

MINISTERE DE LA SANTE,
DE LA SOLIDARITE
ET DES PERSONNES AGEES

REPUBLICQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi

SECRETARIAT GENERAL

**DOCUMENT-CADRE D'ORIENTATION
ET DE
PROGRAMMATION BUDGETAIRE**

1997



Janvier 1997

- 1. SYNTHESE DES JOURNEES D'EVALUATION
ET DE PROGRAMMATION BUDGETAIRE
1997.**
- 2. CADRE PROGRAMMATIQUE ET PRIORITES
1997.**
- 3. BUDGET-PROGRAMME 1997.**

INTRODUCTION

Les journées d'évaluation 1996 et de Programmation budgétaire 1997 du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées se sont déroulées les 26, 27, 28 et 29 Décembre 1996 dans la salle de conférence de la Direction Générale de la Dette Publique (DGDP) sous la présidence du Ministre de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Ont pris part aux travaux de ces journées, le Secrétaire Général et le Chef de Cabinet, les membres du Secrétariat Général et du Cabinet, les Directeurs des Services Centraux et rattachés, les Directeurs Généraux des Hôpitaux nationaux, du Centre National d'Odonto Stomatologie (CNOS), de l'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) de la Caisse des Retraites du Mali (CRM), le Président-Directeur Général de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), le Directeur Général Adjoint de l'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques (UMPP), les Présidents des Ordres Professionnels de la Santé et leurs collaborateurs, les membres du groupe Ad hoc pour l'élaboration du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social du Mali 1997 - 2006, les Chefs des Projets et Programmes de Santé Publique (la liste des participants est en annexe 1).

Les objectifs, la méthodologie suivie et les résultats attendus de ces journées sont en annexe 2 (conféré Termes de Référence des journées d'évaluation et de programmation budgétaire).

A l'issue des débats Ouverts, les éléments de synthèse ci-après se dégagent par secteur.

I./ SYNTHESE DES RAPPORTS D'ACTIVITES 1996 ET DES DEBATS

1.1. Secteur de la Santé Publique

1.1.1. Les Résultats obtenus en 1996

Dans le secteur de la Santé Publique, les résultats obtenus dans la mise en œuvre de la Politique nationale de santé, sont entre autres dans les domaines suivants :

1.1.1.1. Extension de la couverture sanitaire :

171 Centres de Santé Communautaire sont fonctionnels, dont 100 CSCOM et 71 CSA revitalisés. Ainsi, le taux de couverture des populations en prestations du paquet minimum d'activités (PMA) avec gestion communautaire était estimé à 38 % dans les régions du PSPHR et 34 % pour l'ensemble du pays.

- 27 Cercles conduisent des plans de développement sanitaire (PDSC). Les équipes régionales de Tombouctou, Gao et Kidal ont entamé des négociations de la carte sanitaire dans les cercles de Bourem, Ansongo, Ménaka, Gao, Tombouctou et Goundam.

- l'inauguration de 4 établissements sanitaires de référence à Ansongo, Bourem, Gourma Rharous et l'hôpital régional de Gao a permis d'augmenter les opportunités d'offres de services de qualité aux populations bénéficiaires.

1.1.1.2. Renforcement du Paquet Minimum d'Activités :

Il ressort des données disponibles sur l'offre du PMA dans les aires de santé que:

- les taux de couverture vaccinale obtenus au premier semestre 1996 sont en nette progression par rapport aux années antérieures. L'évolution de la couverture vaccinale montre :

BCG = 95,7 % en 1996 contre 80,2 % en 1995.

DTCP3 = 61,1 % en 1996 contre 49,0 % en 1995.

Rougeole = 66,5 % en 1996 contre 52,3 % en 1995.

On constate que ces résultats au niveau des aires viables contrastent avec les taux de couverture obtenus sur l'ensemble du territoire.

A titre d'illustration, le rapport du Centre National d'Immunisation (CNI) indique que les résultats de couverture atteintes au 30 Septembre 1996 chez les enfants de 0 à 11 mois pour l'ensemble des régions :

- BCG = 59,16 %
- DTCP3 = 39,45 %
- VAR = 42,23 %.

- dans le cadre du planing familial, l'intégration de la Distribution à Base Communautaire dans les activités des CSCOM/CSAR est de nature à relever le taux de prévalence contraceptive surtout en milieu rural.

- dans les zones couvertes par un PMA fonctionnel, l'accessibilité financière aux médicaments essentiels est restée stable et maîtrisée dans la fourchette de 500 à 1000 FCFA.

- en matière de viabilité financière, il apparaît qu'un autofinancement intégral des coûts récurrents du centre n'est pas possible dans beaucoup de cas. Cependant, certains CSCOMS ont pu équilibrer leur compte d'exploitation avec l'apport du CLD, le mécanisme de prépairement ou l'intégration des produits d'une banque de céréales. Certains CSCOM, malgré tout, génèrent des ressources substantielles, pour lesquelles des mécanismes d'investissement doivent être développés, afin de mieux aider les communautés à gérer la viabilité du centre.

- la formation en périnatalité pour amoindrir les risques pour les femmes et les enfants a concerné les agents des cercles de Kolokani, Kolondiéba, Kouitala, Yorosso, Sélingué, Mopti, les communes 1, 2, 3, 6 ;
- Une session de formation des formateurs à la prévention des infections a été organisée.

1.1.1.3. Renforcement des structures de première référence :

- Les travaux de construction des centres de santé de référence de Tenenkou, Yélimané, Nioro, Commune V et Commune III sont achevés en novembre 1996. La réalisation des centres : Commune II, Kolondiéba, Kéniéba, Bafoulabé, Banamba, Kolokani, Kayes et Kati sont en cours .

- Les équipements bénéficiant du financement de l'IDA seront bientôt livrés.

- Par contre, les 11 centres de santé de cercle (Commune I, Commune IV, Commune VI, Kora, Djenné, Douentza, Mopti, Ségou, Barouéli, Tominian et Bla) dont les travaux de génie civil et d'équipement doivent être financés par le FED attendent un début d'exécution.

- Tenue des ateliers sur le système de référence dans les communes de Bamako, les cercles de Djenné, Yélimané, Bla, Kolondiéba, Kolokani et Kayes. Cependant, la mise en œuvre complète des décisions prises n'est opérationnelle que dans les cercles de Bla, Djenné et Kolondiéba.

- Sept cercles, mettent en œuvre le programme de périnatalité. Il s'agit de Bla, Bougouni, Djenné, Kolokani, Kolondiéba, Koulikoro et la commune V du district de Bamako.

1.1.1.4. Approvisionnement et gestion des médicaments essentiels :

L'essentiel des activités visait à consolider la mise en œuvre du schéma directeur d'approvisionnement en médicament essentiels et le contrôle de qualité des médicaments.

Ainsi, les stocks initiaux de Médicaments Essentiels dans les formations sanitaires publiques ont été mis en place pour une valeur de 393.300.000 FCFA.

- Les ordinogrammes à l'usage des prescripteurs, les fiches techniques sur les Médicaments Essentiels, les modules de formation des pharmacies régionaux et hospitaliers, les guides de formation des médecins chefs et les guides pour l'estimation des dotations initiales des CSCOM en médicaments essentiels ont été fournis aux Directions Régionales de la Santé.

- un logiciel de gestion et de suivi du schéma directeur a été mis au point.

- la liste des médicaments essentiels a été révisée.

- le visa du Laboratoire National de la Santé est devenu incontournable dans la procédure légale d'importation des médicaments ; certaines actions significatives ont été conduites :

- . Contrôle de qualité des M.E. par appel d'offre PPM et GIE/SPT,
- . Contrôle effectif sur l'ensemble du district de Bamako,
- . Contrôles effectués chez les grossistes.

1.1.1.5. Gestion des ressources humaines :

Certaines activités vigoureuses ont été conduites :

- recensement du personnel professionnel de santé par région et par centre d'opération ;
- découragements progressifs des mutations du personnel vers Bamako, notamment pour rapprochement de conjoints ;
- recrutement du personnel sur poste budgétaire, en tenant compte des déficits à combler par région dans la répartition du personnel ancien et nouveau ;
- formation de 156 agents nouvellement recrutés dans la fonction publique, dans l'esprit de la politique sectorielle de santé. Il en est de même du personnel travailleur des centres de santé communautaire qui reçoivent une formation avant emploi ;

1.1.1.6. Intégration des programmes nationaux :

- la reflexion est engagée pour l'intégration effective de tous les programmes ;
- les programmes ont développé la mise en œuvre de leurs activités ;
- Une politique nationale d'hygiène publique a été adoptée par le Gouvernement.

1.1.1.7. Prévention et Réponse aux épidémies :

- 52 médecins formés à la prévention des épidémies ;
- 102 infirmiers chefs de centres ont été formés ;
- 21 infirmiers techniciens de laboratoire ont été recyclés au diagnostic de certaines maladies cibles ;
- un tableau mensuel des stocks de produits de prévention et de réponse est régulièrement tenu et transmis au MSSPA.
- un plan de prévention et de réponse aux épidémies a été adopté ;
- des rencontres entre autorités sanitaires frontalières Burkinabée et Malienne ont été réalisées dans un esprit de concertation.

1.1.1.8. Région du Nord :

- Un mouvement global est entrepris pour faire "basculer les Régions du Nord " dans l'esprit de la politique sectorielle de santé. Les équipes des cercles de Bourem, Ansongo, Ménaka, Gao, Tombouctou et Goundam négocient leurs cartes sanitaires avec les populations.

- Des contrats programmes ont été signés entre la Direction Nationale de la Santé Publique et les Directions Régionales de la Santé de Kidal, Gao et Tombouctou, afin de relever les taux de couverture vaccinale.

- Les actions spécifiques ci-après ont été réalisées dans les régions :

* 40 kits de médicaments d'une valeur de 20 millions de FCFA ont été mis en place dans les sites de regroupement des compatriotes de retour,

* 31 centres de santé ont été réhabilités ou sont en voie de l'être,

* 54 agents fonctionnaires nouvellement recrutés ont été affectés dans les trois régions du Nord.

REGIONS	CENTRES REHABILITES	EN COURS DE REHABILITATION	TOTAL
Tombouctou	8	8	16
Gao et Kidal	8	7	15
TOTAL/REGION DU NORD	16	15	31

1.1.1.9. Ecoles professionnelles de Santé :

- Un groupe de travail est opérationnel pour la création d'un Institut de formation socio-sanitaire.

1.1.2. Problèmes et Contraintes

1.1.2.1. *Organisationnel et Institutionnel :*

- l'éparpillement géographique des structures de la DNSP, rendant la coordination, le suivi et l'impulsion difficiles.

- La description de l'état de santé de la population dépend de la DNSP. A ce titre, elle doit centraliser l'ensemble des statistiques vitales pour donner une vision sur la santé au Mali.

- Les activités opérationnelles des structures de la DNSP (centre de santé, hôpitaux régionaux) n'ont pas été rapportées. Le plan de travail des directions régionales (objectifs, stratégies, ressources) n'apparaît pas.

- la restructuration de la DNSP n'a pas évoquée.

1.1.3. Les Activités techniques et de soutien

- le taux de réalisation de 52 % des CSCOM et CSAR est moyen par rapport aux besoins planifiés ;
- absence d'opérationnalité du Système d'Information Sanitaire ;
- le taux de réalisation des missions de supervision des équipes de cercle dans les aires de santé est à renforcer ;
- la mise en œuvre des activités issues des ateliers de programme de périnatalité est retardée dans plusieurs cercles ;
- les problèmes de prise en charge des agents de la stratégie avancée ;
- le mauvais état de la logistique ;
- les problèmes de maintenance de la chaîne de froid ;
- la relation santé publique et secteur hospitalier devrait normalement être une préoccupation, surtout dans le cadre de la référence.

1.1.4 Programmes et Projets

Au stade des interrogations, plusieurs questions ont été identifiées par rapport aux programmes et projets :

- la revue des programmes n'a pas permis de présenter les taux respectifs de réalisation des activités programmées ;
- l'intégration des programmes reste une préoccupation. On constate qu'au niveau central, il n'existe aucun plan d'intégration, ni de renforcement du PMA. Les médecins chefs constituent des éléments essentiels dans l'intégration. Absence de coordination des programmes au sein de la DNSP, pas d'évaluation à mi-parcours ou d'indicateurs d'impact. La dimension communautaire des programmes n'existe pas.
- la consommation des ressources : plusieurs programmes ont bénéficié d'appuis financiers sur budget d'Etat. Il faut s'interroger, pourquoi ces ressources programmées, n'avaient pas été utilisées (TDCI, Tuberculose, Cécité...). Près de 1,6 Millions de FCFA restent non justifiés dans le cadre du PEV au niveau du CNI.
- la formation : offres de bourse d'études, formation continue, formation en biologie clinique pour les hôpitaux. Mais la mobilité des agents après formation doit être étudiée par la DNSP.
- La formation et la supervision : tous les programmes insistent sur ces deux activités. Mais aucune précision ne donne le moment où la masse critique atteinte.
- extension de la couverture et qualité des soins de SMI/PF.

- le programme SIDA et l'évaluation des campagnes de mobilisation IEC. Il faut une évaluation pour identifier les stratégies porteuses. Comment impliquer le CNIECS dans les différentes volets I.E.C. des programmes et projets ?

- rôle de la recherche, comme mesure d'accompagnement pour donner des réponses à certaines questions posées au niveau des programmes.

- entretien et le SEPAUMAT : quelle stratégie pour le SEPAUMAT, dans la mesure où l'entretien de la logistique serait une charge lourde dans les années à venir avec le retrait des partenaires.

1.1.5. La Recherche Appliquée :

L'Institut National de Recherche en Santé Publique (INRSP) a poursuivi le recentrage de ses activités stratégiques en matière de recherche, notamment par :

- le renforcement des capacités de recherche des cadres et l'organisation de séminaires scientifiques hebdomadaires,

- la formation et l'élaboration de projets de recherche axés sur la politique de santé,

- le branchement sur Internet pour avoir accès à la bibliographie scientifique,

- la création d'une cellule de recherche sur le système de santé en collaboration avec l'Institut Royal des Tropiques,

- l'élaboration d'un plan de formation 1995-2000,

- la structuration de la carrière des chercheurs au sein de grades (attaché de recherche, chargé de recherche, maître de recherche et directeur de recherche).

L'un des atouts de l'INRSP est le potentiel de recherche en médecine traditionnelle. A ce titre, les infrastructures de Sotuba sont totalement opérationnelles, l'herboristerie du marché d'Ham dallaye est exécutée à 90 %.

L'expérimentation de deux hypoglycémiants et l'étude clinique de Fagara contre la trépanocytose se poursuivent sur fonds propres de l'Institut.

La production de médicaments traditionnels améliorés (MTA) se poursuit avec Balembô, Hépatisane, Lexa Cassia, Dysenteral. Trois nouveaux produits MTA (Malaria, Gastrosédal et Psorospermine) sont en préparation pour une production en série.

L'INRSP collabore avec la direction nationale des Industries pour l'élaboration de dossiers techniques de brevets pour le sirop Balembô, Psorospermine pommade.

1.1.6. Développement du Secteur Privé médical

La libéralisation des professions sanitaires a connu des avancées aux plans de la création des structures privées et des dispositions réglementaires pour faciliter son développement rapide.

De 1992 - 1996, 199 structures privées se sont installées. Il est à remarquer que 49 % de ces structures privées se situent dans le District de Bamako.

Le département de la Santé encourage aussi l'expérience de l'installation des médecins de campagne au nombre d'une trentaine répartis dans les régions de Kayes, Sikasso, Koulikoro, Ségou et Mopti.

1.1.7. Perspectives 1997 pour le secteur de la Santé Publique

- Adaptation des missions de la DNSP à l'évolution de la mise en œuvre de la Politique de santé ;

- Poursuite de l'extension de couverture par :

- . Construction et équipement des CSCOM et CSAR,
- . Construction/Réhabilitation de la référence, équipement, dotation en Réactifs et consommables médicaux, formation du personnel ;

- Poursuite de la supervision des opérations de terrain dans les domaines notamment de :

- . Extension de la couverture sanitaire,
- . Gestion des ressources humaines,
- . Gestion optimale des ressources matérielles et techniques,
- . Commission administrative des Hôpitaux régionaux ;

- Gestion des épidémies ;

- Concrétiser l'Institut de formation en sciences de la santé ;

- La décentralisation et le renforcement des capacités techniques et financières des directions régionales ;

- Les activités de programmation avec l'élaboration du PDSS et du PIS.

1.2. Secteur de la Pharmacie et du Médicament :

L'épine dorsale de la politique de Santé est et demeure la disponibilité financière des médicaments essentiels DCI de qualité sur toute l'étendue du territoire national. Pour ce faire le Mali devait se doter d'une politique pharmaceutique Nationale. La Pharmacie Populaire du Mali (PPM) et l'Usine des Produits Pharmaceutiques du Mali (UMPP) sont entre autres, les instruments privilégiés de cette politique.

1.2.1 Résultats en 1996 :

- Les documents de la politique et du Plan Directeur Pharmaceutiques sont disponibles depuis Mai et Juillet 1996.

- Le schéma d'approvisionnement en médicaments essentiels élaboré en 1995 est mis en oeuvre sur toute l'étendue du territoire national. Il a permis de mettre à la disposition des formations sanitaires publiques et communautaires les médicaments essentiels en DCI. Grâce aux actions complémentaires de la DNSP, de la PPM, de l'UMPP et du GIE/Santé, les médicaments essentiels se trouvent jusqu'au niveau des CSAR et CSCOM à des prix compatibles avec le pouvoir d'achat des populations.

- Les achats ont permis à la PPM d'approvisionner régulièrement les magasins régionaux en médicaments essentiels DCI et consommables médicaux pour une valeur mensuelle moyenne de 94 Millions. Le total des livraisons aux magasins régionaux s'élève à 1.035.012.170 F CFA.

- D'autres achats ont essentiellement porté sur les réactifs pour 125 Millions de F CFA dont 65 Millions pour les EPA et les médicaments pour les maladies sociales pour 145 Millions de FCFA. Des Kits de médicaments pour près de 20 Millions de F CFA ont été mis en place dans les régions du Nord en vue du retour des réfugiés. Les prisons ont été également approvisionnées en médicaments essentiels. Dans le cadre de protocoles avec l'UNICEF des vaccins sont en cours d'acquisition pour 341 Millions de F CFA.

- Le schéma d'approvisionnement en médicament est en cours de renforcement par des mesures d'accompagnement pour un coût de 200 Millions de F CFA dont 30 Millions de subvention pour le GIE/SANTE financé par la Coopération Française.

- Les pharmacies hospitalières sont en cours de réalisation sur un financement FED de 160 Millions de F CFA.

- Enfin l'année a été marquée par une intensification du contrôle de la qualité des médicaments par le Laboratoire National de la Santé et de celui de la réglementation en vigueur par l'Inspection de la Santé et de l'action Sociale.

- La PPM a redimensionné ses activités sur la mission essentielle d'approvisionnement en médicaments DCI et a réduit son effectif de 273 à 163 agents. Elle a procédé à une meilleure maîtrise des charges d'exploitation avec une réduction de 34 % des charges consommées entre 1995 et 1996 et une augmentation du chiffre d'affaires de 22 % pour la même période tout en réalisant les prévisions de 98 %.

- Le nouveau contrat-plan Etat/PPM, élaboré est en cours d'adoption.

- Un fort taux de réalisation des objectifs quantifiés de l'UMPP 92,74 % pour la production et 79,52 % pour la vente. Le volet modernisation entamé se poursuit à un rythme peu satisfaisant (construction des infrastructures - équipement et formation du personnel).

1.2.2 Problèmes :

- Lenteur dans la validation des documents de la Politique Pharmaceutique par la commission de planification ;
- Conflit de compétence des partenaires notamment PPM et GIE/Santé ;

- Absence de structure approprié pour la gestion et l'administration du secteur pharmaceutique et du médicament ;
- Durées trop longues des appels d'offres et des consultations restreintes (27 et 16 semaines) ;
- Mauvaise gestion des magasins régionaux ;
- Mauvaise maîtrise des besoins des hôpitaux en médicaments, réactifs et Consommables médicaux ;
- Stock important de médicaments périmés ou en voie de l'être ;
- Non atteinte par l'UMPP des performances souhaitées dans :
 - la modernisation ;
 - la production ;
 - la couverture des besoins nationaux ;
 - la commercialisation des produits.
- Mauvaise interprétation des textes par le CNOP ;
- Manque d'équipement adéquat au siège du CNOP ;
- Absence de formation programmée pour les pharmaciens d'officine ;

1.2.3 Perspectives 1997

- Mener les discussions avec le groupe Ad-hoc pour harmoniser la politique pharmaceutique avec les grandes orientations socio-sanitaires, intégrer le plan directeur pharmaceutique au Plan Décentralisé de développement socio-sanitaire (1997 - 2006). Adoption par le gouvernement des documents de la politique pharmaceutique.
- Mener les concertations DNSP - PPM et GIE/Santé pour préciser le rôle de chaque partenaire dans la mise en œuvre du schéma directeur d'approvisionnement.
- Préciser les missions et élaborer les textes de création et de fonctionnement de la future direction de la pharmacie et du médicament et soumettre au gouvernement pour adoption.
- Meilleure gestion des stocks à tous les niveaux : Informatisation et formation.
- Plan d'approvisionnement 1997 avec 2 appels d'offres à durée réduite pour tenir jusqu'en 1998.
- Poursuite de la maîtrise des charges d'exploitation.

- Accélérer et rentabiliser la modernisation de l'UMPP en cours et se montrer plus dynamique dans l'efficacité de la production.

- La meilleure couverture des besoins nationaux (38 %) par l'UMPP en Médicaments Essentiels DCI.

- Le Développement de la Politique Commerciale vers les marchés Africains.

- Formation des pharmaciens d'officine à intégrer à celle des agents socio-sanitaires.

1.3. Secteur Hospitalier

1.3.1. Résultats obtenus en 1996

Par rapport aux objectifs fixés dans la lettre d'orientation, les résultats obtenus varient d'un hôpital à l'autre mais restent d'une façon générale insuffisants.

En effet, aucune activité n'a été menée dans nos structures hospitalières dans le sens "Améliorer les soins infirmiers et reconnaître leur importance".

Est également restée sans aucune suite : l'instruction donnée dans la lettre d'orientation relative au développement de programmes et d'activités à l'intérieur de l'hôpital d'une part et d'autre part avec les partenaires extérieurs à l'hôpital : Direction Nationale de la Santé, Direction Nationale de l'Action Sociale, Municipalités, usagers etc.

En revanche, quelques résultats positifs sont enregistrés dans les domaines de l'amélioration de la qualité des soins notamment grâce à des efforts réalisés dans l'accueil et l'orientation des malades, grâce à la réfection et l'équipement de certains services et une disponibilité améliorée des médicaments et consommables biomédicaux.

En effet, dans tous les hôpitaux, les pharmacies hospitalières ont vu le jour en 1996 (réfection, équipement informatique, dotation stock médicaments).

- à l'Hôpital du Point G, les blocs opératoires, les services porte, le service de Néphrologie, le bloc de gynécologie et le service de pneumologie ont été réalisés ou rehabilités suivant le cas. En plus l'hôpital s'apprête à recevoir un appareil de Scanner et trois appareils de Dialyse.

- à l'Hôpital Gabriel Touré, le nouveau service des Urgences a été inauguré, l'extension du service de pédiatrie est en cours ; de même qu'il y a eu la réfection du bureau des entrées, et des blocs opératoires à froid.

- le Centre National d'Odonto Stomatologie a vu la renovation de tout son site grâce à un financement AGETIPE.

- Hôpital de Kayes : réalisation de la clôture (pour 56 millions de FCFA).

- Hôpital de Ségou : reprise de la Morgue (32.327.540), équipement des Urgences (52,7 millions).

- Construction et inauguration de l'hôpital de Gao.

1.3.2. Difficultés et Contraintes

- Activités de biologie insuffisamment disponibles (voire indisponibles) dans les structures ;
- Absence de maintenance et de politique d'équipement inscrit dans un plan de développement à moyen et long termes ;
- Absence de promotion pour la prescription des DCI ;
- Estimation approximative des besoins réels de consommables ;
- Absence d'activités de recherche pertinentes ;
- Vision étroite du concept "Qualité des soins" réduit le plus souvent à sa dimension Equipment "à l'exclusion de la promotion des soins infirmiers, et de la présence" qualitative et effective du personnel à l'hôpital ;
- Les critères de motivation du personnel sont encore perfectibles ;
- Non maîtrise de la question relative aux internes au sein des hôpitaux (Ces derniers se sentent plus obligés vis-à-vis de leur patron que vis-à-vis des hôpitaux) ;
- Lenteur à acquérir un esprit d'entreprise notamment vis-à-vis de l'investissement (absence de provisions, incapacité à mobiliser les prêts bancaires).
- Absence d'indicateurs de performance d'activités empêchant toute mesure objective des résultats obtenus n'est possible ;
- Problématique du "Service privé" au sein de l'hôpital ;
- Problématique de l'hygiène et assainissement au sein des hôpitaux.

1.3.3. Orientations et Perspectives en 1997

- Etendre la "qualité des soins" dans toutes ses dimensions qui incluent l'hygiène, l'accueil et l'orientation des malades, la valorisation des soins infirmiers en particulier par une bonne utilisation des nombreux techniciens supérieurs de la Santé qui ont vocation à être des surveillants et majors au sein des structures.
- Etablir des normes et standards de qualité.
- Définir et valider les indicateurs de performance mesurables pour les objectifs prioritaires.

- Encourager la mise en place des "comités thérapeutiques" pour un usage et une gestion rationnelle des médicaments au sein des structures.
- Proposer des modalités d'introduction du service privé dans les hôpitaux.
- Abandonner la technique du "coup par coup" pour l'équipement au profit d'une politique cohérente de développement au moyen d'un plan à moyen terme et dans le cadre de la complémentarité.
- Développer l'esprit d'entreprise notamment en adoptant sans délai, des provisions à l'investissement et en étudiant toutes les possibilités de contracter des prêts bancaires.
- Développer la formation et la recherche.
- Maîtriser la gestion des internes à travers un contrat et suite à un concours dont les modalités seront définies par les hôpitaux et la faculté de médecine.

1.4 Planification et Statistiques :

L'ensemble des activités programmées ont fait l'objet d'une exécution satisfaisante à l'exception de celles relatives à la production d'indicateurs de suivi et de celles portant sur l'évaluation de la viabilité des CSCOM et CSAR fonctionnels. Les activités réalisées portent entre autres sur :

- des évaluations de programmes et projets ;
- le démarrage des activités d'élaboration du PDSS 1997-2006 ;
- les travaux d'élaboration de la carte sanitaire et du schéma directeur du système national d'information sanitaire et sociale ;
- la réalisation de l'EDS.MII ;
- la mise en œuvre du projet RAPID ;
- l'élaboration du rapport initial sur : **Plan d'action national pour la survie, le développement et la protection de l'enfant** ;
- l'élaboration du plan de développement des ressources humaines.

La difficulté principale constatée a été l'insuffisance des moyens humains, financiers et logistiques.

Pour l'année 1997, la CPS orientera ses priorités sur la poursuite et/ou la consolidation des activités en cours :

- Finalisation du plan décennal de développement sanitaire et social :

- La Production et la diffusion semestrielle des indicateurs socio-sanitaires ;
- Coordonner l'élaboration d'un schéma directeur d'informatisation du département ;
- Finaliser et faire adopter le plan national de développement des ressources humaines et celui pour l'alimentation et la nutrition ;
- Démarrer les analyses régionales dans le cadre de l'EDS ;
- Actualiser les données du projet RAPID avec les résultats de l'EDS-M.II et poursuivre sa présentation ;
- Finaliser la carte sanitaire.

1.5 Les Infrastructures :

Les tâches assignées à la CEPRIS en 1996 ont fait l'objet d'une exécution satisfaisante à l'exception de celles relatives à :

- l'exécution des reliquats des projets de renforcement des infrastructures sanitaires de Koulikoro, Nara, Niafunké et Tombouctou ;
- l'exécution des travaux des centres de santé programmés sur le financement BID.
- La réalisation des 11 CSC programmés sur le financement FED ;

Les difficultés signalées portent sur :

- Surdimensionnement par rapport aux normes DNSP des centres supervisés par la CEPRIS ;
- Insuffisance de l'implication de la DNSP dans la mise en œuvre des projets exécutés par la CEPRIS.
- Les relations CEPRIS/ autres structures souvent incomprises (lenteur, insuffisance de l'implication des structures bénéficiaires, etc...).

Les perspectives 1997 de la CEPRIS porteront essentiellement sur la poursuite des chantiers en cours :

- Assurer et renforcer une plus grande implication des structures bénéficiaires dans les projets supervisés par la CEPRIS ;
- Réaliser les travaux et les équipements complémentaires et ainsi que le volet formation du projet de <<Rénovation des 4 établissements sanitaires ruraux>>.

- Exécuter les travaux complémentaires et le volet formation des reliquats des autres projets BAD.
- Exécuter les travaux de génie civil et les équipements des centres de santé Programmés sur le financement BID.
- Superviser la réalisation des 11 CSC programmés sur le financement FED.
- Réaliser les travaux de Génie civil de l'Hôtel de la Santé
- Réaliser l'étude architecturale de la Maison de la solidarité,
- Suivre le dossier de la cité de l'enfant et réaliser le siège du parlement des enfants.
- Réaliser les travaux de Génie Civil des centres de santé programmés sur Budget d'Etat par la DNSP dans les zones ne bénéficiant pas de financement extérieur.
- Réaliser les logements d'astreinte programmés en 1997.

1.6 Action Sociale et Solidarité

1.6.1 Point d'Exécution des activités

Au cours de l'année 1996, la DNAS, conformément à sa lettre de mission a mené les activités ci-après par programmes :

1.6.1.1 En Matière d'Assistance Sociale

Les activités ont essentiellement consisté au traitement des problèmes de l'indigence dans une perspective de proximité par le renforcement des capacités d'intervention des DRAS, l'appui aux hôpitaux nationaux et des subventions accordées à certaines associations.

1.6.1.2 En Matière de Protection Sociale en Direction des Groupes cibles :

Dans le cadre du mois de la solidarité et de lutte contre l'exclusion, des actions de solidarité ont été menées en faveur d'anciens artistes et sportifs et des personnes handicapées.

- Des actions concrètes ont été également conduites en faveur des enfants en circonstances difficiles au niveau du CAPF et du secteur associatif.
- Divers projets générateurs de ressources ont été également été initiés.

1.6.1.3 Dans le cadre du développement de la mutualité, l'année 1996 a été marquée par la création d'un cadre institutionnel pour l'adoption des textes législatifs et réglementaires, la poursuite des activités d'informations, de sensibilisations et de formation, le développement de la coopération internationale.

1.6.1.4 Dans le cadre du Programme en faveur des personnes âgées :

Les activités ci-après ont été enregistrées :

- la mise en place du conseil national des personnes âgées
- création de la maison des Aînés ;
- poursuite des activités traditionnelles de protection sociale et sanitaire des personnes âgées ;
- financement des projets générateurs de ressources.

1.6.1.5 En matière d'I.E.C. et de mobilisation Sociale

Divers supports et micro-programmes relatifs à différents volets de la santé ont été réalisés notamment sur les affections saisonnières et épidémiques (IRA, Choléra, méningite et rougeole) ainsi que le renforcement des acquis sur les avantages de la planification familiale. La stratégie nationale I.E.C. a également été élaborée.

1.6.2 Contraintes :

- Absence d'une stratégie nationale IEC
- insuffisance de personnel ;
- insuffisance de moyens logistiques ;
- absence de convention avec l'ORTM et les différentes radios FM dans le cadre de l'I.E.C.
- absence d'une vision globale du social ;
- absence d'indicateurs sociaux.

1.6.3 Perspectives pour 1997 :

gestion rationnelle de l'indigence et de la mendicité, par la définition d'une politique nationale ;

- développement de la mutualité ;
- dynamisation du secteur associatif des personnes handicapées par l'incitation au montage de projets générateurs de ressources ;
- poursuite des actions concrètes et plus visibles dans le cadre de la mise en œuvre du programme en faveur des personnes âgées, de la famille et de l'enfance./-

1.7. La Gestion des Ressources

L'année 1996 a été marquée par une amélioration sensible de la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du département. Les principaux résultats enregistrés sont les suivants :

- La maîtrise des effectifs : l'informatisation en cours a permis l'élaboration de tableaux de synthèse sur les effectifs;
- La revalorisation des fonctions socio-sanitaires : création de l'ordre du mérite de la Santé et l'action sociale ;
- Le niveau de l'exécution du budget jugé satisfaisant
- L'adaptation de la nomenclature budgétaire à certaines exigences de la politique sectorielle de Santé : créations ou décentralisations de chapitres budgétaires ;
- Elaboration d'un projet de plan comptable des EPA déposé au Ministère des Finances et du Commerce ;
- L'amélioration du niveau de justification des ressources allouées ;
- Le lancement de tous les marchés 1996 ;
- L'amélioration de la tenue de la comptabilité-matières au niveau central ;

Les difficultés ou insuffisances ci-après ont été constatées :

- L'insuffisance des effectifs : de nombreux déficits ont été constatés ;
- L'absence de données sur les effectifs des secteurs communautaire et privé;
- Non élaboration d'un budget programme consolidé à cause de l'absence de précisions sur les financements extérieurs, communautaires, les ressources générées par le recouvrement des coûts ainsi que les apports des autres intervenants dans le secteur ;
- Retards dans le montage des dossiers d'appel d'offres (retards dans l'élaboration des spécifications techniques contenues dans ces dossiers).
- Absence ou mauvaise tenue de la comptabilité-matières dans certains services.

Les perspectives 1997 seront orientées vers la poursuite des mesures visant à améliorer la gestion des ressources du département :

1.7.1 Gestion des ressources humaines :

- Finaliser l'informatisation de la gestion des ressources humaines ;
- Finaliser et mettre en œuvre les plans de formation et de carrière.

1.7.2 Gestion des Ressources Financières :

- Assurer en collaboration avec la Direction Nationale du Budget, l'informatisation de l'exécution et du suivi du budget du département.
- Elaborer un tableau de suivi de la mobilisation des ressources AFROPOC ;
- Développer avec les partenaires et les services utilisateurs des mécanismes permettant d'améliorer la justification des fonds

1.7.3 Gestion des Ressources Matérielles :

- Achèver l'informatisation de la comptabilité matières ;
- Veiller à la tenue régulière de la comptabilité-matières dans tous les services du département.

1.8. CONCLUSION

(...) L'ensemble des participants ont salué l'organisation de ces journées et ont insisté la nécessité d'une meilleure définition des modalités de leur organisation en amont : période, durée, les grands axes à retenir, etc...

Le mois de Novembre a été suggéré pour la tenue de ces journées, elles doivent dans les cas succéder aux différentes réunions des CROCEPS.

A l'issue des débats, il a été retenu que l'ensemble de ces questions feront l'objet de consultations au cours du premier semestre 1997 afin que parviennent aux participants toutes les informations pertinentes pour la tenue de ces journées.

2./ DOTATIONS BUDGETAIRES 1997

Le budget 1997 du Ministère de la Santé est une réaffirmation de la volonté du Gouvernement à appuyer les Politiques Sectorielles de Santé et d'Action Sociale. En effet, des augmentations générales appréciables peuvent être notées par rapport à 1996 permettant de porter le ratio de la santé de 8,31 % en 1996 à 9,57 % en 1997.

2.1. Budget ordinaire : en milliers de FCFA

a) Etablissements Publics à caractère Administratif.

Les inscriptions 1996 de la Caisse des Retraites du Mali ont été reconduites en 1997 soit 2.300.000.000 FCFA.

Tableau 1 : Budget ordinaire des EPA.

DESIGNATION	DOTATIONS 1996	DOTATIONS 1997	VARIATIONS	
			En valeur	%
HGT	580.000	710.000	130.000	22,4
HPG	530.000	665.000	135.000	25,5
HN.KATI	165.000	295.000	130.000	78,8
INRSP	226.150	368.150	142.000	62,79
CNOS	170.000	244.779	74.779	44
TOTAUX	1.671.150	2.282.929	611.779	36,6

Les inscriptions des EPA au titre du budget ordinaire ont augmenté en moyenne de 36,6 %. Les plus fortes augmentations sont enregistrées par Kati et l'INRSP qui ont respectivement atteint 78,8 % et 62,79 %. L'innovation principale est la création d'une ligne "Equipement et Investissement" pour ces EPA. Les inscriptions au titre de cette ligne sont les suivantes par structure :

HGT	100.000.000
HPG	100.000.000
H. NAT.KATI	110.000.000
CNOS	50.000.000
INRSP	125.000.000
<hr/>	
	485.000.000

b) Niveau Central (en milliers de FCFA).

Tableau 2 : Budget ordinaire du niveau central

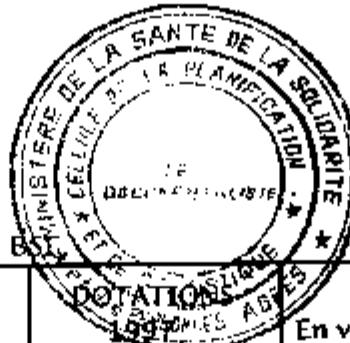
DESIGNATION	DOTATIONS 1996	DOTATIONS 1997	VARIATIONS	
			En valeur	%
Personnel	1.105.551	1.148.842	43.291	4
Fonctionnement	2.766.242	3.073.268	307.026	11
Transferts	487.357	504.357	17.000	3,5
Autres dépenses	30.630	35.630	5.000	16
Equipements et Investissements.	0	400.000	400.000	-
TOTAUX	4.389.780	5.162.097	772.317	17,5

Les inscriptions au niveau central ont augmenté en moyenne de 17,5 %, l'innovation constatée est la création d'un chapitre "Equipement et Investissement" dont la dotation 1997 s'élève à 400.000.000 FCFA.

2.2 Budget Spécial d'Investissement (en Milliers de FCFA)

a) Financement intérieur :

Tableau 3 : Financement intérieur du BSI



DESIGNATION	DOTATIONS 1996	DOTATIONS 1997 (MILLIERS FCFA)	VARIATIONS	
			En valeur	%
CPS	5.000	5.000	0	
HPG	85.000	50.000	35.000	
PSPHR	67.005	67.005	0	
CEPRIS	267.000	125.000	142.000	
Renovation 4 Etablissements Sanitaires Ruraux.		5.000	5.000	
Infrastructures Sanitaires Koulikoro, Nara.	?			
Programme Oncho	14.753	14.753	0	
Programme Schisto	35.767	35.767	0	
Hygiène et Assainissement.	720	720	0	
PPM	50.000	92.000	42.000	
Hôpital de Kati	0	130.000	130.000	
Programme SEDA	0	29.000	29.000	
PNEVG	0	15.000	15.000	
PEV	0	70.000	70.000	
TOTAUX	525.245	639.245	114.000	21,7 %

L'augmentation moyenne du financement intérieur dans le Budget Spécial d'Investissement est de 21,7 %. La forte diminution constatée avec l'achèvement de deux projets (BAD) de la CEPRIS a été compensée par de nouvelles inscriptions importantes à l'hôpital de Kati (130.000.000 FCFA) et au Centre National d'Immunisation pour le renouvellement et l'entretien du matériel PEV pour 70.000.000 FCFA.

b) Financement Extérieur (en milliers de FCFA).

Tableau 4 : Financement extérieur du BSI

DESIGNATION	DOTATIONS 1996	DOTATIONS 1997	VARIATIONS	
			En valeur	%
Programme National de Santé Familiale.	206.000	126.000	-80.000	
Action Sociale et Diversification offre de Santé.	200.000	0	-200.000	
Assistance Enfants en circonstance difficile.	188.000	180.000	-8.000	
Services Urbains de base Bamako et Mopti.	187.000	184.000	-3.000	
Promotion des initiatives locales GTZ.	0	450.000	450.000	
PNEVG	26.000	202.000	176.000	
Projet Micro-élément nutritif (UNICEF)	58.000	71.000	13.000	
Système de soins intégrés et décentralisés(UNICEF)	1.316.000	918.000	-398.000	
Appui Fondations Follereau.	200.000	200.000	0	
Projet Soins de Santé Primaires Dioila, Kangaba.	0	101.000	101.000	
Programme d'appui Santé Sikasso.	357.000	357.000	0	
Infrastructures Sanitaires Koulikoro, Nara.	790.000	1.312.000	522.000	
Restauration Hôpital Point G	530.000	336.000	-194.000	
Soins Santé Primaires 2è Région.	80.000	36.000	-44.000	

En milliers de FCFA

DESIGNATION	DOTATIONS 1996	DOTATIONS 1997	VARIATIONS	
			En valeur	%
Soins de Santé Primaires 4è Région.	0	400.000	400.000	
PEV.	567.000	227.000	-340.000	
Programme National de lutte contre le SIDA.	1.452.000	1.105.000	-347.000	
Programme National de lutte contre les maladies Diarrhéi- ques.	40.000	21.000	-19.000	
Prog. Nat. lutte contre l'Oncho.	40.000	40.000	0	
Prog. de lutte contre la Schistosomiase.	40.000	0	-40.000	
Construction/Equi- pement centres de santé (BID).	472.000	1.303.000	831	
Renovation 4 établis- sements sanitaires ruraux.	3.171.000	470.000	-2.701.000	
Soins de santé primaires Bandiagara	353.000	300.000	-53.000	
Système de soins intégré du Nord (UNICEF).	155.000	173.000	18.000	
Projet Education Hygiène Publique. (UNICEF)	159.000	138.000	-21.000	
Soins de Santé Primaires Sikasso.	0	340.000	340.000	
Etude sous-secteur Equipements Sanitaires	90.000	0	-90.000	
PSPHR.	10.210.000	7.621.000	-2.589.000	

En milliers de FCFA.

DESIGNATION	DOTATIONS 1996	DOTATIONS 1997	VARIATIONS	
			En Valeur	En %
Projet d'appui à la surveillance épidémiologique.	80.000	0	-80.000	
Appui Coopération française au CNIECS.	52.000	37.000	-15.000	
Promotion des femmes.	95.000	0	0	
TOTAL	21.034.000	16.648.000	-4386.000	-20,85 %

Malgré le démarrage de projets nouveaux, le financement extérieur au profit de la santé a diminué en moyenne de 20,85 % entre 1996 et 1997. Cette diminution est en partie due à l'achèvement de projets importants (projets BAD) et à la réalisation par le PSPHR d'une grande partie de ses investissements prévus.

3. Budgets Régionaux

Les inscriptions budgétaires des régions passent globalement de 1.655.981.000 FCFA en 1996 à 1.847.269.000 FCFA en 1997 soit une augmentation moyenne de 11,55 %. Les plus fortes augmentations sont constatées dans les régions du Nord où le budget de Kidal enregistre la plus forte croissance (59,23 %), celui de Tombouctou croît de 27,66 % et Gao de 20,24 %. L'innovation principale au niveau des budgets régionaux est la création du chapitre 13 "Indemnités de déplacement" destiné à la prise en charge des activités de supervision.

Tableau 5 : Budgets Régionaux (Directions Régionales Santé et Action Sociale)

En milliers de FCFA.

DESIGNATION	DOTATIONS 1996	DOTATIONS 1997	VARIATIONS	
			En Valeur	En %
Kayes	218.536	245.220	26.684	12,2
Koulikoro	196.960	208.918	11.958	6,07
Sikasso	240.969	259.896	18.927	7,85
Ségou	253.195	265.725	12.430	4,90
Mopti	175.061	192.903	17.842	10,19
Tombouctou	99.223	126.672	27.449	27,66
Gao	79.097	95.112	16.015	20,24
Kidal	26.696	31.764	11.816	59,23
Bamako	372.992	421.059	48.067	12,88
TOTAL	1.655.981	1.847.269	191.288	11,55

De 1996 à 1997 les financements intérieurs augmentent en moyenne de 21 % pendant que ceux de l'extérieur diminuent de 20,85 %. Compte tenu de la forte proportion de la part de l'extérieur du financement extérieur dans le financement total de la santé (71,8 % en 1996 et 62,5 % en 1997), cela s'est traduit par une diminution du financement global d'environ 9,2%.

Tableau 6 Budget 1997 du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées en grandes masses :

En Milliers de Francs.

DESIGNATION	DOTATIONS 1996	DOTATIONS 1997	VARIATIONS	
			En valeur	%
Budget ordinaire EPA	1.671.150	2.282.929	611.779	36,6
Budget Niveau Central	4.389.780	5.162.097	772.317	17,5
BSI financement Intérieur	525.245	639.245	114.000	21,7
BSI financement Extérieur	21.034.000	16.648.000	-4.386.000	20,85
Budgets Régionaux	1.655.981	1.847.269	191.288	12,88
TOTAUX	29.276.156	26.579.540	-2.696.616	-9,2 %

3./ ORIENTATIONS ET PRIORITES PROGRAMMATIQUES 1997

Le Budget 1997 du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées comme celui de 1996 est un instrument de réalisation des objectifs de la Politique Sectorielle de Santé et de Population, de la Politique de Solidarité et du Programme en faveur des Personnes Agées. Les orientations et les priorités programmatiques de ce budget découlent bien entendu de ces politiques, de l'état de réalisation du plan d'action 1996, des conclusions des tournées ministérielles dans les Régions, du Programme Intérimaire du Gouvernement et du caractère charnière de l'année 1997 marquée par l'achèvement du projet Santé, Population et Hydraulique Rurale et du lancement du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social et du Programme d'Investissement Sectoriel.

Les priorités ci-après seront retenues :

3.1. Renforcement des Directions Régionales en 1997

Dans le cadre des activités qui leur sont assignées par la Politique Sectorielle de Santé notamment l'appui technique aux services socio-sanitaires décentralisés (CSCOM, CSAR) et déconcentrés de référence (CSC), la réalisation d'activités dans le domaine de l'IEC, une meilleure gestion des ressources humaines, financières et matérielles, les Directions Régionales de la Santé orienteront leurs priorités 1997 vers :

- une plus grande intégration des activités des projets et programmes au Paquet Minimum d'Activités ;
- une réduction de la vulnérabilité des populations aux épidémies avec la mise en place de dispositifs permettant une prévention et une réaction rapide en cas d'épidémie;
- le renforcement de la politique d'hygiène et d'assainissement et le concours à l'édition des mesures d'hygiène par les autorités administratives ;
- la consolidation du schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels.

A cet égard, les budgets régionaux en plus des augmentations constatées seront renforcés par :

- des inscriptions sur le chapitre 13 "Indemnités de Mission" ouvert cette année au niveau régional ;
- des ressources allouées pour la mise en œuvre de contrats programmes à Kayes, Koulikoro, Tombouctou, Gao et Kidal ;

- une délégation partielle des crédits "Epidémies et Catastrophes" en vue d'assurer une réaction rapide du niveau régional.
- diverses délégations de crédit pour la réalisation d'activités spécifiques jugées prioritaires non programmées sur les budgets régionaux.

Ces interventions, destinées à renforcer l'intervention des Directions Régionales dans la mise en œuvre des politiques de Santé, de Solidarité et en faveur des personnes âgées, doivent permettre d'accroître l'efficacité du niveau régional.

3.2 - Développement des Infrastructures

a) Extension de la Couverture Sanitaire

Le Budget d'Etat 1997 vise à consolider et à renforcer les acquis par la réalisation et la révolution des CSCOM ou CSAR ne bénéficiant pas de financement extérieur (Gourma Rharous, Youwarou, Macina, Bougouni) et à renouveler des équipements des premiers CSCOM-CSAR créés. A cet effet, en plus des CSCOM programmés sur financement PSPHR, l'année 1997 verra le démarrage effectif de la Politique Sectorielle de Santé dans les Régions du Nord. Tous les centres qui seront réalisés seront entièrement équipés.

- Les travaux de réalisation des centres de santé de cercle programmés sur financement IDA, FED, BID seront poursuivis ;

Il est attendu de ces réalisations une amélioration sensible de l'extension de la couverture sanitaire en 1997.

- La rénovation et la réhabilitation des hôpitaux régionaux vont également se poursuivre.

- Dans les hôpitaux nationaux, l'hôpital Gabriel reprendra entièrement la salle de radiologie, le laboratoire et l'ancien bâtiment de la pédiatrie, l'hôpital du Point G vera la réalisation du local du Scanner et la rénovation/extension de la Direction Générale. Les bâtiments de l'hôpital de Kati seront également renovés. Ces investissements doivent contribuer à une amélioration sensible de la qualité des soins dans les hôpitaux nationaux au courant de 1997.

b) Actions Spécifiques :

- En vue d'améliorer la fonctionnalité du département par le regroupement géographique des services, la construction de l'immeuble de la santé dont l'appel d'offres a été lancé en 1996, démarera en 1997.

- La réalisation du siège du conseil national des personnes âgées pourrait également être programmée en fonction des disponibilités, l'étude architecturale de la maison de la Solidarité sera également réalisée en 1997.

3.3 - La Disponibilité des Médicaments

Les priorités 1997 porteront sur :

- La consolidation du schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels en vue d'assurer leur disponibilité géographique et financière pour la population (mise en oeuvre des activités d'accompagnement du schéma directeur ; informatisation des directions régionales, renforcement du contrôle de qualité, mise en place d'équipements et matériels pour la manipulation des Médicaments Essentiels).
- Le renforcement des capacités de production de l'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques et du contrôle de la qualité des produits.
- le nouveau contrat-plan de la Pharmacie Populaire du Mali sera adopté et mis en oeuvre ;
- la disponibilité pour les structures publiques des médicaments nécessaires aux traitements des maladies dites sociales (tuberculose, Sida, Cancer, etc...);
- l'acquisition sur budget d'Etat de vaccins dans le cadre du protocole signé avec l'UNICEF (vaccins PEV, autres vaccins).
- la lutte contre les médicaments par terre sera également renforcée.
- la disponibilité et l'accès des médicaments essentiels en DCI seront ainsi renforcées en 1997.

3.4 - Le Renforcement de certains services en fournitures techniques. (LNS, CNI, CNTS, CNIECS).

Les inscriptions de fournitures techniques accordées en 1996 seront maintenues en 1997 pour les mêmes services et pour les mêmes montants à l'exception du CNI pour lequel l'inscription passe de 168.700.000 FCFA à 328.700.000 FCFA en vue de faire face à l'achat de vaccins du PEV.

3.5 - La Modernisation et la complémentarité des Hôpitaux

L'objectif principal pour l'année 1997 portera sur la diversification et l'amélioration de la qualité des prestations des hôpitaux nationaux et régionaux. A cet égard, le renforcement des plateaux techniques commencé depuis quelques années sera poursuivi. Les inscriptions dont les hôpitaux nationaux ont bénéficié au titre des investissements sur le budget 1997 serviront à consolider et à renforcer les investissements réalisés ou en cours. Ainsi 1997 verra le démarrage des activités de dialyse et de scannographie au Point G et de prothèse de hanche à Kati.

A l'hôpital Gabriel Touré, le bâtiment de la radiologie sera renové, les blocs à froid et le laboratoire réhabilité ainsi que le nouveau bâtiment de la Pédiatrie seront équipés. L'hôpital National de Kati complétera l'équipement de ses nouveaux blocs afin d'assurer de façon séparée la chirurgie osseuse et viscérale.

Le CNOS poursuivra le renouvellement de ses fauteuils dentaires (acquisition de deux fauteuils en 1997) afin d'améliorer la fonctionnalité des 7 cabinets actuellement ouverts.

Par ailleurs, certains hôpitaux régionaux ne bénéficiant pas de financement extérieur seront programmés en équipement sur le budget 1997 (complément et/ou modernisation).

3.6 - La Lutte contre la maladie et les épidémies

a) Lutte contre la Maladie

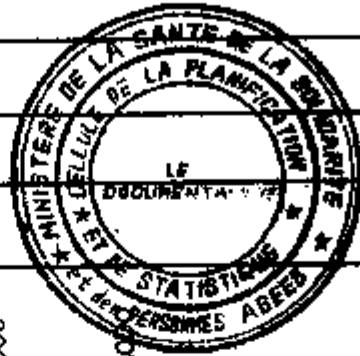
Les programmes nationaux existants qui constituent le cadre principal de cette lutte sont actuellement dans une phase de transition dans laquelle l'appui du budget d'Etat doit se substituer aux interventions extérieures. La priorité sera accordée aux programmes Palu, TDCL, Cecité, lutte contre les maladies diarrhéiques, les Infections Respiratoires Aiguës la lèpre et la tuberculose..

L'intervention du budget d'Etat 1997 consistera à renforcer ces programmes par le financement d'activités complémentaires. Tous ces programmes doivent aller au PMA. Les financements alloués à la Santé Publique au titre de 1997 tiendront compte de cette intégration.

b) Les Épidémies et Catastrophes :

Les efforts viseront à mettre en place les dispositifs permettant de réduire la vulnérabilité des populations aux épidémies. A cet effet, les dispositions institutionnelles nécessaires seront prises et le plan national de lutte contre les principales épidémies adopté par le Gouvernement sera mis en oeuvre. Dans ce cadre, des campagnes de vaccination contre la fièvre jaune et contre la méningite seront réalisées. Ainsi le taux de lethalité doit enregistrer en 1997 une forte diminution.

OBJECTIFS	ACTIVITES	COUTS TOTAL	PLAN DE FINANCEMENT			CHRONOGRAMME DE REALISATION				OBSERVATIONS
			Resources propres	Apport Budget d'Etat	Autres (à préciser)	1er	2e	3e	4	
	- Organisation des premiers jeux de la CEDEAO pour personnes handicapées.	Prm								UNICEF.
	- Protection Sociale des couches défavorisées.	2.000.000								
	- Investissement et équipement au CAPF.	17.000.000								
	- Organiser le 4 ^e Parlement des Enfants.	10.000.000								
	- Réaliser l'étude architecturale de la Maison de la Solidarité.	5.000.000								



OBJECTIFS	ACTIVITES	COUTS TOTAL	PLAN DE FINANCEMENT			CHRONOGRAMME DE REALISATION				OBSERVATIONS
			Ressources propres	Apport Budget d'Etat	Autres (à préciser)	1er	2e	3e	4	
Renforcer la lutte contre la pauvreté et l'exclusion.	<ul style="list-style-type: none"> - Mise en œuvre des programmes sociaux. - Services Urbains de base à Bamako et Mopti. - Rendre fonctionnelle la maison des Aînés. - Renforcer les capacités de l'EFDC. 	<ul style="list-style-type: none"> 110.000.000 184.000.000 88.258.715 10.700.000 11.670.000 	<ul style="list-style-type: none"> 110.000.000 83.258.715 8.100.000 	<ul style="list-style-type: none"> 5.000.000 	<ul style="list-style-type: none"> 2.600.000 					Mis en œuvre des programmes sociaux.

OBJECTIFS	ACTIVITÉS	COUTS TOTAL	PLAN DE FINANCEMENT			CHRONOGRAMME DE RÉALISATION		OBSERVATIONS
			Ressources propres	Apport Budget d'Etat	Autres (à préciser)	1er	2è	
	- Construction/ Aménagement D.M.T.	13.000.000		15.000.000				
Sous-Total		13.538.866.000	156.866.000	1.002.000.000	200.000.000			
Revaloriser et motiver le personnel socio- sanitaire.	- Réaliser 41* logements d'astreinte.	697.000.000	63.000.000	629.000.000				BAD/BID
Sous-Total		697.000.000	63.000.000	629.000.000				

* La réalisation de 4 logements d'astreinte est programmée sur le budget d'Etat. Les localités à programmer prioritairement seront définies par la DNSP.

OBJECTIFS	ACTIVITES	COUTS TOTAL	PLAN DE FINANCEMENT			CHRONOGRAMME DE REALISATION				OBSERVATIONS
			Ressources propres	Apport Budget d'Etat	Autres (à préciser)	1er	2e	3e	4	
	<ul style="list-style-type: none"> - Equipment de prothèse de hanche . - Autoclave - Echographe. CNOSS - Deux fauteuils - Equipements Divers. 		<ul style="list-style-type: none"> 15.000.000 20.000.000 26.000.000 70.000.000 25.000.000 	<ul style="list-style-type: none"> 15.000.000 20.000.000 26.000.000 70.000.000 25.000.000 						
	<u>INRSP Bureau des</u> <u>Bureau des</u> <u>Entrées :</u>	<u>9.000.000</u>				<u>9.000.000</u>				
	<ul style="list-style-type: none"> - Investissements - Achat de réactifs - Achats matières premières DMFT. 		<ul style="list-style-type: none"> 125.000.000 40.000.000 10.000.000 			<u>125.000.000</u>	<u>40.000.000</u>	<u>10.000.000</u>		

OBJECTIFS	ACTIVITÉS	COUTS TOTAL	PLAN DE FINANCEMENT			CHRONOGRAMME DE REALISATION		OBSERVATIONS
			Ressources propres	Apport Budget d'Etat	Autres (à préciser)	1er	2è	
	- Renovation et équipement du laboratoire.	25.000.000,		25.000.000				
	- Equipement blocs à froid.	40.866.000	40.866.000					
	- Equipement de la Pédiatrie.	100.000.000		100.000.000				
	- Renovation ancien bâtiment Pédiatrie.	69.000.000	50.000.000	19.000.000				
Hôpital Kati :								
- Génie Civil,								
- Appareils d'anestes- thésie-Réanima- tion.	130.000.000	130.000.000						
	- Amplificateur de brillance.	50.000.000		50.000.000				
		60.000.000		60.000.000				

OBJECTIFS	ACTIVITES	COUTS TOTAL	PLAN DE FINANCEMENT			CHRONOGRAMME DE REALISATION				OBSERVATIONS
			Ressources propres	Apport Budget d'Etat	Autres (à préciser)	1er	2 ^e	3 ^e	4	
	- Programme de lutte contre la Tuberculose.	12.146.578		5.000.000	7.146.578					
	- Programme TDCL	76.000.000		5.000.000	71.000.000					
	- Programme de lutte contre les maladies Diar- rhéique.	21.000.000			21.000.000					
	- Programme National de Santé Familiale.	126.000.000			126.000.000					
	- Programme National de lutte contre le Sida.	1.134.000.000		29.000.000	1.105.000.000					
	- Laboratoire National de la Santé.	35.023.200		20.750.000	14.273.200					
Sous-Total		2.343.376.108		175.300.000	2.168.076.508					OMSFED

OBJECTIFS	ACTIVITES	COUTS TOTAL	PLAN DE FINANCEMENT			CHRONOGRAMME DE REALISATION				OBSERVATIONS
			Ressources propres	Apport Budget d'Etat	Autres (à préciser)	1er	2e	3e	4	
	<ul style="list-style-type: none"> - Programme National de lutte contre la Cécité. - Mise en oeuvre plan national de lutte contre les épidémies. - Programme de Lutte contre la Lèpre. - Programme de lutte contre le Paludisme. - Programme Elargi de Vaccination. 	86.467.000		5.000.000	81.467.000					AFRI-OMS
			Prm			204.582.925				
							5.000.000	96.507.000		
									227.000.000	

OBJECTIFS	ACTIVITÉS	COUTS TOTAL	PLAN DE FINANCEMENT		CHRONOGRAMME DE REALISATION				OBSERVATIONS
			Ressources propres	Apport Budget d'Etat	Autres (à préiser)	1er	2e	3e	
Renforcer le système de surveillance épidémiologique (PASE)	- Supervision - Former le personnel et équiper les services.	7.000.000 50.000.000	7.000.000 50.000.000						USAID CRDI
Sous-Total		57.000.000			57.000.000				
Lutter contre les maladies.	- Programme Onchocercose. - Programme Schistosomiasis. - Programme National de lutte contre le Ver de Guinée.	77.880.805 35.767.000 217.000.000	54.753.000 35.767.000 15.000.000	23.127.805					BSI-OCP-Appui au programme.

OBJECTIFS	ACTIVITES	COUTS TOTAL	PLAN DE FINANCEMENT				CHRONOGRAMME DE REALISATION	OBSERVATIONS		
			Ressources propres	Aport Budget d'Etat	Autres (à préciser)	1er	2e	3e	4	
Améliorer les conditions d'hy- giène de la population.	- Education à l'hygiène publique - Mise en oeuvre du plan d'action.	138.000.000	PM		138.000.000					UNICEF/OMS
Sous-Total		138.000.000			138.000.000					

OBJECTIFS	ACTIVITES	COUTS TOTAL	PLAN DE FINANCEMENT			CHRONOGRAMME DE REALISATION	OBSERVATIONS			
			Ressources propres	Apport Budget d'Etat	Autres (à préciser)	1er	2e	3e	4	
	<ul style="list-style-type: none"> - Acquisition de compresse, de coton et d'alcool. - Production de supports. - Equipement des points de vente. - Recyclage des techniciens de Labo. - Conduire les activités du groupe 5 pour améliorer les pratiques de dispensation et de prescription. 	17.000.000	17.000.000							PSPHR
		24.800.000			24.300.000					FAC
		3.000.000			3.000.000					
		12.210.000								
Sous-total		303.422.250			124.641.000					OMS/FED.

OBJECTIFS	ACTIVITES	COUTS TOTAL	PLAN DE FINANCEMENT				CHRONOGRAMME DE REALISATION	OBSERVATIONS		
			Ressources propres	Apport Budget d'Etat	Autres (à préciser)	1er	2e	3e	4	
Sécuriser la transfusion san- guine.	<ul style="list-style-type: none"> - Recruter et fide- liser les donneurs. - Equiper le laboratoire. - Acquisition four- nitures techni- ques. - Acquisition de moyens logisti- ques. 	13.520.000	13.520.000							FED
		21.000.000			21.000.000					FED
		45.250.000		45.250.000						FED
		45.000.000			45.000.000					FED
Sous-Total		124.770.000		58.770.000						

OBJECTIFS	ACTIVITES	COUTS TOTALS	PLAN DE FINANCEMENT				CHRONOGRAMME DE REALISATION	OBSERVATIONS		
			Ressources propres	Apport Budget d'Etat	Autres (à préciser)	1er	2è	3è	4	
	- Renouveler la chaîne de froid. - Supervision.	466.500.000 20.000.000		70.000.000	396.500.000 20.000.000					USAID/PNUD/ OMS.
	- Réaliser la recherche opérationnelle.	5.194.830			5.194.830					CRDI.
Sous-Total		905.394.830		483.700.000	421.694.830					

OBJECTIFS	ACTIVITES	COUTS TOTAUX	PLAN DE FINANCEMENT				CHRONOGRAMME DE REALISATION	OBSERVATIONS		
			Ressources propres	Apport Budget d'Etat	Autres (à préciser)	1er	2e	3e	4	
Sous-Total Prévenir les Maladies.	- Système de soins intègres du Nord.	173.000.000			173.000.000					
	- Activités spécifi- ques pour accrof- tre la couverture vaccinale : contrat-program- mes à Gao, Kidal, Tombouctou, Kayes et Koulli- koro.	50.000.000		300.000.000	14.360.523.699					
	Approvisionner en vaccins.	328.700.000		50.000.000	328.700.000					
	- Elaborer la stra- tégie d'élimina- tion du téta- tonatal.	35.000.000		35.000.000						

OBJECTIFS	ACTIVITES	COUTS TOTAUX	PLAN DE FINANCEMENT				CHRONOGRAMME DE REALISATION	OBSERVATIONS		
			Ressources propres	Apport Budget d'Etat	Autres (à préciser)	1er	2è	3è	4 -	
	<ul style="list-style-type: none"> - Construction et équipement des centres de santé : CSC de Goundam et Gao ; CSA de Hombori, Moredoro, Ngouma, Doyekiré, Gangando, Bintagoungou, Gossi, Haoussa-Foulane. 	1.303.000.000			1.303.000.000				BID	
	<ul style="list-style-type: none"> - Renovation de 4 établissements sanitaires ruraux (Travaux complémentaires). 	470.000.000			470.000.000				BAD	

OBJECTIFS	ACTIVITES	COUTS TOTALS	PLAN DE FINANCEMENT				CHRONOGRAMME DE REALISATION	OBSERVATIONS		
			Ressources propres	Apport Budget d'Etat	Autres (à préciser)	1er*	2e	3e	4	
	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la capacité en maintenance et élaborer les études de l'Hôpital régional de Sikasso, des CSC de Sikasso, Koutia, Yanfolila, Kolondiéba, Bougouni, Yorosso et des CSA de Yorobougoula, Filamana, Kelyea, Boura et Mahou. 	328.000.000			328.000.000					BAD
	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser les infrastructures sanitaires de Koulikoro-Nara et Nafunké. 	1.312.000.000			1.312.000.000					BAD

OBJECTIFS	ACTIVITÉS	COUTS TOTAUX	PLAN DE FINANCEMENT		CHRONOGRAMME DE RÉALISATION		OBSERVATIONS
			Ressources propres	Apport Budget d'Etat	1er	2e	
	- Système de soins intégrés et décentralisés.	918.000.000		918.000.000			USAID/PNUD/ OMS.

(1) Ce budget-programme ne comprend pas les crédits alloués pour le fonctionnement ordinaire des services. Pour cette année, ces crédits se chiffrent au moins à 6.132.844.000 FCFA qui se répartissent comme suit :

- Services Centraux et Hôpitaux Régionaux et Secondaire : 2.487.646.000 FCFA,
- Les Hôpitaux nationaux, le CNOS et l'INRESP : 1.797.929.000 FCFA auquel il faut ajouter un pourcentage élevé de leurs ressources propres allouées au fonctionnement,
- les Directions Régionales : 1.847.269.000 FCFA,
- (2) dont 200.000.000 FCFA pour le Génie Civil et 100.000.000 FCFA pour l'équipement. La DNSP doit fournir la liste des centres à programmer sur cette inscription.

4./ BUDGET PROGRAMME 1997 DU MSSPA (1)

La traduction de ce cadre global en activités prioritaires programmées en 1997 assorties de leurs coûts ainsi que des objectifs à atteindre figure dans les tableaux ci-après:

3.11 - L'éthique et la déontologie :

Les moyens des ordres professionnels seront renforcés en vue de l'application des règles d'éthique et de déontologie par l'éducation, l'information et la sensibilisation des professionnels de la santé : des moyens accrus seront alloués à l'Inspection de la Santé et de l'Action Sociale pour renforcer le contrôle de la législation et de la réglementation en vigueur. Le suivi du secteur privé de la Santé sera renforcée en 1997.

3.12 - L'Action Sociale et la Solidarité

Face à la détérioration progressive du tissu social, à l'effritement des valeurs au niveau des familles et de la communauté et à la paupérisation des populations, il est urgent et indispensable de mettre en place un modèle cohérent de lutte contre la pauvreté ainsi qu'un système de protection sociale efficient. Pour ce faire les actions 1997 tendront vers la mise en place d'un système de protection obligatoire pour toute la population s'appuyant sur le développement de la mutualité.

Les activités à programmer sur les inscriptions faites au titre des subventions (110.000.000 FCFA) doivent s'inscrire dans ce cadre. Il s'agira de rationaliser notre intervention afin de rendre l'action du gouvernement plus visible et plus efficace dans ce domaine. A cet effet, l'approche programme sera retenu en 1997.

Des activités de lutte contre la pauvreté doivent également demeurer une priorité 1997.

Les actions ci-après initiées en faveur des personnes âgées doivent également être renforcées : la protection sanitaire des personnes âgées, les travaux de finition de la maison des Âmés, la construction du Conseil National des Personnes Agées, etc...

Dans le domaine de la retraite les priorités porteront sur :

- l'amélioration de la gestion des ressources de la CRM,
- la poursuite du recensement physique et du délestage,
- la décentralisation progressive des activités.

3.13 - Communication

Les priorités seront orientées vers la réalisation de documentaires sur la bonne utilisation des structures sanitaires, les campagnes de lutte contre les épidémies, la Valorisation des fonctions socio-sanitaires ainsi que la promotion des médicaments essentiels en DCI.

3.7 - L'Hygiène et l'Assainissement

Le plan d'action d'hygiène et d'assainissement élaboré sera soumis au gouvernement en 1997. Sa mise en oeuvre constituera une priorité en 1997 en vue d'améliorer le cadre de vie des populations.

3.8 - La Qualité des Soins

Pour permettre à nos structures d'offrir un traitement utile, un traitement efficace à un meilleur coût pour la population, un accent particulier sera mis sur l'amélioration de la qualité des soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire au cours de 1997. Pour ce faire, les efforts seront orientés vers le renforcement des équipements, des infrastructures et l'amélioration de la qualité des ressources humaines.

3.9 - Ressources Humaines

183 agents ont été recrutés au titre de 1997. L'accent a été mis sur le personnel paramédical afin de combler en partie les déficits constatés à l'intérieur du pays (139 agents pour les catégories B et C). Une priorité sera accordée à la réalisation de logements d'astreinte dans les structures sanitaires à partir de plans types qui seront adoptés (41 logements d'astreinte dont la liste est jointe en annexe seront réalisés en 1997). La revalorisation des fonctions socio-sanitaires fera l'objet de propositions d'amélioration au Gouvernement pendant l'année 1997. Les activités tendant à renforcer l'éthique et la déontologie seront poursuivies. Une attention particulière sera accordée à la formation.

3.10 - Entretien et Renouvellement des Logistiques

Le programme d'équipement entrepris il y a quelques années a permis de doter les structures de logistiques : véhicules, moto, RAC etc..

Un programme d'entretien ou de renouvellement de ces équipements dont certains entrent dans leur 3ème année doit être élaboré. Une partie de ce programme sera exécutée sur le budget 1997.

Dans le domaine de la logistique, la priorité sera accordée à la mobilité dans les régions du Nord.

OBJECTIFS	ACTIVITES	COUTS TOTAL	PLAN DE FINANCEMENT				CHRONOGRAMME DE REALISATION	OBSERVATIONS		
			Ressources propres	Apport Budget d'Etat	Autres (à préciser)	1er	2e	3e	4	
	- Construire le siège du Conseil des Personnes Agées. Réaliser le siège du Parlement des Enfants.	PM								UNICEF/OMS.
Sous-Total		1160.602.245		255.518.715	905.083.530					
Améliorer la fonctionnalité du département.	- Construire l'immeuble de la Santé.	400.000.000		400.000.000						
Sous-Total		400.000.000		400.000.000						
TOTAL GENERAL		8.988.706.632	156.866.000	2.917.929.715	5.913.910.917	+				

LISTE DES PARTICIPANTS

ANNEXE 1

N° Ord.	PRENOMS & NOMS	SERVICES
01	Mohamed Attacher MAIGA	DRAS-District Bamako
02	Hma CISSE	Inspection de la Santé
03	Siné COULIBALY	Groupe Ad Hoc (PDSS)
04	Dr. Fatoumata N'DIAYE	C N O M
05	Mamadou DOUMBIA	Syndicat National de la Santé
06	Mohamed Alpha CISSE	Syndicat National de la Santé
07	Mady CAMARA	Syndicat National de la Santé
08	Dodo DIARRA	Syndicat National de la Santé
09	Dr. Youssouf SOW	SYNACAM (HGT)
10	Niaza COULIBALY	C.M/MSSPA
11	Ousmane SIDIBE	CPS/MSSPA
12	Dr. Niagalé TRAORE	CPS/MSSPA
13	Mamadou B. BALLO	CPS/MSSPA
14	Dr. Abdoulaye HAIDARA	CPS/MSSPA
15	Bokar Garba TOURE	Groupe Ad Hoc
16	Dr. Cheick R. SIDIBE	Groupe Ad Hoc
17	Amadou ROUAMBA	Groupe Ad Hoc
18	Mahamane I. CISSE	Groupe Ad Hoc
19	Mme SANGARE Bâ	Groupe Ad Hoc
20	Mme SYLLA Awa DIALLO	Groupe Ad Hoc
21	Guimba DANIOKO	Groupe Ad Hoc
22	Ibrahima CISSE	DRSA/Tombouctou DNAS
23	Youssouf DIAGNE	D N A S
24	Dr. Kassoum SANOGO	Hôpital Gabriel TOURE
25	Dr. Yanaoussou DOLO	C N O S
26	Aly Egoudou BOLY	Hôpital du Point G
27	Bernard GIOVANNI	Hôpital du Point G
28	Prof Gacoussou KANOUTE	SG/MSSPA

N° Ord.	PRENOMS & NOMS	SERVICES
29	Fatoumata Nafé TRAORE	PSPHR
30	Cheick H.T. SIMPARA	PSPHR
31	Dr. Cheick Oumar COULIBALY	DE/DNSP
32	Ousmane DOUMBIA	LNS/DNSP
33	Dr. Mamadou Sanou DIALLO	PNLT/DNSP
34	Djibril TOGO	SEPAUMAT
35	Dr. Minkella MAIGA	DLP/DNSP
36	Ousmane TOURE	DHA/DNSP
37	Dr. Issa DEGOGA	Coord. NL. Dracunculose
38	Adama BERTHE	DNSP (Coord. Lèpre)
39	Dr. Philippe DEMBELE	DE/DNSP
40	Mme KETTA Massamé	EIPC Bamako
41	Yves Marie DIARRA	C R M
42	Fatoumata M. TRAORE	E S S
43	Dr. fousseyni SIDIBE	PNLDP/DE/DNSP
44	Dr. Mariam Djibrilla MAIGA	DNSP
45	Dr. Mamadou KONATE	C N I
46	Dr. Hafsatou DIALLO	D S F C
47	Prof. Mousse MAIGA	CT/MSSPA
48	Etienne DIONE	CT/MSSPA
49	Prof. Anatole TOUNKARA	C N T S
50	Dr. Bassidi TRAORE	PNLS
51	Mekidian DIALLO	C R M
52	Dr. Doulaye SACKO	DNSP/DE/PNL
53	Dr. Mamadou Oumar TRAORE	DE/ONCHO
54	Lassina TRAORE	DNSP/DHA
55	Mahamedou DIARRA	Hôpital du Point G
56	Idrissa KANADJIGUI	INRSP/DNSP
57	Dr. Mohamed TRAORE	Hôpital de Kati

N° Ord.	PRENOMS & NOMS	SERVICES
58	Soumaïla KEITA	DAF/MSSPA
59	Abdoulaye Chaba SANGARE	DAF/MSSPA
60	Lassana Diabary BOUARE	Hôpital Gabriel TOURE
61	Mohamed TOURE	DNAS/DDC
62	Mme KAMISSOKO Nahon DIARRA	DNAS/C.SSS
63	Yacouba KAMIA	DNAS
64	Néné OUATTARA	CAPF/DNAS
65	Kadiatou N'DIAYE	DNAS
66	Mme GOLOGO Aissata TRAORE	DNAS
67	Mamadou A. GUINDO	DNAS
68	Diakalidia DOUCOURÉ	DNAS
69	Dr. Abdoulaye DOUMBIA	Hôpital de Kati
70	Dr. Yaya KANE	UMPP
71	Dr. Sory Ibrahima KABA	CT/MSSPA
72	Altanata EBALAGH	CT/MSSPA
73	Dr. Amadou TOURE	INRSP
74	Habibou TALL	CEPRIS
75	Bekary Nana COULIBALY	UMPP
76	Dr. Mohamed DICKO	PPM
77	Dr. Abdenhamane TOUNKARA	Hôpital Gabriel TOURE
78	Felix SIDIBE	CNIECS
79	Gaoussou TRAORE	DNAS
80	Ousmane GUINDO	DNAS
81	Mamadou TRAORE	INRSP
82	Pr. Abdou A. TOURE	CSTS
83	Mamoudou TOGO	CRM
84	Mamadou TIGANA	EFDC/DNAS
85	Dr. A. SOUMARE	Hôpital de Kati
86	Lassana FOFANA	CT/MSSPA
87	Bandiougou TRAORE	DNSP/DIE

N° Ord.	PRÉNOMS & NOMS	SERVICES
89	Kadi Talibane CISSE	DNSP/DIE
90	Dr. Zakaria MAIGA	SEGAL/MSSPA
91	Ferouk CAMARA	CCAB/MSSPA
92	Dr. Mamdu-Ma DISU	Représentant de l'OMS
93	Dr. Fodé BOUNDY	D N S P
94	Pr. Siné BAYO	I N R S P
95	Dr. Laurent LOB	D N S P
96	Dr. Lasseri KONATE	D N S P
97	Amadou BENGALY	C E P R I S
98	Bougouzé GOTTA	C E P R I S

ANNEXE 2 :

TERMES DE REFERENCE DES JOURNEES D'EVALUATION ET DE PROGRAMMATION BUDGETAIRE

I./ - OBJECTIFS

Ces journées visent à :

- Faire le point d'exécution des lettres de mission ou d'orientation et du budget-programme 1996 ;
- Faire le point de la mise en oeuvre de l'ensemble des projets et programmes du département ;
- Fixer les priorités ainsi que les objectifs principaux par structure ;
- Elaborer le budget-programme 1997 du département et adopter une procédure permettant d'assurer son suivi permanent.

II./ - METHODOLOGIE

Les exposés des Directeurs de services centraux ou rattachés doivent être très succincts et ne doivent porter que sur les aspects essentiels. Il ne doit être permis à aucun directeur de lire intégralement son rapport d'activités. Leurs exposés doivent porter sur les objectifs principaux qui avaient été fixés pour 1996, leur niveau de réalisation, les difficultés rencontrées ainsi que les propositions de solutions. Un débat de fond sera alors engagé sur la base de ces exposés. Les conclusions retenues à l'issue des discussions menées au cours de cette phase ainsi que les priorités définies par le département dans le document du cadre d'orientation et de programmation budgétaire permettront d'arrêter les objectifs 1997 par structure, les activités à retenir ainsi que leur coût, leurs plans de financement ainsi que leurs chronogrammes de réalisation.

Pour atteindre ces objectifs dans le délai retenu, les discussions doivent essentiellement être centrées sur les sujets et chaque intervenant se doit d'être concis et précis.

La revue des projets et programmes consistera pour chaque responsable de projet à faire un bref exposé des objectifs, les activités, le financement du projet, son niveau d'exécution, les difficultés rencontrées ainsi les propositions de réajustements à opérer.

A l'issue de cet exercice, les priorités et les objectifs seront dégagés par structure en tenant compte des orientations fixées par le document du cadre d'orientation

et de programmation 1997. Les activités permettant d'atteindre ces objectifs seront également définies.

Le Secrétariat des travaux sera assuré par le Secrétariat Général et le Cabinet.

III./ - RESULTATS ATTENDUS

- Une meilleure perception et compréhension des objectifs, stratégie, activités opérationnelles et difficultés du MSSPA ;
- Une large information de tous les responsables sur les activités de l'ensemble des projets et programmes du département et leur recentrage éventuelle sur les objectifs de la Politique Sectorielle de Santé ;
- Elaboration du rapport d'activités 1996 du département ;
- Elaboration du budget-programme 1997 du département tenant compte des objectifs des politiques en cours et du caractère charnière de l'année 1997 marquée par l'achèvement du projet Santé, Population et Hydraulique Rurale et du lancement du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Sociale 1997 - 2006 et du Programme Sectoriel d'Investissement ;
- Elaboration d'un chronogramme permettant le lancement de tous les appels d'offres avant le 31 Mars 1997 afin de pouvoir mettre le plutôt possible à la disposition des services les moyens permettant d'atteindre les objectifs.