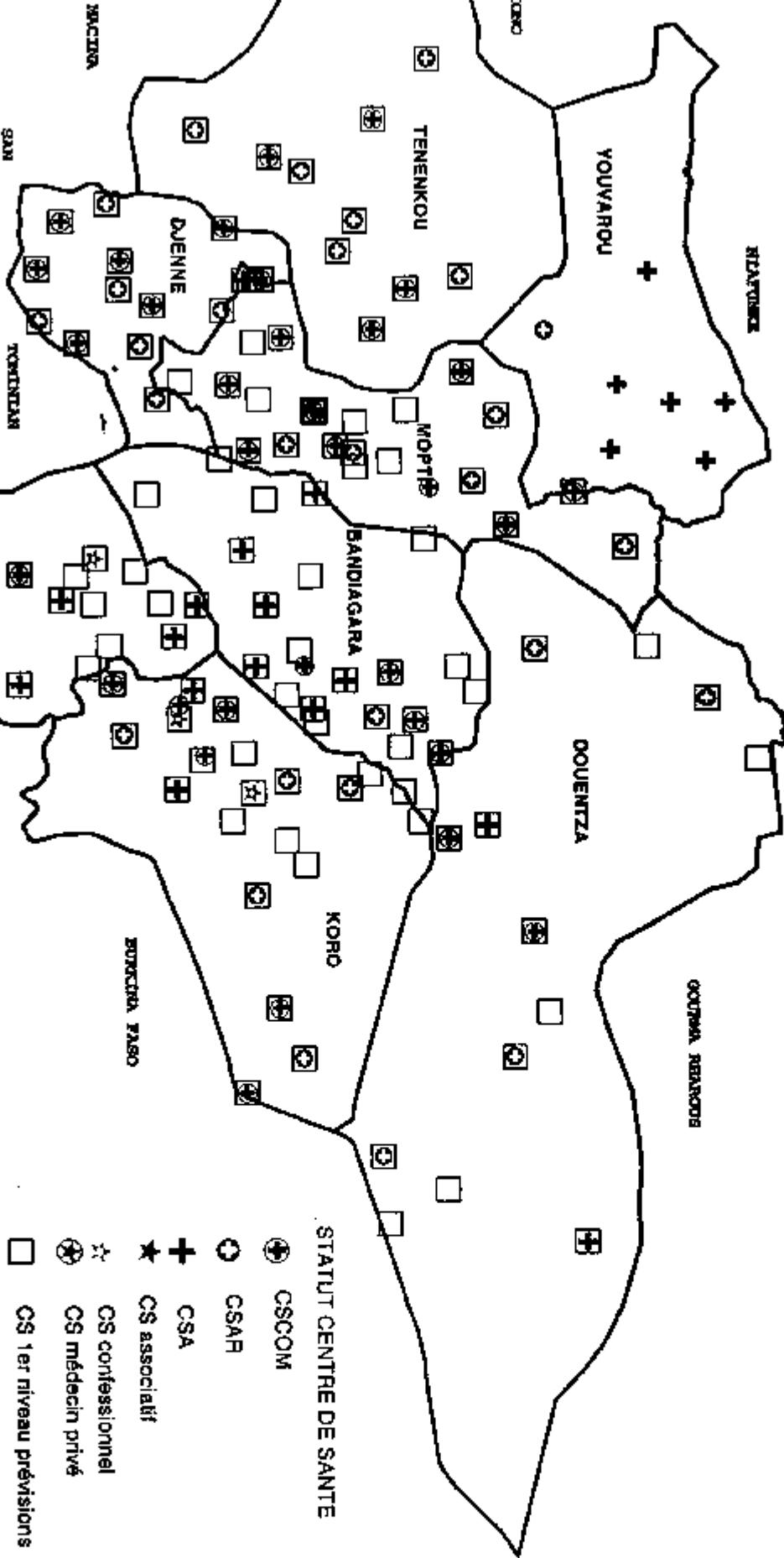
- CS COM
 - CSAR
 - CSA
 - CS associatif
 - CS confessionnel
 - CS Médecin privé
 - CS 1er niveau prévision



CARTE SANITAIRES

REGION DE MOPTI

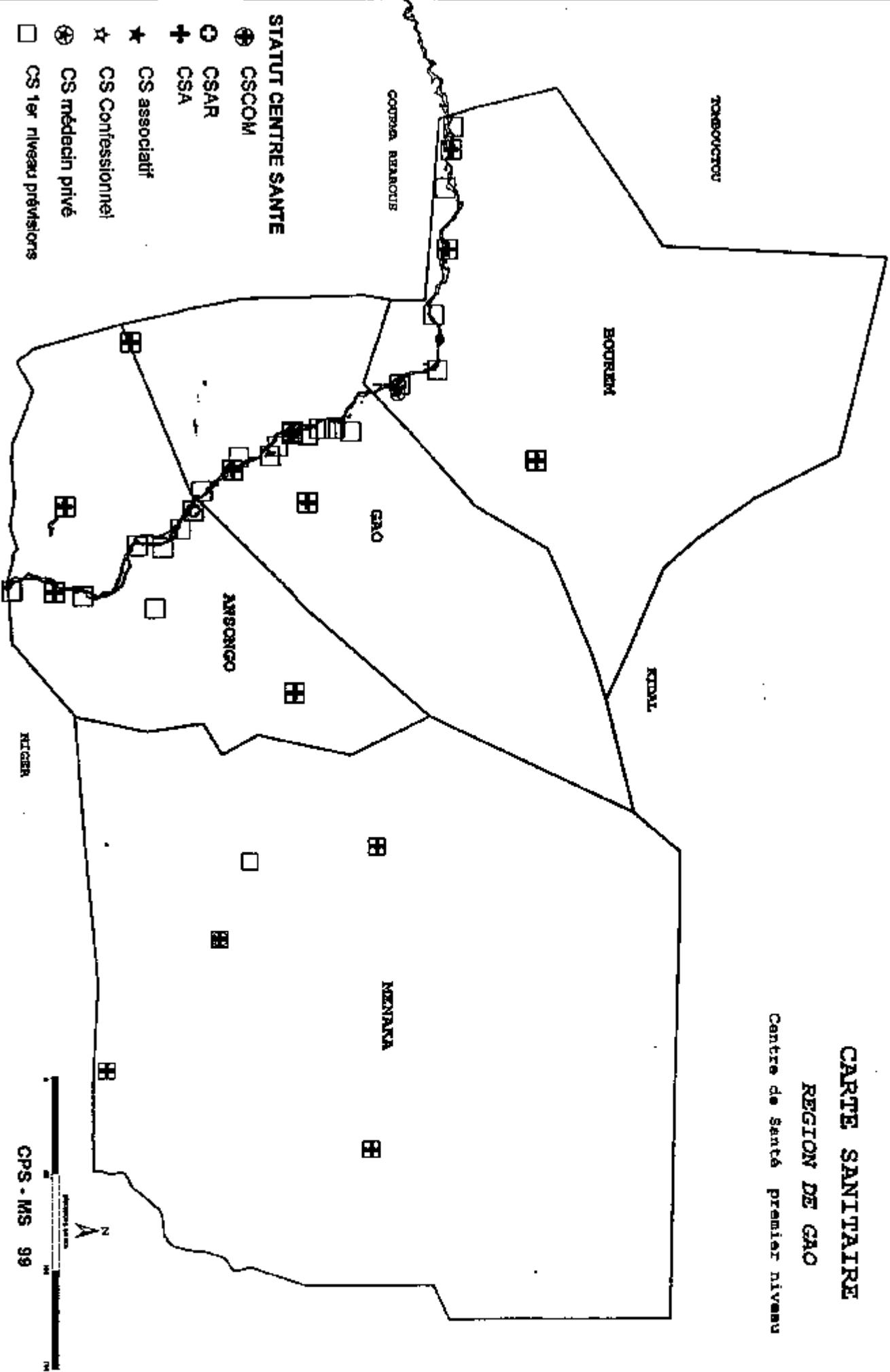
Centre de Santé premier niveau



CARTE SANITAIRE

REGION DE GAO

Centre de Santé premier niveau



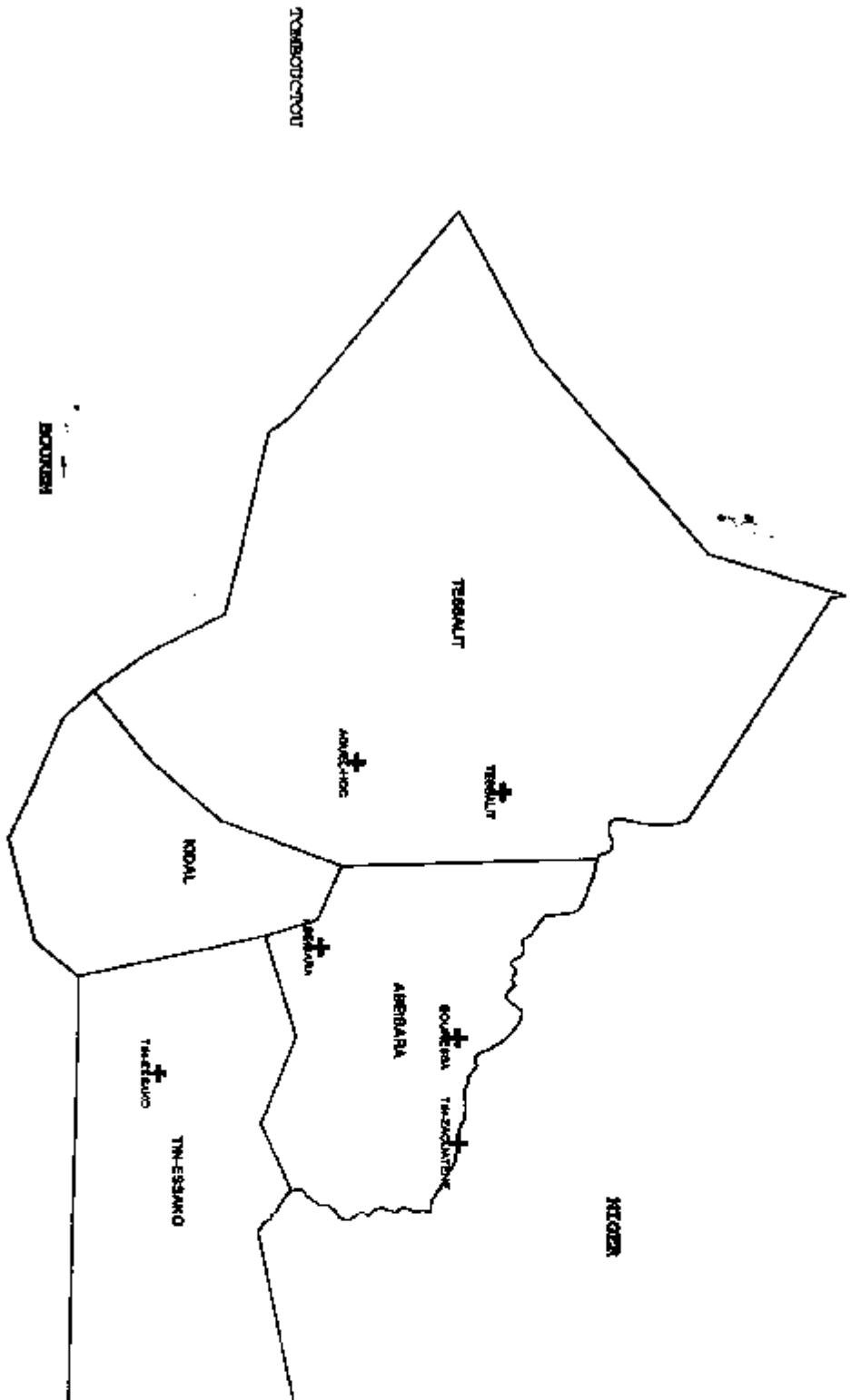
CARTE SANITaire

Digitized by Google

Premier niveau (Situation actuelle)

卷之三

- | | Niger | + | CIA | * | CSA | CS confessional | CS middle-class |
|---|--------------|----------|------------|----------|------------|------------------------|------------------------|
| ④ | | | | | | | |



3

三

LISTE NOMINATIVE DES AIRES FONCTIONNELLES PAR CERCLE
(situation au 16 juillet 2001)

CERCLE	AIRE	STATUT	Date d'ouverture	Pop.	Pop.	Pop.
				à 5 km	à 15 km	Total
BAFOULABE	WASSALA	CSCOM	19-déc-96	1520	3241	5396
	SELINKEGNY	CSCOM	24-déc-96	2861	10226	10871
	MODINKANOU	CSCOM	22-mars-01	1695	1830	4737
	SIBINDI	CSCOM	04-mars-99	5381	5483	5483
	MADALAYA	CSCOM	17-déc-98	2695	5828	5828
	BAMAFELE	CSA_R	15-mai-98	2342	12815	13874
	TIGANA	CSCOM	15-févr-95	1724	11453	11453
	KEMBE	CSCOM	29-mars-01	3734	8238	11208
	OUSSOUBIDIAGNA	CSA_R	28-déc-96	3342	11817	11817
	GOUNFAN	CSCOM	28-déc-98	2402	4141	6412
	DIAKON	CSA_R	18-févr-97	2012	78473	78473
<i>Sous/Total CSCOM</i>				8		
<i>Sous/Total CSAR</i>				3		
<i>Sous/Total Cercle</i>				11		
DIEMA	DJOUMARA	CSA_R	15-févr-00	1576	7081	11784
	GROUMERA	CSCOM	01-janv-01	3743	6184	6547
	MADIGA SAKO	CSCOM	15-juil-94	4511	6771	9607
	DEBO MASSASSI	CSCOM	15-avr-01	2192	3502	4842
	BEMA	CSA_R	18-mai-98	6574	11346	11346
	DIANGUIRDE	CSCOM	03-mars-99	1768	4500	5812
<i>Sous/Total CSCOM</i>				4		
<i>Sous/Total CSAR</i>				2		
<i>Sous/Total Cercle</i>				6		
KAYES	DIAMOU	CSA_R	15-oct-97	2346	4267	9762
	LONTOU	CSA_R	15-oct-97	3225	2534	5758
	GORI - GOPELA	CSCOM	24-févr-97	1903	2604	4507
	LANY TOUNKA	CSCOM	15-févr-98	3695	6215	9289
	SOMANKIDI	CSCOM	15-nov-98	3702	7114	7114
	KOUSSANE	CSA_R	06-nov-00	4089	7437	14477
	KONIAKARY	CSCOM	10-déc-00	9533	9533	9533
	TICHY AMBIDEDI	CSCOM	06-juin-99	3550	7175	7175
	KAYES - NDI	CSCOM	16-nov-96	10327	13114	13114
	DIBOLI	CSCOM	23-sept-00	1094	5588	6409

CERCLE	AIRE	STATUT	Date	Pop.	Pop.	Pop.	
				d'OUverture	à 5 km	à 15 km	Total
KAYES	SELIFELY	CSCOM	01-avr-00		4561	6696	6696
	GOUMERA	CSCOM	04-avr-99		3359	3359	3359
	AMBIDEDI-KORE	CSCOM	23-janv-99		3147	6818	6818
	AOUROU	CSA_R	15-déo-97		2486	3852	6338
	SAME-KAYES	CSA_R	14-oct-96		3615	1404	5197
	BAFARARA	CSCOM	15-avr-98		6338	6338	6338
	MARENA - GADIAGA	CSCOM	24-fevr-97		805	2391	4796
	SEGALA	CSA_R	16-nov-96		6958	8726	8726
	TICHY-LEYA	CSCOM	02-juin-99		2750	2750	2750
	SERENATY	CSCOM	04-avr-99		3240	5150	5150
	SERO/DIADIOUMBERA	CSA_R	03-oct-00		6736	12194	14971
	BOUNTINGUISSE	CSCOM	17-nov-98		7235	7235	7235
<i>Sous/Total CSCOM</i>	SADIOLA	CSA_R	06-nov-00		4142	5575	7444
	KAYES - KHASSO	CSCOM	05-nov-95		12242	13067	13067
	DRAMANE	CSCOM	15-déo-94		5930	6368	6368
<i>Sous/Total CSAR</i>				17			
<i>Sous/Total Cercle</i>				8			
<i>Sous/Total CSCOM</i>				25			
KENIEBA	GUINDINSSOU	CSCOM	01-janv-01		4446	8725	8218
	DIALAFARA-KEGNIEBA	CSA_R	08-déo-96		1624	3114	6386
	DABIA	CSCOM	15-mai-96		5691	7736	11006
	SAGALO	CSCOM	15-juin-95		1232	6420	8450
	SITAKILI	CSCOM	01-janv-01		3142	6240	8566
<i>Sous/Total CSAR</i>				4			
<i>Sous/Total Cercle</i>				1			
<i>Sous/Total CSCOM</i>				5			
KITA	KASSARO	CSCOM	15-janv-99		3766	6653	10586
	MARENA	CSCOM	25-avr-01		5693	5693	5693
	GUENOUKORO	CSCOM	12-avr-01		3129	5347	5347
	SEFETO	CSA_R	15-janv-99		3230	11926	11926
	SEBEKORO-KITA	CSA_R	01-janv-99		4704	5323	7349
	SANDIAMBOUGOU	CSCOM	15-juil-94		4986	12697	12697
	MAKANDIAMBOUGOU	CSCOM	01-janv-00		10730	0	10730
	BENDOUGOUBA	CSCOM	15-juil-00		9804	9804	9804
	DIOUNKOUNTE	CSCOM	15-janv-99				5616

CERCLE	AIRE	STATUT	Date	Pop.	Pop.	Pop.	
				d'Ouverture	à 5 km	à 15 km	Total
KITA	FLADOUGOU MARENA	CSCOM	15-mai-01		2947	5596	5596
	DJIDIAN	CSA_R	12-mars-95		1836	8579	8579
	GUEMOUKOURA	CSCOM	15-juin-01		2755	5495	5495
<i>Sous/Total CSCOM</i>				9			
<i>Sous/Total CSAR</i>				3			
<i>Sous/Total Cercle</i>				12			
NIORO	SANDARE	CSA_R	22-août-95		8376	10292	21791
	YOURI	CSCOM	26-avr-01		4954	6544	6544
	DIANVELY COUNDA	CSCOM	13-mars-01		8059	8059	8059
	DIAYE KOURA	CSCOM	24-janv-95		7182	7182	9210
	KORERA KORE	CSA_R	03-mars-98		2022	14304	15304
	TROUGOUUMBE	CSA_R	05-mai-98		9640	21785	25731
	AWOINI	CSCOM	15-déc-97		4107	6532	6532
	TOUROUROU	CSCOM	15-mai-97		2774	6532	6532
	TICHTIT	CSCOM	22-mars-01		11614	11736	11736
	GUETEMA	CSCOM	15-nov-93		12783	17824	17824
	TINTIBA	CSCOM	07-juil-99		6623	7912	7912
<i>Sous/Total CSCOM</i>				8			
<i>Sous/Total CSAR</i>				3			
<i>Sous/Total Cercle</i>				11			
YELIMANE	KERSIGNANE K.	CSCOM	15-nov-95		9515	11168	11168
	BANDIOUGOULA	CSCOM	10-juin-96		9040	9998	9998
	TAMBACARA	CSA_R	06-juin-97		10506	13486	13486
	FANGA	CSCOM	15-nov-93		6883	9912	10274
	KERSIGNANE D.	CSCOM	07-janv-97		5234	8234	8234
	DIONGAGA	CSCOM	29-nov-95		7015	8229	8229
	KIRANE	CSA_R	15-janv-97		12930	14749	17086
<i>Sous/Total CSCOM</i>				5			
<i>Sous/Total CSAR</i>				2			
<i>Sous/Total Cercle</i>				7			
BANAMBA	BANAMBA CENTRAL	CSA_R	04-mai-99		10554	23575	23575
	BORON	CSA_R	15-févr-96		4771	18771	18771
	TOUBA-BANAMBA	CSA_R	15-mars-01		7144	8288	15432
	MADINA SACKO	CSA_R	15-déc-94		4109	19882	19882
	KERWANE	CSCOM	15-févr-95		3499	10124	10124

CERCLE	AIRE	STATUT	Date	Pop.	Pop.	Pop.
			d'Ouverture	à 5 km	à 15 km	Total
BANAMBA	TOUBACORO	CSCOM	15-mars-99	2943	10737	10737
	TOUCOROBA	CSA_R	15-févr-97	1945	5417	5417
	KIBAN	CSCOM	15-avr-98	9433	9433	9433
<i>Sous/Total CSCOM</i>			3			
<i>Sous/Total CSAR</i>			5			
<i>Sous/Total Cercle</i>			8			
DIOILA	BOLE	CSCOM	15-mai-01	2904	5817	8728
	NGARA (DIOILA)	CSCOM	25-juin-99	3103	6487	7240
	SERIBILA	CSCOM	05-juin-01	3146	6292	9438
	BANCO	CSA_R	15-juil-97	2773	12219	24555
	MASSIGUI	CSA_R	15-juil-96	7315	21718	21718
	NIANTJILA	CSCOM	15-juin-98	3787	13116	13884
	KOLA-BAMANA	CSCOM	15-mai-95	3684	8202	8202
	WACORO	CSCOM	15-mars-97	6700	9379	9379
<i>Sous/Total CSCOM</i>			7			
<i>Sous/Total CSAR</i>			2			
<i>Sous/Total Cercle</i>			9			
FANA	BELEKO SOBA	CSA_R	15-mai-97	5760	16160	16160
	DJELE	CSCOM	01-janv-99	2894	6843	6843
	SEYLA	CSCOM	01-janv-99	6447	6447	6447
	DIEBE	CSCOM	01-janv-99	5683	5683	5683
	MENA-DIOILA	CSA_R	15-sept-96	2523	10030	10030
	DANDOUGOU	CSCOM	15-juil-98	2978	9678	9678
	FALAKO	CSCOM	15-mai-01	7585	10112	15169
	DJOUMAZANA	CSCOM	15-mars-97	7585	10293	10293
<i>Sous/Total CSCOM</i>			7			
<i>Sous/Total CSAR</i>			2			
<i>Sous/Total Cercle</i>			9			
KANGABA	NARENA (KANGABA)	CSA_R	15-nov-95	3994	7910	7910
	KARAN	CSCOM	15-mai-97	4043	6861	6861
	TOMBOLA	CSCOM	15-déc-97	6426	7626	8203
	KENIEGUE	CSCOM	30-juin-95	4998	9452	9452
	KENTEBA	CSCOM	15-juin-97	4185	5851	8290

CERCLE	AIRE	STATUT	Date d'Ouverture	Pop.	Pop.	Pop.
				à 5 km	à 15 km	Total
KANGABA	FIGUIRA-TOMO	CSCOM	15-oct-99	4382	6924	8801
<i>Sous/Total CSCOM</i>				5		
<i>Sous/Total CSAR</i>				1		
<i>Sous/Total Cercle</i>				6		
KATI	NEGUELA	CSA_R	18-juin-01	4465	4662	9226
	BAGUINEDA	CSA_R	28-févr-96	10729	15453	20468
	NANA-KENIEBA	CSCOM	01-févr-99	1339	2751	4424
	SANANKOROBA	CSA_R	22-févr-99	4861	13645	18313
	DIALAKORODJI	CSCOM	19-févr-01	18313	18313	18313
	BANKOUMANA	CSCOM	20-avr-98	1003	17091	18960
	MORIBABOUGOU	CSCOM	17-févr-95	12404	17022	17022
	KALABANCORO	CSA_R	23-avr-94	16366	21155	23883
	SIBY	CSA_R	10-mars-96	8693	14559	14559
	SONINKEGNI	CSCOM	23-mars-98	5018	10612	10842
<i>Sous/Total CSCOM</i>				5		
<i>Sous/Total CSAR</i>				5		
<i>Sous/Total Cercle</i>				10		
KOLOKANI	NONKON	CSCOM	08-mai-01	3039	9295	14865
	KOLOKANI CENTRAL	CSA_R	22-mars-99	11310	21446	21446
	WOLODO	CSCOM	12-févr-98	4060	10632	10632
	TOUSSANA	CSCOM	17-févr-98	1641	5114	5114
	SEGUE - KOLOKANI	CSCOM	27-juin-97	6520	6520	6520
	NOSSOMBOUGOU	CSA_R	08-mars-95	6543	15017	15017
	SABOUGOU	CSCOM	15-mai-95	1971	9787	9787
	MASSANTOLA	CSA_R	29-janv-96	2150	6706	6706
	SEBEKORO-KOLOKANI	CSA_R	22-févr-98	604	11086	11086
	DIDIENI	CSA_R	08-avr-96	3422	17475	17475
<i>Sous/Total CSCOM</i>				5		
<i>Sous/Total CSAR</i>				5		
<i>Sous/Total Cercle</i>				10		
KOULIKORO	NYAMINA	CSA_R	12-juin-95	7532	14988	18377
	KENENKOU	CSA_R	11-mars-97	3475	10317	11528
	KOLEBOUGOU	CSCOM	10-nov-94	7565	11377	12001
	KOULIKORO CENTRAL	CSA_R	11-mars-97	10146	14658	16059
	CHOLA	CSCOM	20-mai-96	2220	5876	5876

CERCLE	AIRE	STATUT	Date	Pop.			
				d'Ouverture	à 5 km	à 15 km	Total
BOUGOUNI	DEBELEN	CSCOM	15-jany-97		1056	4907	7542
	ZANTIEBOUGOU	CSA_R	15-nov-96		1383	6063	10373
	KOLOGO	CSCOM	01-févr-99		11641	11641	11641
	WOLA	CSCOM	01-nov-97		2147	4767	6561
	FARAGOUARAN	CSA_R	15-sept-95		1922	5421	8084
	TORAKORO	CSCOM	01-oct-99		2159	6557	8111
	BOUGOUNI Est	CSCOM	15-juin-96				19798
	KOUMANTOU	CSA_R	15-août-95		4428	7062	16754
	BOUGOUNI-SUD	CSCOM	01-déc-99		0	0	11373
	BOUGOUNI-OUEST	CSCOM	01-juin-98		0	0	13598
	OUROUPANA	CSCOM	01-sept-97		1578	6568	8128
<i>Sous/Total CSCOM</i>				10			
<i>Sous/Total CSAR</i>				9			
<i>Sous/Total Cercle</i>				19			
KADIOLO	BANANSO	CSCOM	15-sept-96		2237	3771	3771
	ZEGOUA	CSCOM	15-mai-96		1074	3500	3500
	KAI	CSCOM	15-sept-95		5333	10927	10927
	KADIOLO CENTRAL	CSA_R	15-mars-96		3820	17077	19144
	KATIEBLE	CSCOM	05-mai-01		2110	3290	3290
	WATIALY	CSCOM	15-oct-98		1816	3342	3342
	NIMBOUGOU	CSCOM	15-juil-98		3042	5140	6290
	LOULOUNI	CSA_R	15-déc-95		4000	9801	9801
	DYOU	CSCOM	15-avr-96		2838	9255	9255
	DIOMATENE	CSCOM	01-juil-98		5399	5399	5399
	MISSENI	CSA_R	15-nov-96		3289	5033	7109
	FOUROU	CSA_R	15-nov-96		3304	6312	6622
	LOFIGUE	CSCOM	15-juin-97		4238	5306	5306
<i>Sous/Total CSCOM</i>				9			
<i>Sous/Total CSAR</i>				4			
<i>Sous/Total Cercle</i>				13			
KOLONDIEBA	KADIANA	CSA_R	15-août-95		4420	14957	15603
	DIAKA	CSCOM	15-août-95		2499	6458	6661
	MENA-KOLONDIEBA	CSCOM	15-août-95		1136	5259	5259
	KOLONDIEBA CENTRAL	CSA_R	15-sept-95		7873	17093	18887
	FAKOLA	CSA_R	12-déc-96		2525	9434	11150

CERCLE	AIRE	STATUT	Date	Pop.	Pop.	Pop.	
				d'Ouverture	à 5 km	à 15 km	Total
SIKASSO	DOUGOUKOLOBOUGOUCSCOM	CSCOM	15-mars-99		3854	3854	3854
	DOUMANANI	CSCOM	01-juil-98		7316	7316	7316
	KLELA	CSA_R	15-mars-95		4533	12317	13269
	ZANFEREBOUGOU	CSCOM	10-sept-97		4461	4461	4461
	DOUMANABA	CSCOM	17-juin-96		3445	7644	8469
	KORO-BARRAGE	CSCOM	45-févr-95		7380	14012	14012
	BLENDIO	CSA_R	15-juin-96		2690	6194	6194
	NTJILLA	CSCOM	17-juin-96		1320	4834	4834
	KOUMANKOUN	CSCOM	15-oct-94		3622	7273	8438
	FAMA	CSCOM	17-juin-96		17076	21494	22118
	NONGON	CSCOM	01-juin-94		9024	9024	9024
	DOGONI	CSA_R	01-juin-97		9207	9207	9207
	NKOURALA	CSA_R	15-juin-96		2484	5298	5298
	GONGASSO	CSCOM	01-déc-99		6000	6000	6000
	ZANTIGUILA	CSCOM	01-juin-97		6768	6768	6768
	KAFANA	CSCOM	17-juin-96		4094	11738	11738
	MINIKO	CSCOM	03-mai-99		6379	6379	6379
	KAFOUZIELA	CSCOM	01-déc-99		3892	3892	3892
	HAMDALLAYE	CSCOM	05-févr-01		6000	7500	7500
	KOUGOBA	CSCOM	15-avr-01		2946	6557	6557
	NIENA	CSA_R	15-mars-95		4844	12317	13152
	DEMBELLA	CSCOM	15-mars-95		1615	9886	9886
	KIGNAN	CSA_R	15-juin-96		5800	14881	15218
	WAYERMA	CSCOM	05-févr-01		9000	14000	14000
	ZANIENA	CSCOM	15-juil-99		5017	5017	5017
	GLADIE	CSCOM	01-juin-99		0	0	0
	TELLA	CSCOM	01-juil-98		5600	5600	5600
	FINKOLO A/C	CSCOM	19-févr-01		3308	8981	8981
	LOBOUGOULA	CSA_R	03-juin-97		16458	16458	16458
	DANDERESSO	CSA_R	15-mars-95		2310	7371	7770
	KABARASSO	CSCOM	06-sept-99		6401	6401	6401

Sous/Total CSCOM

24

Sous/Total CSAR

8

Sous/Total Cercle

32

YANFOLILA

KOLONI

CSCOM

15-déc-96

2623

6063

6063

CERCLE	AIRE	STATUT	Date	Pop.			
				d'Ouverture	à 5 km	à 15 km	Total
MACINA	MONIMPEBOUGOU	CSA_R	15-mars-95		6804	17124	17124
<i>Sous/Total CSCOM</i>				8			
<i>Sous/Total CSAR</i>				4			
<i>Sous/Total Cercle</i>				12			
NIONO	FASSOUM	CSCOM	16-janv-96		3618	4334	4334
	NIONO - EXTENSION	CSCOM	02-janv-01		5829	7587	7587
	NIONO VILLE	CSA_R	18-oct-00		42309	50653	52653
	POGO	CSA_R	02-mai-97		2233	6659	9402
	NAMPALA	CSA_R	10-mai-97		2414	7155	7155
	DOGOFRY	CSCOM	30-mai-94		6356	15567	18416
	SERIBALA	CSCOM	24-mars-94		8522	11677	16154
	WEREKELA N8	CSCOM	26-févr-97		7024	7217	11130
	NDEBOUGOU	CSCOM	15-juin-94		12197	14218	17733
	KOUROUUMA	CSCOM	10-mai-97		3421	6425	7356
	COCODY	CSCOM	14-juin-94		3841	5663	6460
	BOLIBANA B6	CSCOM	25-mai-93		5679	16305	18571
	MOLODO	CSCOM	08-mars-94		9317	15585	17960
	DIAKI-WERE	CSCOM	23-janv-96		3438	8382	10365
	BOH	CSCOM	15-mars-98		2099	4541	5022
	DIABALY	CSCOM	15-avr-94		12180	16452	19548
	SOKOLO	CSA_R	22-avr-94		6426	15083	15986
<i>Sous/Total CSCOM</i>				13			
<i>Sous/Total CSAR</i>				4			
<i>Sous/Total Cercle</i>				17			
SAN	SY	CSA_R	20-févr-98		0	0	8347
	DIELI	CSA_R	23-avr-96		4571	12460	18965
	NGOA	CSCOM	23-juin-97		3021	9536	9536
	KASSOROLA	CSA_R	16-avr-96		2746	9821	10156
	WOLON	CSCOM	05-juin-00		4234	6958	9839
	TENE	CSA_R	10-déc-96		4320	13604	15697
	KARABA	CSCOM	05-déc-98		12898	12898	12898
	KIMPARANA	CSA_R	15-juil-99		5691	9739	13397
	NTOROSSEN	CSCOM	15-oct-98		5259	10724	11667
	DJEBALA	CSCOM	18-mai-96		2337	7770	8440
	KORO-SAN	CSCOM	20-nov-99		9809	12000	12000

CERCLE	AIRE	STATUT	Date	Pop.	Pop.	Pop.	
				d'Ouverture	à 5 km	à 15 km	Total
SAN	NIAMANA - SAN	CSCOM	15-mars-01		3933	8058	8058
	BARAMANDOUGOU	CSCOM	14-févr-97		5895	7663	8576
	MORIBILA KAGOUA	CSCOM	15-oct-98		3478	9903	9903
	SOUROUNTOUNA	CSA_R	05-févr-98		3458	12811	14580
<i>Sous/Total CSCOM</i>				9			
<i>Sous/Total CSAR</i>				6			
<i>Sous/Total Cercle</i>				15			
SEGOU	BABOUGOU	CSCOM	15-avr-96		5728	6474	6474
	FARAKO-SEGOU	CSA_R	15-sept-96		5380	10424	10424
	MEDINE-SEGOU	CSCOM	15-avr-96		16596	16596	16596
	KATIENA	CSA_R	15-oct-95		4730	13611	13611
	DARSALAM	CSCOM	15-déc-99		18356	18356	18356
	DIORO	CSA_R	15-mars-95		3210	11525	11789
	DOURA	CSA_R	15-juin-96		4108	15344	21968
	SANSANDING	CSA_R	15-juin-96		13740	14064	14064
	CINZANA	CSA_R	15-mars-95		6119	8015	8015
	TOGOU	CSCOM	15-janv-95		4955	4955	4955
<i>Sous/Total CSCOM</i>				7			
<i>Sous/Total CSAR</i>				6			
<i>Sous/Total Cercle</i>				13			
TOMINIAN	YASSO	CSCOM	10-janv-95		3006	7175	7175
	LANFIARA	CSCOM	14-mars-00		2514	6159	10878
	FANGASSO	CSA_R	15-avr-95		3067	13958	13958
	OUAN	CSCOM	15-sept-99		3205	5267	5267
	BENENA	CSCOM	09-sept-00		4475	8807	9009
	MANKOINA	CSCOM	15-oct-98		2191	3820	3961
	MANDIAKUY	CSA_R	15-oct-95		4450	7306	7306
	TOGO	CSCOM	15-oct-99		2034	2034	2034
	KOULA-TOMINIAN	CSA_R	15-oct-95		1616	6691	6691
	TURULA	CSCOM	16-juin-97		3928	3928	3928

CERCLE	AIRE	STATUT	Date d'ouverture	Pop. à 5 km	Pop. à 15 km	Pop. Totale
<i>Sous/Total CSCOM</i>			7			
<i>Sous/Total CSAR</i>			3			
<i>Sous/Total Cercle</i>			10			
BANDIAGARA	OUO	CSA_R	01-oct-99	2575	7748	9577
	DE	CSCOM	10-mai-98	5850	9822	9973
	DOUROU	CSA_R	01-juin-98	8290	15187	16747
	NANDO	CSCOM	01-août-00	2008	8095	10223
	IRELY	CSCOM	01-août-00	6036	9242	9242
	BORKO	CSCOM	15-mai-98	4455	4770	4770
	MORY (DAMADA)	CSCOM	05-mai-98	5247	6351	10874
	NINGARI	CSA_R	10-sept-96	9709	12471	12503
	BANDIAGARA CENTRAL		CSA_R	15-juil-98	15494	25343
	40733					
	KANI-GOGOUNA	CSA_R	01-janv-99	4190	15877	17481
	SANGHA	CSA_R	15-déc-99	6909	9481	10141
	KENDIE	CSA_R	15-sept-96	2660	13157	16279
<i>Sous/Total CSCOM</i>			5			
<i>Sous/Total CSAR</i>			7			
<i>Sous/Total Cercle</i>			12			
BANKASS	BAYE	CSA_R	01-janv-98	1919	3429	7067
	BANKASS CENTRAL	CSA_R	01-avr-01	10307	24025	26761
	DIALLASSAGOU	CSA_R	01-janv-98	5282	15315	17801
	SOKOURA - BANKASS	CSA_R	01-janv-98	11321	17322	19454
	OUENKORO	CSA_R	01-janv-98	6071	13625	14664
	DOUNDE	CSA_R	01-avr-01	2452	9735	10765
	TORI	CSCOM	15-mai-96	6323	14407	14407
	KANI-BONZON	CSA_R	01-janv-98	2753	7486	7486
<i>Sous/Total CSCOM</i>			1			
<i>Sous/Total CSAR</i>			7			
<i>Sous/Total Cercle</i>			8			
DJENNE	DJENNE CENTRAL	CSA_R	18-oct-94	21661	32835	32835
	GAGNA	CSCOM	25-déc-94	5487	8013	9533
	KEKÈ	CSCOM	15-oct-97	3004	4152	4152
	MOURRAH	CSCOM	15-mars-96	3188	6483	6483
	MOUGNA	CSA_R	02-nov-94	2575	10683	14052
	SOFARA	CSA_R	20-oct-94	9798	16027	25009

CERCLE	AIRE	STATUT	Date	Pop.	Pop.	Pop.	
				d'Ouverture	à 5 km	à 15 km	Total
DJENNE	GOMITOGO	CSCOM	15-nov-97		4797	4999	4999
	TAGA	CSA_R	07-nov-94		4468	9082	10399
	MADIAMA	CSCOM	19-juin-95		4225	7200	7200
	KOUIMA	CSCOM	09-juil-95		7033	9975	10271
	KOA	CSCOM	15-oct-97		2464	3519	3519
	KOUAKOUROU	CSA_R	28-oct-94		4565	9035	9480
	KONIO	CSA_R	20-oct-94		2018	6906	10701
<i>Sous/Total CSCOM</i>				7			
<i>Sous/Total CSAR</i>				6			
<i>Sous/Total Cercle</i>				13			
DOUENTZA	DALA	CSCOM	15-oct-96		2887	8323	8323
	BORE	CSA_R	15-oct-96		3777	6544	18011
	DIANWELI-MAOUDE	CSCOM	15-oct-96		4571	6408	6408
	BONI	CSA_R	15-oct-96		5660	10183	10183
	TONGO-TONGO	CSCOM	15-déc-94		3039	3940	3940
	MONDORO (SENO MANGO)	CSA_R	15-mars-97		2864	3143	5951
	NGOUIMA	CSA_R	04-juil-97		5419	12445	18060
<i>Sous/Total CSCOM</i>				3			
<i>Sous/Total CSAR</i>				4			
<i>Sous/Total Cercle</i>				7			
KORO	KORO CENTRAL	CSA_R	15-déc-97		12802	27382	32065
	YORO	CSCOM	15-nov-97		5305	11556	11556
	MADougou	CSA_R	15-nov-97		6532	11946	13441
	DIANKABOU	CSA_R	15-juin-96		2405	4547	6553
	KOPRO PEN	CSCOM	15-juin-96		9235	15987	15987
	DIOUNGANI	CSA_R	15-juin-96		1950	6130	9346
	TOROLI	CSA_R	10-janv-95		7139	11480	11480
	TINSAGOU	CSCOM	10-janv-95		3291	10031	10031
	DJNANGOUROU	CSA_R	15-juin-96		5160	11298	13805
	GANGAFANI	CSCOM	15-nov-97		2478	4192	6161
<i>Sous/Total CSCOM</i>				4			
<i>Sous/Total CSAR</i>				6			
<i>Sous/Total Cercle</i>				10			
MOPTI	ASCOTAMB	CSCOM	01-avr-94		15000	0	15000
	MEDINA COLTRA-MOPTI	CSCOM	15-janv-98		4573	4573	4573

CERCLE	AIRE	STATUT	Date	Pop.	Pop.	Pop.	
				d'Ouverture	à 5 km	à 15 km	Total
MOPTI	FATOMA	CSA_R	15-juil-96		11424	16758	16758
	SOKOURA - MOPTI	CSCOM	15-juin-97		9292	1080	10372
	SOMADOUGOU	CSCOM	15-mars-97		5357	8794	8794
	SOUFOUROULAYE	CSA_R	15-juil-96		2044	5358	5358
	KORIENTZE	CSA_R	15-août-96		38979	43942	19372
	KONZA PEULH	CSCOM	15-mai-97		2963	5220	8183
	KONNA	CSA_R	15-juil-96		14448	23762	23762
	KOMOGUEL 1	CSCOM	01-avr-94		19349	26901	26901
	DIAMBAKOUROU	CSCOM	21-mars-97		5012	5963	10975
	DIALLOUBE	CSA_R	15-juil-96		4934	9623	9623
<i>Sous/Total CSCOM</i>				7			
<i>Sous/Total CSAR</i>				5			
<i>Sous/Total Cercle</i>				12			
TENENKOU	WALLO	CSCOM	15-déc-97		4189	8104	8104
	DIA	CSCOM	22-oct-93		8181	12398	12796
	TENENKOU CENTRAL	CSA_R	23-févr-95		11378	24366	36928
	DIOURA	CSA_R	15-mai-96		2289	6167	8284
	SOSSOBE	CSA_R	08-mai-95		4802	10318	10918
	TOGUERE - COUMBE	CSA_R	15-mai-95		7079	13397	26399
	DIONDIORI	CSA_R	28-févr-95		6387	17332	20859
	KADIAL	CSCOM	15-déc-97		2683	6858	7684
	DIAFARABE	CSA_R	27-févr-95		7007	13214	14687
	DIGUICIRE	CSCOM	15-déc-97		1131	5046	6430
<i>Sous/Total CSCOM</i>				4			
<i>Sous/Total CSAR</i>				6			
<i>Sous/Total Cercle</i>				10			
YOUWAROU	AMBIRI	CSA_R	01-déc-98		1759	4693	5802
	DOGO	CSA_R	01-juil-00		2743	6292	10615
	GUIDIO	CSA_R	01-déc-98		2820	9720	18131
	SAH	CSA_R	01-déc-98		2481	9010	13204
<i>Sous/Total CSCOM</i>				0			
<i>Sous/Total CSAR</i>				4			
<i>Sous/Total Cercle</i>				4			
GOUNDAM	BINTAGOUNGOU	CSA_R	25-nov-99		12059	12059	14764
	MBOUNA	CSCOM	24-oct-99		10121	10121	10121

CERCLE	AIRE	STATUT	Date	Pop.			
				d'Ouverture	à 5 km	à 15 km	Total
GOUNDAM	MEKORE	CSCOM	20-oct-99		3694	3694	3694
	WANA	CSCOM	30-sept-99		3940	3940	3940
<i>Sous/Total CSCOM</i>				3			
<i>Sous/Total CSAR</i>				1			
<i>Sous/Total Cercle</i>				4			
GORUMA-RHAROUS	AGACHAR	CSCOM	01-janv-00				1465
	MANDIA KOYE	CSA_R	27-juil-99		943	3803	11785
	BENGUEL	CSCOM	31-août-99		5716	5716	5716
<i>Sous/Total CSCOM</i>				2			
<i>Sous/Total CSAR</i>				1			
<i>Sous/Total Cercle</i>				3			
NIAFUNKE	DIANKE	CSCOM	31-mars-00		2657	20946	20946
<i>Sous/Total CSCOM</i>				1			
<i>Sous/Total CSAR</i>				0			
<i>Sous/Total Cercle</i>				1			
TOMBOUCTOU	KABARA	CSA_R	01-juil-99		4500	4500	4500
	BER	CSA_R	01-juil-99		17854	17854	17854
	ISSAFAYE	CSCOM	01-août-99		3859	3859	3859
	ZORHO	CSCOM	01-août-99		4397	4397	4397
	BORI	CSCOM	15-nov-00		4190	6625	6625
	ASSIDI	CSCOM	01-août-99		3018	3018	3018
	AROUANE	CSCOM	01-nov-99		1558	1558	1558
	AGOUNI	CSCOM	01-déc-99		3390	3390	3390
	AGLAL	CSA_R	01-juil-99		985	4874	7969
	BOUREMINALY	CSA_R	01-juil-99		3528	3528	3528
<i>Sous/Total CSCOM</i>				6			
<i>Sous/Total CSAR</i>				4			
<i>Sous/Total Cercle</i>				10			
ANSONGO	BARA	CSCOM	15-juil-99		11101	11101	11101
	BENTIA	CSCOM	01-janv-01		1995	2295	2495
<i>Sous/Total CSCOM</i>				2			
<i>Sous/Total CSAR</i>				0			
<i>Sous/Total Cercle</i>				2			
BOUREM	ERSANE	CSCOM	01-janv-99				1251

CERCLE	AIRE	STATUT	Date	Pop.			Pop.
				d'Ouverture	à 5 km	à 15 km	
BOUREM	TEMERA	CSA_R	01-janv-00		3313	8349	13350
	TARKENT	CSCOM	01-janv-00		150	300	1500
	IMILACHE	CSCOM	01-janv-99				1020
	BAMBA - BOUREM	CSA_R	01-oct-99		9456	9456	9456
	KERMACHOE	CSCOM	01-janv-00		2301	6415	6415
	GARBAME	CSCOM	01-janv-99		6923	6923	6923
	TABANKONT	CSCOM	01-janv-00		0	0	1012
	TABAYE	CSCOM	15-mars-99		14175	14175	14175
	CHABARIA	CSCOM	02-oct-00				6213
<i>Sous/Total CSCOM</i>				8			
<i>Sous/Total CSAR</i>				2			
<i>Sous/Total Cercle</i>				10			
GAO	CHÂTEAU	CSCOM	15-janv-00		5358	5358	5295
	TENORENKER	CSCOM	15-janv-00		607	1720	4925
	NTILIT - GAO	CSA_R	01-oct-99		11133	11133	11133
	ZINDA	CSCOM	14-févr-01		5139	8929	8929
	ALDJANABANDIE	CSCOM	15-janv-00		12225	12225	12225
	DJIEBOCK	CSA_R	01-oct-99		11164	11164	11164
	MAGNADOE	CSCOM	15-janv-00		6923	12031	12031
	BOULGOUNDIE	CSCOM	01-janv-98		8589	8589	8589
	BAYA	CSCOM	15-janv-00		3602	3602	3602
	HAMAKOULADIE	CSCOM	01-janv-00		5340	9326	9326
	GADOYE	CSCOM	01-avr-99		5363	5363	5363
	TACHARANE	CSCOM	15-janv-00		4960	7147	7147
	FORGHO	CSCOM	01-janv-99		10260	10260	10260
	WABARIA	CSCOM	15-janv-00		6950	8611	8611
<i>Sous/Total CSCOM</i>				12			
<i>Sous/Total CSAR</i>				2			
<i>Sous/Total Cercle</i>				14			
MENAKA	ANUZEGREN	CSCOM	01-janv-01		1004	2694	3142
	INTADEYNI	CSCOM	02-févr-00		1640	3350	4206
	ANDERAMBOUKANE	CSA_R	18-janv-01		2865	3535	4474
<i>Sous/Total CSCOM</i>				2			
<i>Sous/Total CSAR</i>				1			
<i>Sous/Total Cercle</i>				3			

CERCLE	AIRE	STATUT	Date	Pop.			Pop.
				d'Ouverture	à 5 km	à 15 km	
COMMUNE1	ASCOBA	CSCOM	09-mars-89		95000	95000	95000
	ASACODJAN	CSCOM	19-sept-00		0	0	29013
	ASACOMSI	CSCOM	01-sept-93		29930	29930	29930
	ASACOFADI	CSCOM	15-mars-99		9575	9575	9575
	ASACODJE	CSCOM	02-févr-94		0	0	25916
	BOULKASSOUMBOUGOUUCSCOM		01-sept-92		19831	19831	19831
	KOROFINA SUD ASACOSACSCOM		15-sept-96		13172	13172	13172
	DIOUMANZANA ASACODDOUCSCOM		15-nov-97		18509	18509	18509
	ASACOD	CSCOM	15-sept-94		21900	21900	21900
<i>Sous/Total CSCOM</i>				9			
<i>Sous/Total CSAR</i>				0			
<i>Sous/Total Cercle</i>				9			
COMMUNE2	ABOSAC	CSCOM	10-févr-94		13185	13185	13185
	ASACOHI	CSCOM	15-juin-97		15800	15800	15800
	ASACOME	CSCOM	01-nov-00				20615
	BONIABA	CSCOM	15-juin-97		35654	35654	35654
	BENKADY	CSCOM	15-déc-95		16776	16776	16776
<i>Sous/Total CSCOM</i>				5			
<i>Sous/Total CSAR</i>				0			
<i>Sous/Total Cercle</i>				5			
COMMUNES	ASACODRAB	CSCOM	18-mai-98		7932	7932	7932
	ASACODES	CSCOM	25-sept-95		5019	5019	5019
	ASAKED	CSCOM	09-juin-98		7767	7767	7767
	ASCOM	CSCOM	23-juil-96		19664	19664	19664
	ASACOBAKOM	CSCOM	25-oct-97		22724	22724	22724
	ASACOKOULPOIN	CSCOM	21-févr-97		22724	22724	22724
	ASACOTOM	CSCOM	01-févr-94		13190	13190	13190
<i>Sous/Total CSCOM</i>				7			
<i>Sous/Total CSAR</i>				0			
<i>Sous/Total Cercle</i>				7			
COMMUNE4	ASACODJIP	CSCOM	15-juin-99		18000	18000	18000
	DJIKORONI I	CSCOM	15-févr-95		0	0	0
	HAMDALLAYE I	CSCOM	15-févr-95		51389	51389	51389
	ASACOLA B5	CSCOM	15-févr-97		20000	20000	20000
	SEBENIKORO1 ASACOSEKCSOM		15-févr-95		36931	36931	36931

CERCLE	AIRE	STATUT	Date d'Ouverture	Pop.	Pop.	Pop.
				à 5 km	à 15 km	Total
COMMUNE4	ASACOLA II	CSCOM	15-juil-98	25000	25000	25000
	ASACOLA I	CSCOM	15-févr-96	17000	17000	17000
<i>Sous/Total CSCOM</i>			7			
<i>Sous/Total CSAR</i>			0			
<i>Sous/Total Cercle</i>			7			
COMMUNES5	DAOUDAB I (ASACODA) CSCOM	CSCOM	15-déc-92	25202	25202	25202
	ASACOSAB I	CSCOM	15-déc-94	27338	27338	27338
	ASACOSAB II	CSCOM	15-déc-94	27339	27339	27339
	GARANTIB (ASACOGA) CSCOM	CSCOM	15-déc-92	13600	13600	13600
	DAOUDAB II (ADASCO) CSCOM	CSCOM	15-déc-95	25203	25203	25203
	KALABAN (ASACOKAL) CSCOM	CSCOM	15-déc-94	15260	15260	15260
	BACO DJI (ASACOBADJI) CSCOM	CSCOM	15-déc-95	26588	26588	26588
	QMALI TORO (ASACOTOQACSCOM)	CSCOM	15-déc-97	17213	17213	17213
<i>Sous/Total CSCOM</i>			8			
<i>Sous/Total CSAR</i>			0			
<i>Sous/Total Cercle</i>			8			
COMMUNE6	YIRIMADIO (ASACOYIR) CSCOM	CSCOM	15-mars-97	9918	9918	9918
	SOGONIKO ASACOSO	CSCOM	15-mars-94	17499	17499	17499
	ASACOBABA	CSCOM	03-mai-95	29305	29305	29305
	ASACOMA	CSCOM	15-févr-95	33428	33428	33428
	ASACOFA	CSCOM	15-août-94	10635	10635	10635
	SENOU (ASACOSE)	CSCOM	15-juin-95	29136	29136	29136
	NIAMAKORO (ANIASCO) CSCOM	CSCOM	13-janv-96	45718	45718	45718
	NIAMAKORO (ASACONIA) CSCOM	CSCOM	01-janv-95	45718	45718	45718
	ASACOSODJA	CSCOM	15-mars-98	17921	17921	17921
<i>Sous/Total CSCOM</i>			9			
<i>Sous/Total CSAR</i>			0			
<i>Sous/Total Cercle</i>			9			
KIDAL	ALIOU - KIDAL	CSCOM	28-avr-01	1400	1400	12167
	ANEFIS	CSA_R	25-mai-01	2676	3226	9355
<i>Sous/Total CSCOM</i>			1			
<i>Sous/Total CSAR</i>			1			
<i>Sous/Total Cercle</i>			2			
TESSALIT	TESSALIT CENTRAL	CSCOM	27-mars-01	1531	1531	3523

<i>CERCLE</i>	<i>AIRE</i>	<i>STATUT</i>	<i>Date d'Ouverture</i>	<i>Pop. à 5 km</i>	<i>Pop. à 15 km</i>	<i>Pop. Totale</i>
TESSALIT	ADIEL HOC	CSA_R	01-juin-01	1498	1498	4746
<i>Sous/Total CSCOM</i>			1			
<i>Sous/Total CSAR</i>			1			
<i>Sous/Total Cercle</i>			2			
Total Région CSCOM			352			
Total Région CSAR			181			
Total Région			533			
Lundi 16 juillet 2001						