



ORGANISATION
MONDIALE
DE LA SANTÉ

20, Avenue Appia
1211 GENEVE 27
SUISSE

FAX: OMS (41.22) 791 07 46
TÉL: (41.22) 791 21 11



ORGANISATION
DES NATIONS UNIES
POUR L'ÉDUCATION,
LA SCIENCE ET
LA CULTURE

7, place Fontenoy
75352 PARIS 07
FRANCE

FAX: UNESCO (33.1) 45 67 16 90
TÉL: (33.1) 45 68 10 00

Secrétariat de réunion

OMS

Chargé de la réunion:

Mr J. Perrot,

Division de la Coopération
intensifiée avec les Pays

Tél.: (41-22) 791 22 06 (direct)

Fax.: (41-22) 791 41 53

E-mail: PERROT@WHO.ORG

UNESCO

Chargé de la réunion:

Mr A. Lokisso,

Enseignement primaire
Division de l'Éducation de base

Tél.: (33-1) 45 68 10 35 (direct)

Fax.: (33-1) 40 65 94 05

Réunion technique:

WHO/UNESCO/ICO/RT/Plénière/95.18

Français seulement

Distribution: Limitée

*L'Impact de la dévaluation du franc CFA
sur la santé et l'éducation*

54612

Un an après: bilan pour l'action

Genève, 21 - 24 février 1995

SESSION PLÉNIÈRE

**IMPACT DE LA DEVALUATION DU FRANC CFA
SUR L'ACCES DES POPULATIONS A L'EDUCATION
ET A LA SANTE : CAS DU MALI**

Amadou Koïta

et

Salif Coulibaly

Institut du Sahel, Bamako

Ce document est issu de la réunion technique sur "*l'impact de la dévaluation du franc CFA sur la santé et l'éducation*" mais n'est pas une publication de l'Organisation Mondiale de la Santé. Tous les droits sont réservés par l'Organisation. Le document peut toutefois être librement commenté, résumé, reproduit et traduit, partiellement ou en totalité, mais à l'exception de la vente ou pour un usage en liaison avec des activités commerciales.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

IMPACT DE LA DEVALUATION DU FRANC CFA SUR L'ACCES DES POPULATIONS A L'EDUCATION ET A LA SANTE: CAS DU MALI

**Amadou Koïta
et
Salif Coulibaly**

(VERSION PROVISOIRE)

Février 1995

I. EDUCATION

CONTEXTE

Le 12 janvier 1994 intervint le changement de parité du FCFA par rapport au franc français dans quatorze pays africains y compris le Mali. Si cette mesure a pour but la relance de l'activité économique par un regain de compétitivité elle n'est pas sans conséquence directe sur les secteurs sociaux notamment la santé et l'éducation. C'est pourquoi l'UNESCO et l'OMS organisent une réunion technique du 21 au 24 Février 1995 sur l'impact de la dévaluation du franc CFA sur la santé et l'éducation. Ce rapport qui se voudrait un document d'orientation et de réflexion a l'ambition de faire une analyse succincte de l'impact de la dévaluation sur le secteur de l'éducation de base d'un point de vue des populations. Autrement dit, comment les populations ont-elles été affectées par la dévaluation pour leur accès à l'éducation?

Pour cette étude dont le temps imparti aura été d'environ 3 semaines il s'est avéré nécessaire, compte tenu de l'état de l'information disponible au niveau central de constituer une base de données utilisables. C'est ainsi, qu'après consultation de quelques documents aux Ministères chargés de l'éducation, à Bamako, la première tâche a consisté à se rendre auprès des Directions régionales de l'éducation, des associations des parents d'élèves, des écoles publiques et privées et d'autres partenaires de l'éducation dans les régions de Segou, Koulikoro et dans le District de Bamako. Dans le but de concentrer l'étude sur l'impact de la dévaluation sur les populations dans leur accès à l'éducation de base il a été décidé de ne pas aborder, au cours de ce travail des questions importantes liées à ce phénomène à savoir:

- les performances du secteur: coûts/efficacités coûts/qualités;
- la motivation du personnel et la qualité de l'enseignement etc.

1.1. Aperçu sur le Système Educatif au Mali

Le système éducatif du Mali comprend:

- l'enseignement fondamental constitué par le 1er cycle primaire de six ans et le second cycle de trois ans;
- l'enseignement secondaire de trois ans; et

- l'enseignement supérieur dispensé dans des grandes écoles toutes situées, à l'exception d'une seule à Bamako la Capitale;
- et enfin cet enseignement est complété par un programme d'études à l'étranger.

Les maîtres de l'enseignement fondamental sont formés dans des écoles normales recrutant en fin de second cycle fondamental (Maîtres du Premier Cycle ou MPC, et Maître du Second Cycle ou MSC) ; et les professeurs de l'enseignement secondaire sont formés à l'Ecole Normale Supérieure (ou ENSUP, l'une des sept Grandes Ecoles (GE), de niveau universitaire. Il existe dans la plupart des villages des écoles coraniques qui se bornent à enseigner la récitation du Coran; les medersas, écoles privées musulmanes dont la langue d'enseignement est l'Arabe et qui, outre la religion, enseignent des disciplines académiques traditionnelles, ont connu un essor rapide dans les zones urbaines ces dernières années. Il existe également un petit secteur catholique subventionné. L'éducation formelle à tous les niveaux, y compris les medersas et les écoles catholiques accréditées ainsi que les programmes d'alphabétisation des adultes, sont de la compétence du Ministère de l'Education Nationale ; par ailleurs les Ministères gèrent leurs propres programmes de formation sur une petite échelle. L'autorité administrative dans le cadre de l'enseignement primaire et secondaire est déconcentrée et répartie entre les Directions Régionales (au nombre de huit, plus Bamako). Depuis les années 60, les associations de parents d'élèves tiennent une place importante dans le financement des investissements pour l'enseignement primaire .

1.2. Impact de la Dévaluation sur les Dépenses du Secteur

Elles sont constituées par les dépenses publiques, les dépenses privées et l'aide extérieure.

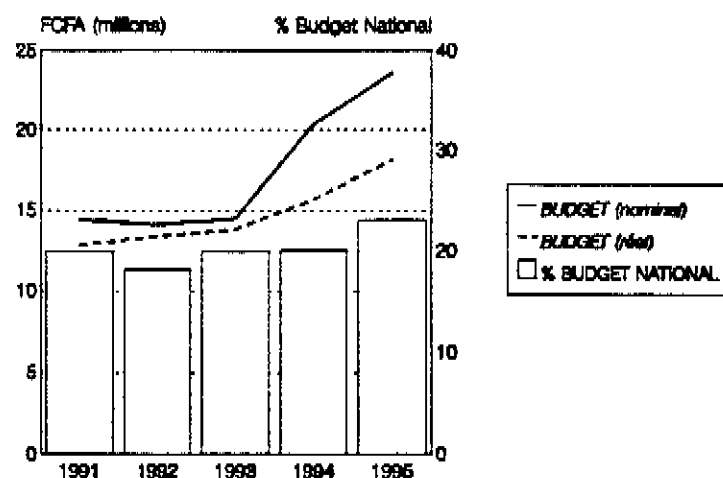
1.2.1. Les dépenses publiques d'éducation

les dépenses publiques d'éducation au Mali sont constituées par le budget d'état, les budgets régionaux et ceux des comités locaux de développement. Si les chiffres prévisionnels d'inscription budgétaires sont connus pour le budget d'état, le taux d'exécution (compte d'administratif) n'est généralement pas dégagé à temps. Toutefois le budget de l'éducation est toujours exécuté à plus de 85% chaque année. Quand au financement public décentralisé, elle est fonction du recouvrement des taxes régionales et locales dont le niveau est bas depuis 1991.

En 1995 la part de l'éducation dans l'ensemble du budget de fonctionnement de l'Etat était environ de 23% contre 20,12% en 1994 et 19,9% en 1993. Cette progression de la part du budget de l'éducation dans le Budget de fonctionnement de l'Etat est principalement du aux engagements pris vis à vis des partenaires extérieurs au développement. Toutefois le budget d'état du secteur éducation a subi une forte augmentation de 6 milliards de F CFA environ en 1994 année de la dévaluation soient 40,5% (tableau 1) en partie par une dotation de 2 milliards provenant de l'inscription au niveau des charges communes du budget d'Etat de 13 milliards au titre d'un filet d'ajustement social lié à ce phénomène. Aussi, les dépenses publiques ont supporté deux augmentations de salaire des enseignants de 10 % à compter de Mars 1994 et 5% à partir de Septembre 1994. Cette mesure valable pour tout le personnel relevant de la fonction publique du Mali, est directement elle aussi liée à la dévaluation. A cette augmentation globale de 15% du traitement du personnel de l'éducation nationale il faut ajouter une revalorisation à 100% de toutes les bourses maliennes dont les montants étaient fixés en Fcfa et payés en devise dans des pays étrangers. Le Gouvernement malien a fait un effort exceptionnel en direction de l'enseignement fondamentale en allouant un fonds spécial d'appui à l'Enseignement Fondamental de 650 millions en 1994 et de 1.750 millions en 1995.

Tableau 1: Evolution du budget d'Etat affecte au département de l'éducation en millions de F.CFA

ANNEE	BUDGET EDUCATION	% BUDGET NATIONAL
1991	14.416.	20,02
1992	14.143	18,20
1993	20.398.	19,90
1994	23.630.	20,12
1995		23,00



En 1995 le budget du secteur de l'éducation a augmenté d'environ 15,8% par rapport à 1994 du point de vue inscription (tableau 1). Se basant sur les montants inscrits en 1993, 1994 et 1995, il ressort donc que le budget d'état du secteur de l'éducation a subi une forte augmentation de près de 55 % en 2 ans ce qui est sensiblement supérieur à l'augmentation générale de l'indice des prix au Mali estimé 38% en 1994. Cette augmentation exceptionnelle a bénéficié surtout au secteur de l'Education de Base (Tableau 2). En 1994, le budget du secteur éducation a été scindé en deux, depuis que deux départements ont la charge de l'Education.

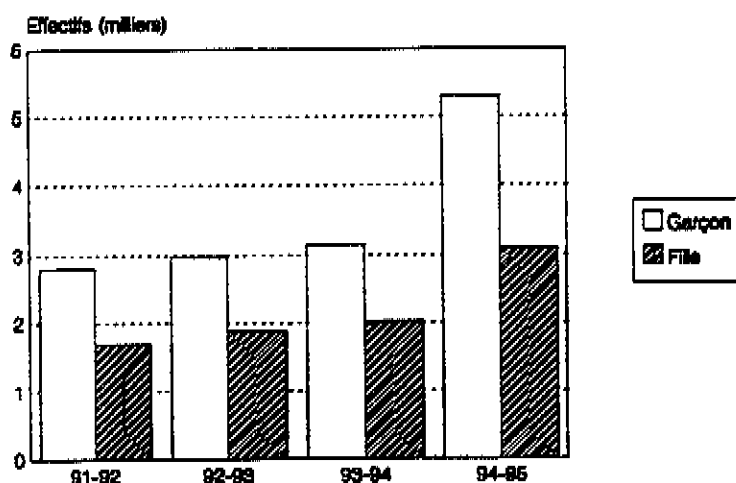
Tableau 2: Evolution du budget des deux départements en charge de l'éducation de base et des enseignements secondaires et supérieurs

Année	Education de Base	% aug.	Enseignement Sec. Sup. et Rec. Scientifique	% aug.
1994	10.125		10.273	
1995	12.645	24,9	10.985	6,9

Par ailleurs, le financement public décentralisé a déjà été longuement expérimenté au Mali avec le rôle dévolu à certaines époques aux associations des parents d'élèves aux comités locaux de développement et aux communes. Les expériences de financement ayant tourné court, en 1988 on a abouti à la création d'une taxe unique de développement régional et local. Notre visite dans deux régions administratives du Mali nous a permis de faire les constats suivants sur ces modes de financement: le taux de recouvrement de la taxe de développement est environ 40 % et le pourcentage affecté à savoir 30% à l'éducation est exécuté moins que proportionnelle au taux de recouvrement général. Les actions sont tributaires du niveau de recouvrement. Le montant de la taxes n'ayant pas varié avec la dévaluation les sommes recouvrées en 1994 sont presque identique à celles de 1993. De l'avis des autorités administratives en 1994 le taux de recouvrement semble meilleur dans les zones cotonnières visitées.

C'est ainsi que selon le Directeur régional de l'Education à Segou le Cercle BLA a réalisé de plus de 100% son programme de développement du secteur de l'éducation de base par la création des écoles communautaires de base prévu dans le cercle de Bla (Zone cotonnière du Mali). Le nombre des élèves dans les écoles privées dans la région de Segou est passé de 5160 en 1993/1994 à 8397 élèves en 1994/1995 soient 62% contre 7% de 1991/1992 à 1992/1993 (voir Annexe I). Ceci est du à la création de plusieurs écoles communautaires. Aussi, le projet USAID pour la scolarisation des filles et le Fonds d'Appui à l'Enseignement Fondamental (FAEF) et les efforts de sensibilisation du département ont largement contribué à réaliser ce score.

ENSEIGNEMENT PRIVE 1er Cycle de Ségou



ENSEIGNEMENT PRIVE 2ème Cycle de Ségou

Le même constat a été fait par le Directeur régional de l'Education de Koulikoro qui note une augmentation sensible des dépenses d'éducation dans le cercle de Diola (zone cotonnière) à partir de 1994 (voir Annexe II). Cependant dans les zones non cotonnière nous constatons une diminution des effectifs au niveau de l'enseignement privé parce qu'il y a eu moins de création d'écoles communautaires ou privé.

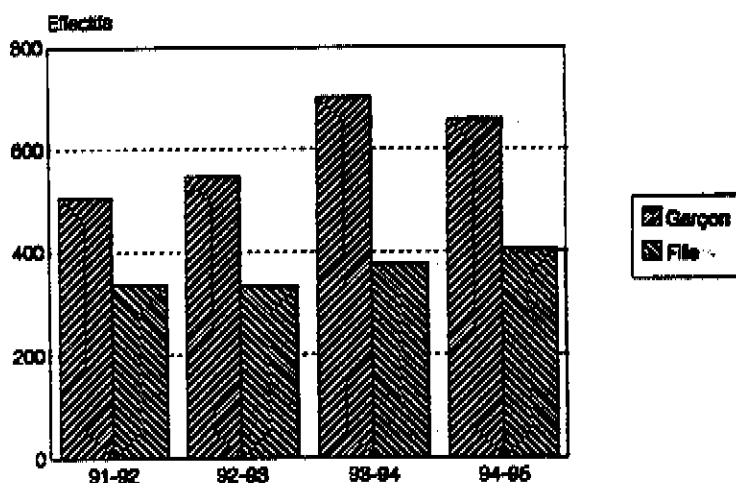


Tableau 3: Evolution des effectifs de l'enseignement fondamental dans la région de Ségou de 1992 à 1995

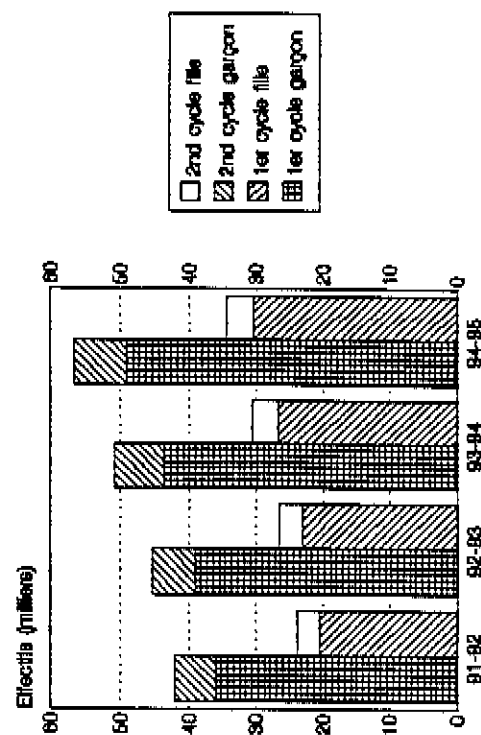
ANNEE Cycles	91-92			92-93			93-94			94-95		
	G	F	Total	G	F	Total	G	F	Total	G	F	Total
1er cycle privé	2794	1697	4.491,00	2967	1878	4.845,00	3142	2018	5.160,00	5303	3094	8.397,00
2ème cycle privé	507	335	842,00	546	332	878,00	703	376	1.079,00	659	403	1.064,00
1er cycle public	33292	18797	52.089,00	36186	21287	57.473,00	40486	24730	65.216,00	43825	27316	71.141,00
2ème cycle public	5572	2989	8.561,00	5790	3147	8.937,00	6517	3388	9.905,00	6904	3745	10.649,00
Total 1er cycle	36086	20494	56.580,00	39153	23165	62.318,00	43628	26748	70.376,00	49128	30410	79.538,00
Total 2ème cycle	6079	3324	9.403,00	6336	3479	9.815,00	7220	3764	10.984,00	7563	4150	11.713,00

G = Garçon F = Fille

Tableau 4: Evolution des effectifs de l'enseignement fondamental dans la région de Ségou de 1992

ANNEE Cycles	92-93	93-94	94-95
1er cycle privé	7,9	6,5	62,7
2ème cycle privé	4,3	22,9	-1,4
1er cycle public	10,34	19,12	9,1
2ème cycle public	4,4	10,8	7,5
Total 1er cycle	10,14	12,9	13
Total 2ème cycle	4,4	11,9	6,6

G = Garçon F = Fille



1.2.2. Les dépenses privées d'éducation

Nous entendons par dépenses privées d'éducation toutes les dépenses faites par les parents au titre de paiement des frais de scolarité, des frais d'inscription, de la cotisation, et de la coopérative de transport. A cela il faut ajouter les dépenses pour l'achat de matériel didactique, d'habillement (tenues scolaires), de nourriture etc.

Au Mali aucune étude n'a encore été faite pour estimer de façon exhaustive les dépenses privées d'éducation. Ainsi il n'existe pas de compte nationaux du secteur. Il est donc impossible de connaître avec une certaine précision le montant des dépenses privées dans ce sens à fortiori sa répartition par nature. Cependant une estimation très grossière faite en 1987 a abouti à un chiffre de 2, 259 millions de FRANCS cfa pour une contribution directe des usagers des institutions scolaires publiques et privées pour la période 1983 - 1987. Toutefois, il convient de souligner que ce diagramme a beaucoup évolué au Mali depuis la mise en oeuvre d'une politique gouvernementale de promotion multiformes d'actions d'éducation en complément à celles de l'Etat.

La visite de deux régions administratives et le District de Bamako nous a permis d'obtenir les informations suivantes:

- les recettes de l'école fondamentale publique étaient constituées par les cotisations qui variaient de 500 F.CFA à 2000 F.CFA ou plus dans les régions visitées et de 3500 F.CFA à 5000 F.CFA dans le District de Bamako;
- les frais de coopérative sont:
 - 25 F.CFA par élève par mois ou 225 F.CFA par an;
 - ou 50 F.CFA par élève par mois ou 450 F.CFA par an;
 - ou enfin 500 F.CFA par élève par an en une seule fois pour certaines écoles.

Le premier montant à savoir les cotisations sont généralement gérés par l'association des parents d'élèves pour faire face à la rénovation et à l'achat du matériel didactique, tandis que les recettes de la coopérative servent aux petites dépenses de fonctionnement de l'école. Après la dévaluation, le niveau des cotisations (frais d'inscription pour d'autre) fixé à 2000 F.CFA dans les centres urbains de Koulikoro n'a pas varié tandis qu'à Ségou les cotisations ont subi plus de 50% d'augmentation selon des écoles.

Au niveau District de Bamako les cotisations ou frais d'inscriptions ou de transfert des écoles fondamentales sont passés de 3500 F.CFA à 5000 F.CFA pour certaines écoles et de 5000 F.CFA à 7500 F.CFA pour d'autres soient de 40 à 50% d'augmentation.

Quant aux Médersas, elles ne reçoivent aucun subside de l'Etat. Les frais de scolarité qui variaient de 1000 F.CFA à 2500 F.CFA par élève et par mois ont augmenté en moyenne de 5 à 20%.

Par ailleurs la bourse des élèves du secondaire y compris ceux des Instituts Pédagogiques d'Enseignement Général n'a pas varié alors que les frais de subsistance ont augmenté d'au moins 30%. Ceci a eu pour conséquence une menace de fermeture de cantines scolaires dans ces Instituts. Les 3 plats journaliers qui revenaient à 330 F par jour et par élève a été majoré à 450f par jour et par élève et nonobstant ce taux, les restaurateurs n'ont pas arrêté d'exiger de nouvelles majorations. Ainsi la part de la bourse consacrée ainsi à la nourriture passe de 40% à plus 80% laissant très-peu de marge pour d'autres besoins. Un autre exemple dans l'enseignement supérieur nous a permis de constater qu'en dépit du montant de 10.000 F.CFA par élève et par mois retenu pour la cantine scolaire, l'Etat supporte plus de 30% des charges de nourriture.

Les frais de transport liés à l'éducation sont généralement de deux sortes:

- pour se rendre à l'école journalièrement;
- pour rejoindre le lieu de résidence.

Ces frais sont surtout occasionnés à Bamako où le carburant a subi 30% d'augmentation et les transports publics au moins 20%. Ceci a amené certains parents à faire jouer la solidarité des familles voisines des écoles concernées à l'école en acceptant des élèves en demi-pensionnat. Au niveau des écoles privées les dépenses des ménages a surtout augmenté pour le matériel didactique dans le District. Si ces cahiers ont augmenté dans des proportions raisonnables (40%). Les autres fournitures: crayon de papier, de couleur et la craie importés ont doublé de prix. Une craie locale de qualité inférieure est produite à moindre coût mais beaucoup d'écoles préfèrent toujours le produit importé. En effet les livres scolaires généralement importés ont doublé de prix et les fournitures ont subi des majorations allant de 30 à 100%. Le ratio nombre d'élèves par fournitures scolaires s'est aggravé dans les écoles publiques. Dans les écoles privées certains livres de cours ont été abandonnés pour cause de prix très élevé.

Par ailleurs, les frais d'inscriptions dans les écoles privées non communautaires qui variaient de 27.000 F.CFA par an à plus de 100.000 FCFA ont augmenté faiblement de 10 à 30% selon les écoles dans le district. Aussi, dans la région de Koulikoro les frais de scolarité sont passés de 12.625 F.CFA par an à 17.125 F.CFA au premier cycle soient 35,6% d'augmentation et de 15.625 F.CFA à 20.125 F.CFA soit 28,8 en sus. Il s'en déduit que les dépenses des ménages a surtout augmenté en raison du coût matériel didactique. Au niveau régional nous assistons à une diminution des effectifs de l'école privée (voir Annexe II). Par exemple, le total des élèves de l'enseignement privé au second cycle à Kati dans la région de Koulikoro est passé de 370 en 93/94 à 330 en 1994/95 soient 10% de diminution.

De l'avis d'un directeur propriétaire d'école privée, depuis la dévaluation 5 familles sur les 60 qui envoient leurs enfants dans son école ne parviennent plus à payer les frais de scolarité. Ceci pourrait être dû à une autre cause. Une étude plus approfondie devrait permettre de dégager les paramètres de répartition des revenus des ménages en indiquant entre autre la part consacrée aux dépenses d'éducation. Toutefois, notre quête d'information nous a permis de constater que la zone cotonnière (Diola dans la région de Koulikoro et Bla dans la région de Ségou) a réalisé son programme de développement des infrastructures scolaires à plus de 100% sur financement des populations. Ainsi, un grand nombre d'écoles communautaires ont été créées à Bla. Les effectifs des écoles privées communautaires ont augmenté en 1994/95.(voir Tableau 3).

1.2.3. L'aide extérieure

L'aide extérieure fournit un apport relativement substantiel à l'éducation. Cette intervention des bailleurs de fonds est faite généralement en devises. C'est ainsi que dans la plupart des projets (ce qui est le cas de pour l'USAID qui alloue près de 80% de son financement à l'éducation de base), les nouveaux cours du Franc CFA par rapport au Franc Français ont permis de financer un programme additionnel d'infrastructure et d'activités supplémentaires. Par exemple à Koulikoro, le nombre de maîtres d'école programmés pour la formation en 1994/1995 est de 1500 contre 700 maîtres en 1993\1994 et seulement 300 maîtres pendant l'année d'avant dévaluation.

Quand au matériel didactique, la France avait demandé aux producteurs français de manuel:

scolaires, de conserver leur prix avant la dévaluation du franc CFA et le manque à gagner sera financé par la coopération française. Mais ces achats du département de l'Education couvrant moins de 40% des besoins a favorisé le développement d'un marché parallèle de livres dont les prix ont souvent atteint une augmentation de 100 %. A titre d'exemple, "Mamadou et Bineta sont devenus grands" est passé de 3 500 à 7 000 F.CFA. Ceci est dû en partie à la dévaluation mais aussi à la pénurie.

1.3. Eventualités à Considérer pour un Impact Positif de la Dévaluation

Nous nous proposons, sur la base des éléments présentés ci-dessus et qui offre une vue simplifiée des effets de la dévaluation sur le coût de l'éducation et son financement dans la logique de son fonctionnement présent, de dégager des options dont la prise en compte semble obéir à une opportunité véritable si l'on souhaite une diminution du nombre des analphabètes et une amélioration de la qualité de l'enseignement.

Dans cette perspective, il y a d'abord les multiples options de financement complémentaire à l'Etat, qui ont été récemment proposées à la discussion dans diverses instances officielles, tant au Mali que sur la scène internationale à savoir:

- le financement public décentralisé qui est constitué par les montants alloués par les communes, les cercles et la région administrative à l'Education;
- le recouvrement des coûts qui permet d'obtenir des paiements par les usagers de l'éducation pour atténuer certaines charges renouvelables;
- l'incitation à l'investissement par les nationaux (population) dans l'enseignement fondamental par la mise en place de fonds de contre partie généralement alimenté par l'extérieur.

Le cadre de ce rapport élaboré en 3 semaines ne permet pas une formulation de stratégies utilisables pour bâtir des stimulations du financement d'un système éducatif malien dont les performances (nombre d'élèves et qualité) seraient supérieures après la dévaluation.

Cependant, une telle perspective pour le secteur de l'éducation au Mali serait possible dans des conditions suivantes:

- l'utilisation rationnelle des ressources publiques, privées, nationales et extérieures déjà disponibles et la mobilisation de ressources additionnel;
- la réduction du coût unitaire de l'enseignement de base dont le seul matériel didactique est évalué à près 100.000 FCFA pour 9 années scolaires;
- l'augmentation des capacités de production à moindre coût d'un nombre important de matériel didactique voir pédagogique permettront de réaliser des économies qui se chiffreraient en centaines de millions voire en milliards de Francs CFA.

Annexe I: Prix à la consommation de quelques matériels didactiques avant et après dévaluation

DESIGNATION	1*	2*	% aug.
<u>LIVRES</u>			
1. Mamadou et Bineta Nouveau Syllabaire	1485	1750	18%
2. Mamadou et Bineta sont devenus grands	3500	7000	100%
3. Anatomie-physiologie Hygiène 3ème	4475	5990	34%
<u>FOURNITURES</u>			
4. Ardoise en bois	400	680	70%
5. Ardoise plastique	300	275	(8%)
6. Craie blanche super	700	1450	107%
7. Cahier de 32 pages (2lignes)	80	85	6%
8. Cahier de 50 pages	80	100	25%
9. Cahier de 100 pages	125	175	40%
10. Crayon de couleur 12/18	575	1150	100%
11. Crayon de papier	40	80	100%

1. Prix avant dévaluation
2. Prix après dévaluation

Annexe II: Evolution des effectifs de l'enseignement fondamental dans la région de Koulikoro de 1992 à 1995 1^{er} Cycle

ANNEE CERCLBS	1991-1992			1992-1993			1993-1994			1994-1995		
	G	F	T	G	F	T	G	F	T	G	F	T
Bamamba	PU	2777	916	3693	-	-	3586	3177	4763	4166	1565	5731
	PR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dioula	PU	7443	3638	11081	8029	4404	8601	4714	13315	9158	5179	14337
	PR	69	28	97	76	27	103	76	236	153	65	218
Kati	PU	16939	8709	25648	23238	11940	35178	13072	35661	24708	14822	39530
	PR	844	464	1308	859	498	1357	564	1600	1342	257	1599
Kangaba	PU	2839	1086	3925	-	-	3904	1706	5610	4094	1937	6031
	PR	-	-	-	-	-	67	28	95	115	38	153
Kotokani	PU	4445	2963	7408	8332	4148	12480	3506	9826	7625	4218	11843
	PR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Koulikoro	PU	4881	3283	8164	8636	4774	13410	4300	10186	6351	4743	11094
	PR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Nara	PU	3050	1490	4540	-	-	3038	1516	4554	3764	1715	54899
	PR	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
*Ensemble Région	PU	42374	22085	64459	48235	25266	73501	29957	83931	59866	34179	94045
	PR	913	492	1405	915	525	1460	658	1921	1610	360	1970

Pu = Ecole publique
Pr = Ecole privée

* On note une diminution des effectifs des écoles privées à Kati et à Dioula en 1994/1995 par rapport à 1993/1994

Annexe III: Evolution des effectifs de l'enseignement fondamental dans la région de Koulikoro de 1992 à 1995 2^{ème} Cycle

ANNEE CERCLES	1991-1992						1992-1993						1993-1994						1994-1995					
	PU	PR	G	F	T		PU	PR	G	F	T		PU	PR	G	F	T		PU	PR	G	F	T	
Bassamba	PU		241	78	319	-			-	-	-	-			357	98	455				386	115	501	
	PR		0	0	-	-			-	-	-	-			-	-	-	-				-	-	-
Djella	PU		1013	433	1446	1124			463	1587					1245	517	1762				1405	581	1986	
	PR																							
Kati *	PU		2912	1131	4043	3778			1583	5361					3945	1755	5700				4662	2104	6766	
	PR		253	124	377	244			124	368					253	117	370				246	115	331	
Kangaba	PU		357	71	428	-			-	-					510	148	658				543	177	720	
	PR		-	-	-	-			-	-					-	-	-				-	-	-	
Kolokani	PU		529	235	764	822			273	1095					806	262	1068				950	299	1249	
	PR		-	-	-	-			-	-					-	-	-				-	-	-	
Koulikoro	PU		975	577	1.552	1346			657	2003					1211	675	1886				1308	771	2079	
	PR		18	-	18	13			0	13					-	-	-				-	-	-	
Nara	PU		254	73	327	-			-	-					-	-	-				386	115	501	
	PR		-	-	-	-			-	-					-	-	-				-	-	-	
*Ensemble Région	PU		6.281	2.598	8.879	7.070			2.976	10.046					8.074	3.455	11.529				9.640	4.162	13.802	
	PR		271	124	395	257			124	381					253	117	370				246	115	333	

Pu = Ecole publique

Pr = Ecole privée

* On note une diminution des effectifs à Kati en 94/95 par rapport à 93/94.

II. SANTE

2.1. Contexte et Justification

2.1.1. Revue de la situation générale:

La dévaluation du Franc CFA de 50 % suivant la parité monétaire de un FF pour 100 F CFA intervenue le 12 Janvier 1992 a été un choc important pour les quatorze (14) pays africains membres de la ZONE FRANC.

L'événement a eu comme conséquence un bouleversement dans le comportement des agents économiques notamment les ménages et les individus à faibles revenus. Les effets sociaux négatifs ont dépassé de simples ajustements financiers de court terme. C'est pourquoi les pays concernés et leurs partenaires au développement ont eu à envisager des mécanismes et des mesures visant à protéger les populations notamment les plus vulnérables dans les domaines tels que la Santé et l'éducation.

C'est dans ce contexte, qu'au niveau international l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO) ont pris des initiatives à l'instar des autres organismes pour aider les pays concernés à faire face aux conséquences de la dévaluation.

A cet égard pour le Secteur de la Santé, il faut noter les différentes initiatives prises au double plan international et national pour faire face à la situation. c'est dans ce contexte qu'il y a lieu de rappeler certaines grandes rencontres organisées: la Réunion de Paris organisée par la Banque Mondiale sur le secteur pharmaceutique (4 février 1994), la Réunion organisée par l'OMS, à Yaoundé (15-18 février 1994), la Réunion à Abidjan des Ministres de la Santé des pays africains de la Zone Franc (15-18 mars 1994) et la Réunion d'Evian (29-30 avril 1994)... pour ne citer que cela. Des Comités nationaux de suivi ont été mis en place pour étudier et proposer des mesures en vue de faire face aux effets de la dévaluation.

Une autre importante Réunion Technique de haut niveau sur "l'impact de la dévaluation du franc CFA sur la Santé et l'Education" sera organisée du 21 au 24 Février 1995 à Genève sous l'égide de l'OMS et de l'UNESCO. La Réunion aura, pour les pays concernés, les objectifs ci-après:

- faire une présentation synthétique des informations;
- expliciter les raisons des évolutions constatées;
- mesurer quelle a été l'influence des changements de prix sur ces évolutions.

Il s'agira de faire le point sur la situation des secteurs sociaux de la santé et de l'éducation un an après la dévaluation; développer les capacités nationales pour une meilleure gestion de la dévaluation; et renforcer l'action des partenaires au développement des pays concernés par la meilleure coordination de leur intervention.

2.1.2. Revue de la situation sanitaire au Mali

Au Mali, la dévaluation a été durement ressentie par les populations particulièrement celles à faibles revenus. La perturbation du marché que cela a occasionné, la tension sociale latente et la crise de l'autorité qui prévalaient à l'époque, le coût de la vie relativement élevé, toutes choses qui rendaient l'environnement économique et social défavorable à la nouvelle situation. Il n'était pas rare de voir certains cadres de haut niveau s'interroger sur l'amenuisement de son pouvoir d'achat. C'est dire toute la confusion qui régnait.

Si l'objectif d'une telle opération est de relancer la croissance économique et de contribuer à terme au relèvement du niveau de vie des populations, il n'en demeure pas moins qu'elle contribue à court terme à créer des effets néfastes sur la santé des populations notamment les groupes vulnérables, les couches défavorisées, les couches les plus pauvres (enfants, femmes, indigents, personnes âgées à faibles revenus, handicapés sociaux...).

Dans ce contexte, au Mali, il y a eu très rapidement la prise de conscience des changements créés par la nouvelle situation ayant conduit à la prise de certaines mesures d'accompagnement. Ainsi, dans un effort de solidarité nationale la nécessité s'imposait de faire face à la nouvelle situation au moment où le cadre macro-économique du pays est caractérisé par la crise économique et financière ayant des répercussions sur le plan sanitaire et social.

En effet, c'est dans un contexte économique et financier fortement détérioré ces dernières années qui a conduit le Gouvernement à engager des efforts en matière de réforme économique et d'ajustement structurel dont l'objectif consiste à augmenter les recettes fiscales et douanières et à réduire les dépenses de l'Etat.

Comment préserver l'amélioration constante de l'état de santé des populations dans le contexte de la dévaluation et d'ajustement structurel et en même temps amorcer un réel développement humain durable devenu une question essentielle pour les populations et les décideurs.

L'état de santé d'une population est le reflet du niveau de développement économique et social.

Au Mali, on constate de plus en plus que la situation de l'état de santé des populations notamment celle vivant en milieu rural et péri urbain est caractérisée par des conditions précaires d'existence constituant des aires de concentration de la misère et des nids d'explosions sociales virtuelles avec respectivement 86 % et 14 % des pauvres du pays.

Les couches vulnérables et les plus défavorisées sont d'une manière générale les femmes et les enfants, les personnes âgées, les handicapés, les femmes seules chargées de familles, les mères célibataires, la jeunesse sans ressources des villes et des campagnes, les personnes démunies économiquement... L'incidence de la récession économique s'est traduite par un accroissement de la couche des défavorisés avec l'apparition des jeunes diplômés sans emplois, les compressés, les partants volontaires à la retraite qui n'ont pu trouver des créneaux d'intégration ou de réinsertion sociale. La situation est davantage marquée par des difficultés économiques liées à l'insuffisance des ressources tant internes et qu'externes. La plupart des programmes conçus n'ont pas répondu aux attentes des populations malgré la volonté politique.

Les actions engagées dans le cadre du développement économique et social en cours dans le pays vise l'amélioration des conditions économiques, sociales et culturelles, des communautés.

Comme le disent souvent beaucoup d'experts économistes des questions monétaires, la dévaluation est un moyen de la relance économique. Cependant, si les effets de cette dévaluation ne sont pas maîtrisés à temps, on assistera inévitablement à court terme à la détérioration du pouvoir d'achat des populations, en particulier les plus démunies. Sans ressources, il est difficile de pouvoir s'assurer des soins de qualité ne serait-ce que l'achat des médicaments prescrits sur la feuille d'ordonnance. Il n'est pas rare de voir dans le hôpitaux des personnes se trouvant dans l'impossibilité de se payer les médicaments, les frais d'examen médicaux, ou de frais d'hospitalisation. Avec la dévaluation, les cas de cette nature sont beaucoup plus fréquents. Un autre aspect est la faiblesse des capacités d'accueil des structures sanitaires où compte tenu de la faiblesse de l'offre des services de santé à satisfaire à la demande de soins, les coûts des prestations auront tendance à augmenter liés à l'importation du matériel médico-technique et des médicaments et ainsi que la proportion des indigents et des personnes sans ressources.

2.2. Objectifs et Methodologie de l'Etude

Les objectifs fixés par les commanditaires de cette évaluation sur l'étude de **L'IMPACT DE LA DÉVALUATION DU FCFA SUR LA SANTÉ AU MALI** ont été ciblés sur les points ci-après à savoir:

- a) faire une description des changements importants introduits depuis la dévaluation en termes d'allocation budgétaire du budget de l'Etat, de l'aide extérieure, des taxations ou dispositions réglementaires à l'importation, les réseaux d'assurance...
- b) conduire une analyse dans le changements des coûts et la fourniture des biens et services: médicaments, accès aux hôpitaux, et d'autres services publics et privé de santé, les traitements spécifiques;
- c) faire une évaluation des changements dans les stratégies et d'accès des populations aux services de santé: fréquentation, la demande de soins et de médicaments, de vaccination, d'eau potable, d'hygiène et d'assainissement, d'utilisation des méthodes de planification familiale...

La méthodologie a consisté à la collecte des données au niveau des sources d'information disponibles: Hôpitaux et services techniques (Planification et Statistique Sanitaire, Administration et Finances) du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées et du Ministère des finances et du Commerce. Il a été procédé ensuite à l'analyse des données pour pouvoir tirer des conclusions et recommandations.

Il est à préciser que notre connaissance et expérience dans le secteur ont contribué à rendre la tâche relativement facile eu égard aux délais impartis à l'étude (environ trois semaines).

2.3. Resultats et Analyse

Les investigations menées de l'impact de la dévaluation sur le santé nous ont permis d'aboutir aux résultats ci-après.

2.3.1. Analyse des effets au niveau macro-économique

Selon, les données collectées au niveaux des services des Finances, l'évolution de la situation économique et financière enregistrée en 1994 au Mali a été globalement positif. L'inflation mesurée par le déflateur du PIB est estimée à 34,5 % en 1994 légèrement en dessous du taux projeté. La hausse de l'indice des prix à la consommation pour Bamako a été de 25 % contre un taux de projeté de 40 %

On peut dire que l'économie malienne se trouve sur la pente de la reprise économique, ce qui est de nature à avoir des effets directs positifs sur la santé.

Certains points marquants du cadre macro-économique du Mali suite à la dévaluation pouvant des effets sur la santé des population sont entre autres:

- i) l'amélioration de la compétitivité globale de l'économie, élément primordial pour la réalisation de l'objectif fondamental d'une croissance rapide et soutenue à moyen et long termes;
- ii) la poursuite des réformes institutionnelles au moyen de la mise en oeuvre des mesures structurelles dans les secteurs clés (SANTE, EDUCATION, AGRICULTURE...) afin de renforcer la productivité, en même temps que le contrôle attentif des tendances inflationnistes;
- iii) la poursuite de la politique budgétaire restrictive en tant qu'élément de stratégie visant à renforcer les gains de productivité (maîtrise de la masse salariale, maîtrise des dépenses de fonctionnement, amélioration des services de recouvrement des recettes, réduction du déficit global du budget de l'Etat, respect des engagements légitimes des dépenses publiques notamment au profit des secteurs sociaux, la recherche de la rationalisation et de l'efficacité des ressources publiques limitées et disponibles; c'est dans ce cadre qu'il esprévu d'accroître le Budget de la Santé dans le Budget d'Etat de l'ordre de 10 % d'ici 1997.
- iv) la maîtrise des importations afin d'éviter des tendances inflationnistes notamment le coût des intrants pour la production et d'autres coûts.

D'une manière générale, le Mali jouit d'une appréciation des Bailleurs et Partenaires au Développement quant à la performance de la mise en oeuvre du cadre macro-économique (maîtrise de la hausse des salaires face aux revendications des syndicats, les dépenses publiques en générales sont contenus au dessous de leur niveau programmé, la performance des exportations est encourageante pour le bétail, les légumes et le coton...).

Cependant, il est à garder à l'esprit que le pays est pauvre et eu égard aux besoins des secteurs sociaux qui sont très immenses (SANTE, EDUCATION, AGRICULTURE...) la mobilisation des ressources additionnelles constitue une préoccupation permanente.

2.3.1.1. Les conséquences immédiates de la dévaluation au mali

Suite à la dévaluation, les conséquences immédiates ont été:

- la réduction de la part de la masse salariale dans les dépenses de fonctionnement dans des limites acceptables;
- un accroissement du volume des investissements;
- une hausse considérable du volume des engagements au titre du service de la dette;
- une augmentation des dépenses globales.

Malgré les efforts faits en direction du secteur de la santé -- de 5,78 % à 7,82 % de 1993 à 1994 d'accroissement du budget de la santé dans le Budget d'Etat -- nous estimons que l'objectif de 10 % n'est pas encore atteint.

2.3.1.2. Evolution du budget d'Etat et du budget de la santé

a) EN TERME DES DEPENSES RECURRENTES DE LE BUDGET D'ETAT (en milliards de FCFA)

DEPENSES RECURRENTES DU BUDGET d'ETAT /par AN	1992	1993	1994	Ecart 1994/1 993 en %	1995 prévis.
Dépenses récurrentes de la SANTE	5,148	5,202	9,602	+84,6 %	9,964
----- % des dépenses de la santé dans Budget d'Etat	5,95 %	5,78 %	7,82 %	+35,3 %	8,01 %
Dépenses récurrentes totales du budget d'ETAT	86,5	90,0	122,78	+36,4 %	124,35
Variation annuelle	---	4 %	36,4 %	idem.	1,3 %

Source: DAF/CPS/ Ministère de la Santé S.P.A., DNB Ministère des Finances et du Commerce.

Le commentaire que l'on peut faire de ce tableau c'est l'augmentation de la part des dépenses de Santé dans les charges récurrentes globales du Budget de l'Etat de 1993 à 1994 et dans les prévisions de 1995 soit respectivement de 5,78 % à 7,82 % et à 8,01 %

On constate une variation positive importante entre 1993 et 1994 de:

* 84,6 % pour les dépenses récurrentes de la santé en termes absolus; et de 35,3 % en termes relatifs;

* 36,4 % pour les dépenses récurrentes totales du budget d'Etat.

Le tableau suivant donne une appréciation des financements intérieur, extérieur et global de l'économie.

b) EN TERMES DE FINANCEMENT INTERIEUR, DE FINANCEMENT EXTERIEUR ET DE FINANCEMENT GLOBAL (en milliards de FCFA)

NATURE DU FINANCEMENT	1992	1993	1994	1995 prévis.
FIN.INTERIEUR	5,148	5,202	9,602	9,964
% dans Financement global de la Santé	44,86 %	53,91 %	38,03 %	38,30 %
FIN.EXTERIEUR	6,327	4,448	15,644	16,059
% dans financement global de la Santé	55,14 %	46,09 %	61,97 %	61,70 %
TOTAL FIN. SANTE	11,475	9,650	25,246	26,023
% TOTAL FIN. SANTE DANS TOTAL BUDGET D'ETAT	5,28 %	4,81 %	6,80 %	7,35 %
TOTAL BUDGET D'ETAT	217,15	200,50	371,674	354,00

Source: DAF/CPS/ Ministère de la Santé S.P.A., DNB Ministère des Finances et du Commerce.

On remarque que le financement extérieur a progressé nettement (de 55,14 % en 1992, à 61,97 % en 1994 et à 61,70 % en 1995) comparé au financement intérieur (44,86 % en 1992, 38,03 % en 1994 et 38,30 % en 1995)

Globalement la part du Budget Santé dans le Budget d'Etat (financement intérieur et extérieur) est passé de 5,28 % en 1992, à 4,81 % en 1993, à 6,80 % en 1994, et 7,35 % en 1995 soit une variation positive entre 1992 et 1995 de l'ordre de 39 %.

Ce tableau l'écart entre 1993 et 1994 lié au changement de parité. Il est à signaler que les projets dont les fonds étaient libellés en devises étrangères ont vu leur montant revalorisés positivement. De même, les nouveaux projets ayant été préparés avant la dévaluation mais dont les financements ont été négociés pendant la période après dévaluation ont vu un doublement de leur budget.

Malgré ce constat apparemment positif, on ne doit pas perdre de vue que la plupart des biens et services sont importés payés en devises et les achats locaux subissent la fiscalité intérieure et l'inflation.

NATURE DU FINANCEMENT	1993	1994	ECART 1994/1993
FIN.INTERIEUR	5,202	9,602	
% dans Financement global de la Santé	53,91 %	38,03 %	- 42 %
FIN.EXTERIEUR	4,448	15,644	
% dans financement global de la Santé	46,09 %	61,97 %	+ 34,5 %
TOTAL FIN. SANTE	9,650	25,246	
% TOTAL FIN. SANTE DANS TOTAL BUDGET D'ETAT	4,81 %	6,80 %	+ 41,4 %
TOTAL BUDGET D'ETAT	200,500	371,674	+ 85,4 %

Source: DAF/CPS/ Ministère de la Santé S.P.A., DNB Ministère des Finances et du Commerce.

On remarque que entre 1993 et 1994 et du fait du changement de parité, en termes relatifs:

- le financement intérieur a connu une baisse de 42 % en terme de dépréciation monétaire;

- le financement extérieur a connu une hausse de 34,5 % en terme de la réévaluation des coûts liés aux devises étrangères;
- le Budget d'Etat a connu une hausse de 85,4 % qui est une combinaison des deux facteurs cités.

2.3.1.3. Changements dans les politiques: réduction des tarifs d'importation pour certains produits, subvention.

En raison des conséquences néfastes de la dévaluation sur le secteur de la Santé, le Gouvernement a pris un ensemble de mesures d'urgence pour atténuer les effets immédiats et des mesures d'ordre structurel à moyen et long termes visant à réduire la pauvreté et à créer les conditions d'un véritable développement humain.

a) les objectifs recherchés visaient à:

- atténuer les effets de la crise économique et de la dévaluation sur l'état sanitaire et social de la population;
- créer les conditions d'assistance et d'autopromotion pour les couches vulnérables et défavorisées.
- assurer en permanence l'accessibilité financière et géographique des médicaments essentiels et des prestations de soins de qualité aux populations;
- intensifier la politique d'approvisionnement en médicaments essentiels;
- accélérer l'équipement médico-technique complémentaire des infrastructures socio-sanitaires (matériels médico-chirurgicaux, consommables médicaux et réactifs);
- développer les compétences techniques du personnel socio-sanitaire;
- améliorer les conditions de travail du personnel socio-sanitaire;
- recruter le personnel complémentaire à la mise en oeuvre effective de la politique sectorielle;
- créer les conditions d'une autopromotion individuelle, de groupe et communautaire des couches vulnérables;
- assurer une prise en charge permanente des besoins vitaux des couches défavorisées (Santé, Alimentation, Nutrition, Habitat);
- favoriser la socialisation et l'intégration socio professionnelle des enfants en circonstance difficile;
- assurer l'accessibilité financière et géographique des services sociaux de base en zone urbaine et rurale;
- intervenir efficacement en cas d'urgence et de catastrophes en faveur des victimes;

- Assurer la prise en charge psychologique, sociale et matérielle des victimes du SIDA;
- Contribuer à l'insertion et à la réinsertion socio professionnelle des sans emplois;
- Renforcer le système de protection et d'assistance sociale.

b) Les stratégies et mesures envisagées sont entre autres:

Pour atteindre les objectifs ci-dessus énumérés, il conviendrait de privilégier les actions efficaces et opérationnelles visant la réduction de la pauvreté et l'amorce d'un développement humain durable à travers les mesures conjoncturelles urgentes et les mesures structurelles à moyen et long termes.

(i) Les mesures immédiates concernant les médicaments, reactifs, vaccins, consommables médicaux et matériel medico-chirurgical se présentent comme suit:

• **Au titre des prix et stocks:**

- le maintien des prix de ventes pendant les deux premières semaines de la dévaluation afin d'éviter un déstockage, et envisager un plan d'approvisionnement conséquent;
- la compensation des Grossistes et Pharmaciens privés de la perte résultant du maintien des prix de ventes pendant les derniers quinze (15) jours de Janvier 1994;
- l'intensification de la politique d'approvisionnement des médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale (D.C.I.);
- l'appréciation des différents scénarios d'augmentation des prix et assurer la surveillance du marché;
- l'étude des modalités de compensation des pertes résultant de la vente des produits non encore acquittés à leurs fournisseurs qui devra permettre de cerner tous les aspects de la question (mouvements des stocks, chiffres d'affaires, résultats nets, pertes...);
- la détermination d'une structure de prix au niveau de la Pharmacie Populaire du Mali;
- l'élaboration d'un système d'abonnement pour l'approvisionnement en D.C.I. et des spécialités des courbes A.B. (30 % des produits les plus demandés);
- la remise à niveau urgent du plateau technique des hôpitaux nationaux, régionaux et secondaires (avec du matériel médico-

chirurgical);

- **Au titre de la fiscalité:**
 - l'exonération au cordon douanier des médicaments essentiels en DCI, réactifs, produits à usage odonto-stomatologie, produits et matériels de diagnostics et de soins;
 - la réduction de la pression fiscale pour certaines spécialités;
- **Au titre des financements:**
 - le financement du programme d'approvisionnement des médicaments en DCI par des aides budgétaires octroyées par certains partenaires;
 - le financement du stock de départ sous forme de crédits médicaments aux formations sanitaires;
 - l'appui logistique pour le ravitaillement de certains cercles;
 - l'assistance aux groupes cibles, vulnérables, défavorisés, indigents et démunis dans les formations sanitaires et hospitalières;
- **Au titre de la sensibilisation et de la promotion des médicaments:**
 - la mise sur pied d'un programme de sensibilisation ciblé des prescripteurs et utilisateurs de soins;
 - l'organisation de la formation des prescripteurs et autres dispensateurs de médicaments;
 - l'organisation de la formation des dépositaires au niveau périphérique autour de la politique de la promotion des médicaments D.C.I.;
 - l'intensification des campagnes de promotion des D.C.I. en rapport avec les professionnels socio-sanitaires des secteurs public, communautaire et privé.
- **Au titre de la négociation avec les partenaires et les fournisseurs étrangers.**
 - le lancement d'un véritable programme spécial d'importation qui prend en compte un ravitaillement dans les plus brefs délais en médicaments essentiels, réactifs, consommables et autres produits médicaux;
 - l'accélération de la mobilisation du financement de certains programmes et projets de coopération;
 - la constitution d'une banque de données fiables pour l'identification

des fournisseurs;

- la mobilisation rapide des ressources sur budget d'Etat consacrées à la santé;
- la négociation d'un rééchelonnement du différentiel des encours financiers auprès de fournisseurs étrangers;
- l'assouplissement et l'allégement des procédures de passation des marchés et contrats;
- le règlement des factures en instance et des services déjà rendus mais non honorés pour les fournisseurs et prestataires de services (cas de la Pharmacie Populaire du Mali, Projets en cours...);
- la renégociation des contrats dont les délais d'exécution s'étendent sur plusieurs mois ainsi que les encours financiers;
- l'accélération des procédures de passation des marchés et la recherche de la transparence dans le traitement des contrats et marchés;
- la recherche de financement pour les amortissements pour assurer la pérennité et l'efficacité des prestations sanitaires;
- Appui à l'achat de petits matériels techniques et instrumentation pour les hôpitaux et les centres de santé dans les projets en 1994 et 1995;
- Garantir l'amortissement de l'équipement médical des centres de santé (Réfrigérateurs, Matériels stérilisation etc...);

(iii) Mesures immédiates concernant les hopitaux et les services socio-sanitaires

- la prescription obligatoire des médicaments essentiels en D.C.I. dans les formations sanitaires publiques;
- le déblocage rapide de la totalité du crédit médicament et matériel médico-chirurgical pour les exercices 1993 et 1994;
- la mise en place des mécanismes d'évaluation rapide des besoins et l'utilisation rationnelle en médicaments essentiels pour l'ensemble du pays (établissement des indicateurs de performance);
- l'amélioration des conditions de travail et revalorisation des fonctions socio-sanitaires(octroi de maisons d'astreinte, formation continue, gestion des carrières...);
- la création d'emplois au niveau des zones les plus défavorisées du pays par le recrutement de jeunes diplômés sortant des écoles de

formation socio-sanitaires.

- l'engagement de la réflexion en vue de la création et de la mise en place d'un FOND D'URGENCE POUR LA SANTÉ qui permet de prendre en compte tous les coûts financiers des mesures d'urgence énoncées.
- le développement des projets à base communautaire générateurs de revenus y compris la prise en compte de l'entreprise familiale, des technologies appropriées (moulins, matériels agricoles...);
- l'élargissement du champ d'intervention de la sécurité Sociale et développement des mécanismes complémentaires: assurances privées, conventions avec opérateurs spécifiques et prestataires de services;
- le développement des services sociaux de base en faveur de la mère, de l'enfant, des jeunes: institutions préscolaires, centres de santé périphérique, centres d'accueil);
- la Création d'emplois à haute intensité de main d'oeuvre dans le domaine de l'hygiène et de l'assainissement, du développement de base (micro-projets, et projets d'auto-insertion);
- l'amélioration du niveau d'éducation de base et réduction du taux d'analphabétisme favorisant des comportements propices à la réussite des programmes sanitaires et sociaux;
- le projet d'élaboration d'un programme à moyen terme 1994/1996 de développement du secteur sanitaire et social: ce programme prend en compte les effets de la crise économique et de la dévaluation en faveur des couches les plus défavorisées des villes et des campagnes et l'amorce d'un développement humain durable.
- la mise en place d'un plan de communication et d'information appuyer le plan d'intervention du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

Ce plan de communication intègre les actions tendant à assurer à une meilleure information sur les mesures arrêtées dans le sens de l'atténuation des effets de la dévaluation sur le secteur sanitaire et social.

Les mécanismes à mettre en oeuvre pour la réussite des mesures arrêtées dépendront pour une large part de l'implication de toutes les structures à tous les niveaux, les bénéficiaires, les Associations, les Partenaires et les ONGs.

Il y a lieu de faire jouer en premier lieu les mécanismes de la Collaboration Intersectorielle dans la résolution des problèmes urgents de santé et sociaux des populations impliquant la contribution des secteurs comme l'Education de Base, le Développement Rural, la Promotion Féminine, l'Emploi, l'Hydraulique... C'est dans la synergie des actions que l'on peut espérer avoir plus d'impact.

Dans les zones reculées et d'accès difficiles et souvent non couvertes, ce sont surtout, les Associations villageoises, communautaires et les ONG qui doivent être chargées de la mise en œuvre opérationnelles des projets et programmes. C'est à ce niveau que les cibles des projets et programmes doivent être atteints (couches vulnérables et défavorisées...)

2.3.1.3. NOUVELLES ACTIONS ENGAGÉES PAR LE GOUVERNEMENT ET LES DONATEURS

L'année 1995 est considérée pour le Gouvernement comme l'année qui doit permettre de gagner la bataille du médicament essentiel en Dénomination Commune Internationale (D.C.I.) de qualité et à un coût abordable. Aucune rupture de stocks ne doit se faire afin de préserver la santé des populations. A ce égard:

- Un Schéma-Directeur d'Approvisionnement et de Distribution en Médicaments Essentiels pour l'année 1995 a été élaboré et son exécution a déjà démarré;
- L'ensemble des formations sanitaires, à tous les niveaux de la pyramide sanitaire doivent améliorer leur système de gestion actuel de manière à les rendre viable et performant afin de répondre plus efficacement aux besoins prioritaires des populations surtout celles qui sont démunies ainsi que les groupes vulnérables tels que les enfants, les femmes, les personnes âgées;
- Les mécanismes de solidarité doivent être renforcés pour la protection du pouvoir d'achat des couches sociales les plus défavorisées.

2.3.2. ANALYSE DES EFFETS AU NIVEAU DU SECTEUR DE LA SANTE

Au lendemain de la dévaluation, le problème crucial qui a été ressenti au niveau du secteur de la santé a été la question de la disponibilité de médicaments, réactifs, consommables médicaux et matériel médico-chirurgical. En effet, le niveau des stocks était très faible à la fin d'exercice 1993 par rapport aux besoins d'approvisionnement en médicaments essentiels, de réactifs, produits spécifiques et petits matériels médicaux..

Au niveau des infrastructures et des équipements, il faut noter l'état de sous équipement généralisé des infrastructures et équipements socio-sanitaires. La dévaluation a occasionné l'augmentation des coûts de tous les marchés et contrats non encore exécutés surtout en ce qui concerne les biens et services faisant l'objet d'acquisition d'origine extérieure. Les marchés et contrats qui doivent être honorés sur base de compte en devises étrangères n'ont pas eu d'impact négatifs contrairement à ceux sur budget local.

La dévaluation a eu des effets négatifs au niveau des ressources humaines notamment la détérioration du pouvoir d'achat des citoyens jouant ainsi sur la motivation des équipes socio-sanitaires.

2.3.2.1. EVOLUTION DU VOLUME DES IMPORTATIONS DANS LE SECTEUR DU MEDICAMENT:

Le Chiffre d'affaires de la Pharmacie Populaire du Mali est passé de 3, 792 milliards de FCFA en 1993 à 3,880 milliards de FCFA en 1994 donnant ainsi un taux de progression de 2,3 %. Cette progression indique une tendance à la hausse des commandes de médicaments qui s'explique par une demande croissante pour les médicaments essentiels.

b) DONNEES AU NIVEAU DE JAMA KA KENEYA (S.A.R.L. du G.I.E." SANTE POUR TOUS" :

Pour ce Groupement d'Intérêt Economique, "Santé pour Tous" avec sa S.A.R.L., son chiffre d'affaire est passé de 100 millions de FCFA à 325 millions de FCFA de 1993 à 1994 soit un taux de progression de 225 %. La même situation de la demande croissante est révélée ici dans la mesure où il s'agit des centres de santé communautaires en majorité.

En comparant le Chiffre d'Affaire de la PPM, Organisme Public de l'Etat et la S.A.R.L. du G.I.E. qui est communautaire, on se rend compte que la différence est très grande au niveau du taux de progression 2,3 % et 225 %.

S'agissant des autres Grossistes importateurs, la différence est estimée encore plus grande.

2.3.2.2. IMPACT DE LA DEVALUATION SUR LA FREQUENTATION DES SERVICES DE SANTE

Il serait trop tôt de tirer des conclusions sur l'impact direct de la dévaluation au niveau de la fréquentation des services de santé. Cependant, l'analyse sommaire que l'on peut faire à ce stade fait ressortir:

- une tendance à la hausse des consultations externes, une baisse relative des entrées directes dans les services d'hospitalisation ainsi que les taux d'occupation des lits (Cf: annexe: cas Hôpital National du Poit "G")
- un recul probable de l'accessibilité aux prestations d'où une fragilisation des acquis et en particulier de certains programmes tels que le programme élargi de vaccination (PEV), la santé maternelle et infantile y compris la planification familiale (SML/PF), la lutte contre le Sida (SIDA)...
- des difficultés d'acquisition et de disponibilité des Médicaments Essentiels et des autres consommables médico-chirurgicaux car ils proviennent en grande partie de l'extérieur par le biais de l'importation .
- l'inaccessibilité plus grande aux médicaments et aux prestations de soins de qualité et à coût abordable;
- l'insuffisance des apports nutritionnels en qualité et en quantité causant des maladies de carence(fer, iode, vitamine A...);

- la dégradation plus accentuée des conditions environnementales liées à la pauvreté et favorisant la transmission d'un grand nombre des maladies infectieuses et parasitaires.
- l'aggravation des conditions d'hygiène individuelle et collective en rapport avec des comportements inadéquats favorisant la maladie et créant un ensemble synergique constitutif d'un risque permanent pour la santé des populations; en effet avec la pauvreté de plus en plus croissante de l'immense majorité des populations liée à l'amenuisement du pouvoir d'achat des individus, très peu de ressources sont consacrées à l'amélioration du cadre de vie.
- un choc dans le système de recouvrement des coûts avec l'aggravation du phénomène de l'indigence et de la pauvreté. La dévaluation a eu également pour effet la détérioration des conditions d'existence déjà précaires de la population.
- l'accentuation du phénomène de paupérisation qui en aggravant la situation des pauvres va également accroître le nombre des couches se situant au seuil de la pauvreté;
- l'accroissement des phénomènes de marginalisation et d'exclusion (déviations sociales, mendicité, les enfants de la rue, insécurité...);
- le développement de comportements individuels et collectifs égocentriques et égoïstes tendant à l'éclatement des réseaux traditionnels de solidarité et la nucléarisation de la société;
- la raréfaction des ressources financières consacrées aux projets sociaux (ressources privées ou d'Etat.);
- l'inaccessibilité aux services sociaux de base(écoles, santé, alimentation, nutrition et loisirs...);
- la diminution des capacités d'intervention des services sociaux centraux et périphériques;

a) SECTEUR PUBLIC

Le point de la disponibilité de médicaments, réactifs, consommables médicaux et matériel médico-chirurgical est très une préoccupation majeure. En effet, le niveau des stocks ne permettent guère de couvrir les besoins essentiels de l'ensemble des structures socio-sanitaires).

b) SECTEUR COMMUNAUTAIRE

Afin d'atténuer la participation financière des populations à la réalisation des centres de santé communautaires dans le cadre de l'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration continue de la qualité des soins, il a été retenu:

- * une augmentation de la participation du projet à concurrence de 75 % au lieu de 50 % pour chaque partie pour le coût de construction/réhabilitation des centres de santé communautaire;

- * la prise en charge d'une partie des coûts de fonctionnement des centres de santé communautaires(CSCOM) pendant les deux premières années;
- * la fourniture d'un stock initial des médicaments essentiels;
- * la formation/recyclage du personnel des centres de santé communautaire et des membres des Associations de Santé Communautaire;
- * le financement des frais de supervision;
- * le financement d'activités ayant une incidence sur l'amélioration de la santé telles que la Nutrition, l'Assainissement, et l'Approvisionnement en Eau potable);

c) SECTEUR PRIVE

Eu égard aux difficultés liées à la nature même de ce secteur qui est très jeune et récent et par conséquent méfiant, des informations fiables n'ont pu être collectées. Cependant tout laisse à croire que la dévaluation a eu pour effet d'influencer favorablement sur les activités: hausse du niveau des activités consultations/hospitalisation/ examen médicaux du plateau technique (bloc technique, réanimation, radiologie...)

Des études complémentaires sont nécessaires pour mieux cerner tous les contours de la question.

3.2.3. ANALYSE DE L'EVOLUTION DES PRIX DES PRODUITS DANS LE SECTEUR PHARMACEUTIQUE

Un examen rapide de l'évolution des prix dans le secteur sanitaire et pharmaceutique montre des fluctuations importantes pour les consommateurs: prix des médicaments, le prix des tarifications n'a pas en fait changé au niveau du secteur publique eu égard à la subvention de l'Etat.

D'une manière générale, un coefficient multiplicateur de 1,55 a été appliqué aux prix de vente au public. Il y a eu également une baisse de la pression fiscale allant de 22 % à 6 % pour les spécialités et une exonération totale pour les médicaments essentiels.

3.3. ANALYSE DES EFFETS AU NIVEAU DES CONSOMMATEURS (POPULATIONS):

La dévaluation a permis de mettre en avant le concept de consommateur qui était utilisé seulement par quelques spécialistes avertis des questions économiques. Il est indéniable que c'est le quotidien (se nourrir, se vêtir, se loger, se soigner, s'instruire, se déplacer...) que les citoyens ont toujours cherché à satisfaire ses besoins sociaux. Comment y faire face quand les revenus individuels perdent une part importante de leur valeur alors que au même moment les prix au marché connaissent des hausses vertigineuses. Même quand les prix restent stables et que le pouvoir d'achat s'amenuise, le consommateur en ressent durement les effets plus particulièrement pour sa santé et son éducation.

***** TABLEAU RELATIF A L'INDICE DES PRIX A LA CONSOMMATION DES MENAGES A BAMAKO, BASE 100 MOYENNE DE JUILLET 1993 à JUILLET 1994:**

DESIGNATIONS	Juil. 93	Mai 94	Juin 94	Juil.94	varia-tion en % Juil.94 à Juin 94	varia-tion en % Juil.93 à Juil 94
DEPENSES DE SANTE	103,6	139,7	141,3	142,7	0,97	37,80
ENSEMBLE Mali	107,7	126,8	132,8	136,6	2,82	26,78

Source: DNSI, Bulletin mensuel "PRIX", mois de juin 1994 et

Juillet 1994 de Bamako.

Le commentaire que l'on peut faire du tableau, suite à la dévaluation, c'est que l'indice des prix pour la rubrique DEPENSES DE SANTE essentiellement constituées en achat de médicament est passé de 103,6 à 142,76 donnant ainsi une variation de l'ordre de 37,80 % . En considérant les prix des médicaments de spécialité, la hausse enregistrée a été de 55 %

Rappelons de passage que l'indice des prix à la consommation est un indice synthétique qui mesure l'évolution des prix des biens et services figurant dans la consommation des ménages calculés que une base annuelle.

L'évolution des prix consécutivement à la dévaluation a été fortement influencée par la recrudescence de la spéculation des prix puisque le système de liberté des prix est en application dans le cadre du libéralisme économique.

3.3.1. FREQUENTATION DES DIFFERENTS DES DIFFERENTS TYPES D'ETABLISSEMENT PUBLICS, COMMUNAUTAIRE ET PRIVE

Au Mali, aucune étude de grande envergure n'a été entreprise pour avoir étudié les effets de la dévaluation sur la fréquentation des services. L'examen rapide des données de routine dans les grandes formations sanitaires montre une certaine baisse dans la fréquentation. Pour illustrer cet état de fait, nous avons pris le cas de l'HOPITAL NATIONAL DU POINT "G", la plus grande structure de référence (cf: voir statistiques en annexe).

Les tableaux ci-après donnent quelques statistiques de l'Hôpital de 1993 à 1994 sur les entrées directes dans les services d'hospitalisation ainsi que les taux d'occupation.

a) TABLEAU RELATIF AUX ENTREES DIRECTES DANS LES SERVICES D'HOSPITALISATION

ENTREES DIRECTES DANS LES SERVICES D'HOSPITALISATION	1993	1994	VARIATION 1994/1993
Nombre	5.882	5.211	
Variation annuelle			- 11,41 %

L'hospitalisation qui exige des ressources financières connaît une tendance à la baisse à cause de la rareté de l'argent eu égard aux multiples besoins à satisfaire.

b) TABLEAU RELATIF AUX TAUX D'OCCUPATION DES LITS

OCCUPATION DES LITS D'HOSPITALISATION	1993	1994	VARIATION 1994/1993
Taux	72,13 %	60,53 %	
Variation annuelle			- 16,08 %

La même analyse propre aux services d'hospitalisation s'applique ici aux taux d'occupation des lits qui va de pair avec l'hospitalisation.

2.3.3.2. ANALYSE DES CHANGEMENTS DE CONSOMMATION ET DES COMPORTEMENTS AFFECTANT LA SANTE :

Au Mali, il existe une Association des Consommateurs (ASCOMA) qui dès l'annonce de la dévaluation du FCFA a entamé des démarches afin de donner des informations et orientations sur la conduite à tenir notamment: les points de ventes les moins chers, une sensibilisation des producteurs et commerçants pour une approche rationnelle de la nouvelle situation afin de ne pas trop pénaliser le consommateur malien, une meilleure prise en compte des préoccupations des couches les plus défavorisées constituant en fait la majorité...

L'ensemble de ces actions ont conduit à mieux informer, éduquer, sensibiliser les consommateurs dont les effets immédiats furent:

- de nouveaux comportements et de nouvelles habitudes de consommation;
- un esprit plus vigilant, plus avisé, donc plus critique, exigeant et vif face à la nouvelle situation.
- et enfin une meilleure gestion du budget familial.

L'adoption de nouveaux comportements rationnels pour la prise en charge des problèmes de santé ont été constatés.

Il est bon de rappeler que l'ASCOMA, au lendemain de la dévaluation a élevé sa voix pour défendre le pouvoir d'achat du consommateur malien. Ainsi, en plus des différents contacts avec les autorités responsables, elle a initié des campagnes d'information et de sensibilisation en direction des populations par la publication de Numéros Spéciaux sur financement de l'ACDI. Aujourd'hui, elle s'attelle à l'élaboration d'un plan d'action visant à préconiser des mesures concrètes pour enrayer de façon durable les effets néfastes de la dévaluation à court, moyen et long termes.

2.3.3.3. PROPENSION A RECOURIR A LA MEDECINE TRADITIONNELLE ET A LAPHARMACOPEE

Au Mali, la médecine et la pharmacopée traditionnelle occupe une place de choix au côté de la médecine moderne. On estime à environ 80 % de la population qui a recours à la médecine et à la pharmacopée traditionnelle. Suite à la dévaluation cette tendance ne fait que ce renforcer. Ainsi, bien que les données soient rares dans ce secteur, nous avons noté avec le chef de ce service les indications ci-après:

**** TABLEAU RELATIF AUX STATISTIQUES RELATIVES A LA MEDECINE TRADITIONNELLE

INDICATEUR	1993	1994	Ecart 1994/93
- Nbre de consultations	4.500	5.458	+ 21,3 %
- Nbre de guérisseurs traditionnels			
-Nbre de cartes professionnels	113	175	+ 55 %
- Nbre d'attestations de collaboration	43	95	+ 121 %
- Nbre de cartes d'herboristes	60	70	+ 17 %
	--	20	

Source: Service de Médecine Traditionnelle, INRSP/MSSPA.

On remarque avec la progression des chiffres que la médecine et la pharmacopée traditionnelles reprennent leur essor du passé.

Les produits actuellement se trouvant sur la liste officielle sont: les antitussifs, le choléretique, le laxatif, les anti-amibiens.

Il est aisé de constater l'évolution positive que prend ce secteur dans notre système de santé.

2.3.3.4. ANALYSE DE L'EVOLUTION DES INDICATEURS DE SANTE, DE NUTRITION, D'HYGIENE, DE VACCINATION ET D'ACCES A L'EAU POTABLE

La dévaluation est intervenue à un moment où le niveau des indicateurs est loin d'être satisfaisant. Cela peut être illustré à travers les indicateurs sanitaires de l'année 1993 ci-dessous qui en fait n'ont pas évolué entre 1993 et 1994. Il s'agit du:

- taux de couverture de la population par les services de santé est estimé à 30 à 45 % ; dans un rayon de 15 Km;
- taux de mortalité infantile est de l'ordre 102,3 pour mille naissances vivantes;
- taux de mortalité maternelle est estimé à 1000 pour 100.000 naissances vivantes;
- taux de mortalité générale est de l'ordre de 12,6 pour mille naissances vivantes;
- taux de fécondité est de 6,8 enfants par femme en âge de procréer;
- taux de couverture vaccinale par antigène se présente comme suit:

ANTIGENE	1992	1993	1994
----------	------	------	------

- % ENFANTS VACCINES:

* B.C.G.	69,84 %	72,8 %	non disponible
* D.T.C.P3	37,70 %	46,3 %	
* ROUGEOLE	35,16 %	50,76 %	

- % FEMMES ENCEINTES VACCINES:

* VAT2	8,6 %	7,25 %
--------	-------	--------

- taux de scolarisation est de l'ordre de 32 % (est. 1993);
- taux d'alphabétisation est de 18,8 % ;
- des ratios personnel santé par habitants:

* 1 médecin pour 43.293 Hbts (la norme OMS est de 1 médecin pour 10.000 Hbts);

* 1 infirmier d'Etat pour 16.919 Hbts (la norme oms est de un infirmier d'Etat pour 5.000Hbts);

* 1 sage femme pour 32.954 Hbts
(la norme OMS de 1 sage femme pour 5000 hbts) ;

- du pourcentage de la population utilisant une eau de boisson provenant principalement de source sûre:

* ZONE URBAINE: 80 %

* ZONE RURALE: 40 %

- du Produit National Brut (PNB) par tête d'habitant est estimé à 280 dollars US en 1993.

La situation alimentaire et nutritionnelle est caractérisée par des insuffisances tant en quantité et en qualité des apports nutritionnels. Beaucoup d'études menées dans le pays ont démontré qu'il y a des carences en micronutriments. Les conditions hygiène et d'assainissement au niveau des ménages et des collectivités laissent parfois à désirer. On peut citer:

- l'aggravation des conditions d'hygiène individuelle et collective en rapport avec des comportements inadéquats favorisant la maladie et créant un ensemble synergique constitutif d'un risque permanent pour la santé des populations;
- l'insuffisance des apports nutritionnels en qualité et en quantité causant des maladies de carence(fer, iode, vitamine A...);
- la dégradation plus accentuée des conditions environnementales liées à la pauvreté et favorisant la transmission d'un grand nombre des maladies infectieuses et parasitaires.
- l'accentuation du phénomène de paupérisation qui en aggravant la situation des pauvres va également accroître le nombre des couches se situant au seuil de la pauvreté;
- l'accroissement des phénomènes de marginalisation et d'exclusion (déviations sociales, mendicité, les enfants de la rue, insécurité...);
- le développement de comportements individuels et collectifs égocentriques et égoïstes tendant à l'éclatement des réseaux traditionnels de solidarité et la nucléarisation de la société;
- la raréfaction des ressources financières consacrées aux projets sociaux (ressources privées ou d'Etat.);
- l'inaccessibilité aux services sociaux de base(écoles, santé, alimentation, nutrition et loisirs...);

- la diminution des capacités d'intervention des services sociaux centraux et périphériques;

Avec la dévaluation qui a conduit à un rétrécissement du pouvoir d'achat et à une paupérisation des couches les plus démunies, on assiste davantage à la dégradation du cadre de vie de nombre de nos concitoyens luttant quotidiennement pour leur survie.

RECOMMANDATIONS :

Après avoir étudié l'impact de la dévaluation sur la Santé, les recommandations suivantes nous paraissent fondamentales:

- 1./ la nécessité de mettre en place des mécanismes de suivi de l'application des mesures prises et engagées pour atténuer les effets de la dévaluation; à cet égard nous recommandons la création d'un **OBSERVATOIRE SUR LA DÉVALUATION** constituera une banque de données, de documentation et d'étude pour l'ensemble des pays concernés.
- 2./ la création et de la mise en place un **FOND D'URGENCE POUR LA SANTÉ** qui permet de prendre en compte tous les coûts financiers induits et futurs des mesures prises pour atténuer les effets de la dévaluation ou d'autres réformes économique, l'objectif étant de sauvegarder la capital santé des populations.
- 3./ Le renforcement des **MÉCANISMES DE SOLIDARITÉ NATIONALE ET INTERNATIONALE** qui permettent la protection du pouvoir d'achat des couches sociales les plus défavorisées et la défense des intérêts des consommateurs..
- 4./ la concrétisation de **L'INTÉGRATION AFRICAINE** par l'élargissement des marchés sous régionaux et par la libre circulation des biens et services.

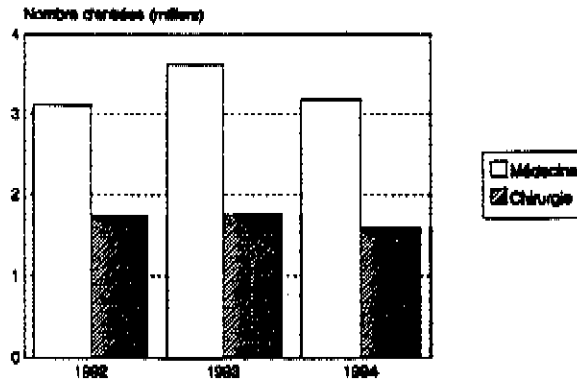
CONCLUSION:

Le Mali fait parti des quatorze (14) pays de la Zone Franc qui a su amortir le choc de la dévaluation. L'espoir est permis de rendre des soins de santé de qualité à la population notamment les couches vulnérables que sont femmes, les enfants et les pauvres. Des technologies sanitaires moins coûteuses telles que l'approche de soins intégrés à travers le paquet minimum de soins, les médicaments essentiels, la vaccination universelle, l'éducation sanitaire, la mobilisation politique et communautaire impliquant davantage les populations.

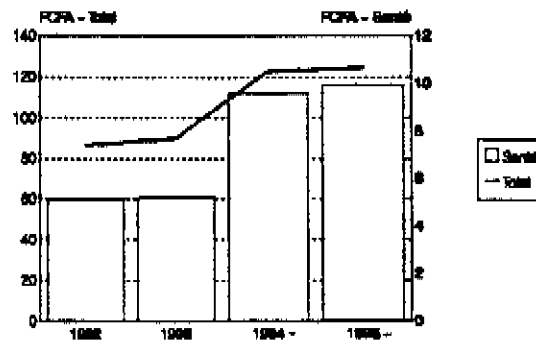
Nous restons convaincu que malgré la dévaluation, les conditions de vies et de santé des populations peuvent être améliorées à travers des interventions sanitaires rentables économiquement et socialement dans le traitement des cas.

Nous estimons que cette contribution supplémentaire aidera à la réflexion et à le plan de mesure à prendre pour 4attenuer les effets indésirables de la dévaluation et réaliser une croissance économique à long terme pour les populations et poursuivre les études en la matière.

Evolution du Nombre d'Entrées Directes à l'Hopital National du Point G

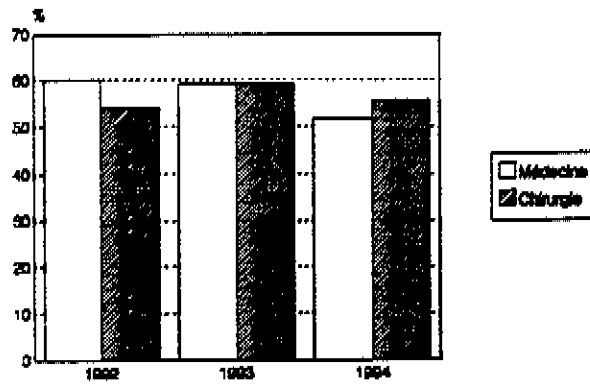


Evolution des Dépenses Recurrentes du Budget d'Etat

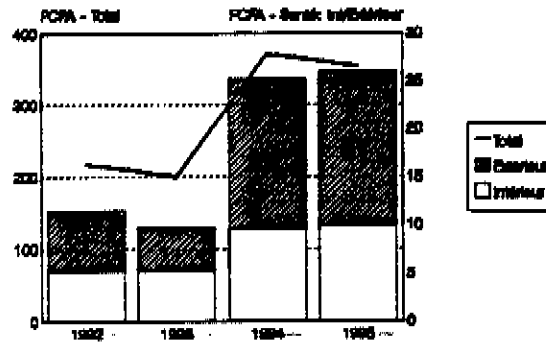


En milliards de FCFA

Evolution du Taux d'Occupation à l'Hopital National du Point G



Evolution du Financement du Budget d'Etat



En milliards de FCFA

ENTREES

ACTIVITÉ DES SERVICES D'HOSPITALISATION

NOMBRE D'ENTREES DIRECTES

SERVICE	1992	1993	1994	VARIATION 1994/1993 %
Médecine A-B	355	170	254	49.41
Médecine C-D	503	504	520	3.17
Médecine E-Néphrologie	535	512	446	-12.89
Cardiologie	482	532	417	-21.62
Gastrologie		82	103	25.61
Neurologie	337	504	434	-13.89
Contagieux	280	680	430	-36.76
Pneumologie	624	642	577	-10.12
Total Médecine	3 116	3 626	3 181	-12.27
Chirurgie A	556	466	412	-11.59
Chirurgie B	538	554	362	-34.66
Chirurgie C				
Gynécologie-Obstétrique	476	518	538	3.86
Urologie	176	224	289	29.02
Total Chirurgie	1 746	1 762	1 601	-9.14
Soins Intensifs	69	100	106	6.00
Psychiatrie	360	394	323	-18.02
Passages aux Urgences				
Total Etablissement	5 291	5 882	5 211	-11.41

ACTIVITÉ DES SERVICES D'HOSPITALISATION
NOMBRE DE JOURNÉES RÉALISÉES

SERVICE	1992	1993	1994	VARIATION 1994/1993 %
Médecine A-B	6 840	3 558	5 504	54.69
Médecine C-D	10 847	11 366	6 598	-41.95
Médecine E-Néphrologie	8 555	8 270	8 555	3.45
Cardiologie	4 424	4 804	3 259	-32.16
Gastrologie		1 472	2 781	88.93
Neurologie	7 171	7 346	7 595	3.39
Contagieux	2 100	2 808	2 639	-6.02
Pneumologie	23 184	25 600	20 435	-20.18
Total Médecine	63 121	65 224	57 366	-12.05
Chirurgie A	7 694	8 298	11 003	32.60
Chirurgie B	9 118	9 860	5 536	-43.85
Chirurgie C				
Gynécologie-Obstétrique	5 152	4 730	5 336	12.81
Urologie	8 454	7 686	9 386	22.12
Total Chirurgie	30 418	30 574	31 261	2.25
Soins Intensifs		1 789	1 896	5.98
Psychiatrie	42 761	42 756	40 710	-4.79
Total Etablissement	136 300	140 343	131 233	-6.49

ACTIVITÉ DES SERVICES D'HOSPITALISATION

DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR

SERVICE	1992	1993	1994	VARIATION 1994/1993 %
Médecine A-B	19.27	20.93	21.67	3.54
Médecine C-D	21.56	22.55	12.69	-43.74
Médecine E-Néphrologie	15.99	16.15	19.18	18.75
Cardiologie	9.18	9.03	7.82	-13.45
Gastrologie		17.95	27.00	50.41
Neurologie	21.28	14.58	17.50	20.07
Contagieux	7.50	4.13	6.14	48.62
Pneumologie	37.15	39.88	35.42	-11.18
Total Médecine	20.26	17.99	18.03	0.26
Chirurgie A	13.84	17.81	26.71	49.98
Chirurgie B	16.95	17.80	15.29	-14.07
Chirurgie C				
Gynécologie-Obstétrique	10.82	9.13	9.92	8.62
Urologie	48.03	34.31	32.48	-5.35
Total Chirurgie	17.42	17.35	19.53	12.53
Soins Intensifs			17.89	
Psychiatrie	118.78	108.52	126.04	16.14
Total Etablissement	25.76	23.86	25.18	5.55

ACTIVITÉ DES SERVICES D'HOSPITALISATION

TAUX D'OCCUPATION

SERVICE	1992	1993	1994	VARIATION 1994/1993 %
Médecine A-B	68.54	69.62	62.83	-9.75
Médecine C-D	82.45	83.92	50.21	-40.17
Médecine E-Néphrologie	49.36	49.36	25.91	-47.52
Cardiologie	63.79	54.81	37.20	-32.12
Gastrologie		18.23	34.63	89.98
Neurologie	56.13	55.9	67.12	20.08
Contagieux	23.97	38.46	30.13	-21.67
Pneumologie	63.51	63.76	55.99	-12.19
Total Médecine	60.25	59.36	51.70	-12.90
Chirurgie A	50.18	55.44	68.51	23.58
Chirurgie B	54.3	61.39	48.93	-20.30
Chirurgie C				
Gynécologie-Obstétrique	47.05	44.68	48.73	9.07
Urologie	64.33	77.99	71.43	-8.41
Total Chirurgie	54.11	59.4	55.61	-6.37
Soins Intensifs		81.69	86.58	5.98
Psychiatrie	90.11	128.72	85.80	-33.35
Total Etablissement	63.72	72.13	60.53	-16.08

ANNEXE : ETUDE DE CAS 1'HOPITAL NATIONAL DU POINT
"G",

RESULTATS D'ACTIVITE DU PLATEAU TECHNIQUE

SERVICES/ACTIVITES	BENEFICIAIRES	1991	1992	1993	MOYENNE
LABORATOIRE (Nbre de B produits)	Personnel et autres gratuités légales	135 951	245 427	344 592	241 990
	Consultants externes	69 160	179 773	224 584	157 839
	Patients hospitalisés	1 157 731	917 174	1 019 733	1 031 546
	TOTAL	1 362 842	1 342 374	1 588 909	1 431 375
RADIOLOGIE (Nbre de Z produits)	Personnel et autres gratuités légales	26 590	21 594	28 310	25 498
	Consultants externes	147 377	151 771	164 334	154 494
	Patients hospitalisés	46 846	37 116	41 262	41 741
	TOTAL	220 813	210 481	233 906	221 733
CONSULTATIONS EXTERNES	Personnel et autres gratuités légales	341	576	630	516
	Consultants externes	7 681	6 680	8 168	7 510
	TOTAL	8 022	7 256	8 798	8 025
ECHOGRAPHIE (Nbre de K produits)	Personnel et autres gratuités légales	29 890	41 040	44 820	38 583
	Consultants externes	28 658	32 292	42 705	34 552
	Patients hospitalisés	99 168	78 571	87 348	88 362
	TOTAL	157 716	151 903	174 873	161 497
MEDECINE NUCLEAIRE (Nbre de B produits)	Personnel et autres gratuités légales	13 800	61 975	67 475	47 750
	Consultants externes	118 205	149 815	127 813	131 944
	TOTAL	132 005	211 790	195 288	179 694
E.E.G. (Nbre de K produits)	Personnel et autres gratuités légales	7 800	18 400	21 440	15 880
	Consultants externes	7 980	12 450	10 513	10 314
	Patients hospitalisés	17 630	15 631	15 528	16 263
	TOTAL	33 410	46 481	47 481	42 457
E.C.G. (Nbre de K produits)	Personnel et autres gratuités légales	2 544	4 128	4 288	3 653
	Consultants externes	6 867	6 793	6 391	6 684
	Patients hospitalisés	5 877	4 656	5 176	5 236
	TOTAL	15 288	15 577	15 855	15 573

ACTIVITE 1994 DE CONSULTATIONS EXTERNES

SERVICE	Lits installés (1)	Personnel Total (2)	Dont Médecins	Ratio Agent/lit	Consultation Externes (C.E.)	C.E./ semaine (3)	C.E./ médecin	C.E./ médecin/ semaine
Médecine A-B-C-D	60	37	5	0.62	1931	43	386	9
Méd. E-Néphrologie	43	17	2	0.40	1447	32	724	16
Cardiologie	19	12	2	0.63	3214	71	1607	36
Gastrologie	22	10	3	0.45	1314	29	438	10
Neurologie	31	20	2	0.65	2173	48	1087	24
Contagieux	24	10	1	0.42	1823	41	1823	41
Pneumologie	100	18	2	0.18	933	21	467	10
Total Médecine	299	124	17	0.41	12 835	285	755	17
Chirurgie A	44	22	4	0.50	700	16	175	4
Chirurgie B	31	22	4	0.71	1520	34	380	8
Chirurgie C	13	4	1	0.31		0	0	0
Gynéco-Obstétrique	30	28	4	0.93	3411	76	853	19
Urologie	36	13	2	0.36	1638	36	819	18
Total Chirurgie	154	89	15	0.58	7 269	162	485	11
Soins Intensifs	6	17	2	2.83	1237	27	619	14
Psychiatrie	130	20	5	0.15	1931	43	386	9
Total Etablissement	589	250	39	0.42	23 272	517	597	13

(1) : Selon fiches par service 1994

(2) : Selon tableau des effectifs 1995, sauf pour Soins Intensifs

(3) : sur la base de 45 semaines ouvrées par an

REFERENCES:

- Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées (MSSPA), "Déclaration de la Politique Sectorielle de Santé et de Population signée le 15 décembre 1990".

" Arrêté Interministériel N° 5092/MSSP-MATS-MF du 21 Avril 1994 fixant les conditions de création des Centres de Santé Communautaire (CSCOM) et les modalités de gestion des services socio-sanitaires de Cercle, de Commune et des CSCOM.

- MSSPA, Plan d'intervention du Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées
Dans le contexte de la Dévaluation, le 23 Janvier 1994.

- DAF/MSSPA, Document du Budget d'Etat et du Budget de la Santé 1992, 1993, 1994 et 1995

- MSSPA/DNSP/DE, "Annuaire Statistiques des Services de Santé pour les années 1990, 1991, et 1992, 1993".

- DIRECTION HOPITAL DU POINT "G", Statistiques Hospitalières de 1993 et de 1994.

- MSSPA, "Plan d'Action National pour la Survie, le Développement et la Protection de l'Enfant, Octobre 1992".

- DNSI, "Perspectives de la Population Totale Urbaine et Rurale au Mali de 1987 à 2022, Août 1992".

- DNSI, Bulletin mensuel "PRIX", mois de juin 1994 et Juillet 1994 de Bamako.

- DNP, "Politique de Population du Mali, Document de Base (Diagnostic de la Situation Demo-Economique), Juillet 1990".

- DNSI, "Recensement Général de la Population et de l'Habitat, 1987".

"Perspectives de la Population Totale Urbaine et Rurale au Mali de 1987 à 2022, Août 1992".

- DNP, "Politique de Population du Mali, Document de Base (Diagnostic de la Situation Demo-Economique), Juillet 1990".

- DNP, " Déclaration de la Politique Nationale de Poulation signée le 03 Mai 1991".

- DNP, " Rapport National sur la Population du Mali, Août 1993".

- UNICEF, " La Situation des Enfants dans le Monde, 1993".
- PNUD, "Rapport Mondial sur le Développement Humain, 1993".
- MSSPA/MFC, Documents divers sur la Dévaluation ;