



---

**Association Malienne des Jeunes Médecins**  
**A.M.A.J.M.**

Récépissé N° 00402 MAT-DNAT du 10 Mai 1991 sur  
ordonnance n° 41/PCG du 28 mars 1959

---

# PLAN D'ABSORPTION DU FLUX DE MEDECINS SUR LE MARCHE DE L'EMPLOI AU MALI

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b> .....	3
Contexte et justification: .....	4
<b>Profil du pays</b> : .....	4
Constat .....	5
<b>IMPACT ECONOMIQUE ET SOCIALE</b> .....	6
Coût .....	7
<b>OBJECTIFS</b> : .....	9
<b>Objectif général</b> : .....	9
<b>Objectifs spécifiques</b> : .....	9
<b>STRATÉGIES</b> : .....	9
<b>ACTIONS A REALISER/ACTIVITES</b> : .....	10
Suivi : .....	11
<b>RESULTATS ATTENDUS</b> : .....	11
<b>CONCLUSION</b> : .....	11
Annexes .....	13
Annexes .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Annexes .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>

# Liste des abréviations

**AMAJM** : Association Malienne des jeunes médecins.

**Cscom**: Centre de Santé Communautaire.

**EDS - IV**: Enquêtes Démographiques et de Santé.

**OMD**: Objectifs du Millénaire pour le Développement.

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé.

**EVN** : Espérance de Vie à la Naissance.

**SLIS** : Système Local d'Information Sanitaire.

**PTF** : Partenaire Technique et Financier.

**ONG** : Organisation Non Gouvernementale.

**OMD** : Objectif du millénaire pour le développement.

## **Introduction :**

Le chômage constitue de nos jours un problème, celui des jeunes un fléau. La plus part des pays ont développé des politiques d'emploi des jeunes, particulièrement pour les agents de santé en leur facilitant l'accès aux ressources pour l'implantation dans le secteur privé, l'organisation de leur émigration etc. Au Mali on constate une absence totale de politique en faveur des ressortissants des structures sanitaires ce qui affecte dangereusement l'organisation du système. Cet état de fait pose un problème d'insécurité car constitue une menace importante pour le pays. Comme le terrorisme du fait qu'ils sont obligés de survivre même aux détriments des règles d'éthique et de déontologie médicale. Le problème se complexifie encore quand on sait que le secteur est très hautement social.

Profondément préoccupé par cette situation et face à l'incapacité actuelle du Mali d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), l'Association Malienne des Jeunes Médecins (AMAJM) à élaboré un plan d'absorption des jeunes médecins sans emploi, dans le but d'améliorer la santé au Mali.

Le présent plan va servir de document, cadre d'orientation en matière d'absorption du flux de médecin et de personnels socio-sanitaires sur l'ensemble du pays, précise les objectifs, définit les stratégies, les actions à mener, le suivi et les résultats attendus.

Sa fonction principale est d'aider les décideurs sur le plan national et international à comprendre le problème et d'en dégager des solutions pour une résolution durable.

## **Contexte et justification:**

### **Profil du pays :**

Depuis près de trente ans, les politiques d'ajustement structurel ont appauvri les services publics en général et les services de santé en particulier dans la quasi-totalité des pays à faibles ressources. Le réveil est brutal. Que l'on regarde les indicateurs de santé globaux ou ceux qui concernent spécifiquement la santé maternelle et infantile, la tuberculose, la couverture vaccinale ou l'accès aux soins de

santé primaire, ils sont soit en régression, soit stables et donc loin du niveau des objectifs de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) et du millénaire pour le développement.

Au Mali selon les enquêtes Démographiques et de Santé (EDS IV Mali), le ratio de mortalité maternelle est de 464 pour 100.000 naissances vivantes, 46 décès de 0 à 28 jours sont enregistrés sur 1.000 naissances vivantes. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans est de 96/1.000 naissances vivantes. En comparaison aux autres pays, les taux de mortalité au niveau du Mali font parti des plus élevés au monde.

La plupart de ces décès surviennent soit dans les ménages, soit à cause d'un recours tardifs aux services de santé.

De plus la fréquentation des structures de santé est l'une des plus basses au monde avec 0,33 nouveau contact par habitant par an (selon l'annuaire du système d'information sanitaire du Mali 2010). Lors du dernier concours d'entrée à la fonction publique il y avait plus de 2000 médecins qui ont manifesté leur volonté de servir a travers la fonction publique pour les 60 postes.

Devant ces faits nous avons fait le constat suivant.

## **Constat :**

Selon l'annuaire statistique de 2010, le Mali à fait un effort en terme d'infrastructure sanitaire avec 40% de la population qui ont accès à un centre de santé dans un rayon de 15km mais il existe une très grande disparité entre la disponibilité des infrastructures sanitaires et la disponibilité des ressources humaines en santé au sein de ses structures sanitaires.

En effet, selon les statistiques sur le terrain, les ressources humaines en santé au Mali sont autour de 15.000 toutes catégories confondues (médecin, infirmiers et autres). Il en résulte de cet état de fait, des ratios très inférieurs aux normes recommandées par l'OMS. Ces normes exigent : 1 médecin pour 10.000 habitants; 1 pharmacien pour 30.000 habitants ; 1 chirurgien dentiste pour 5.000 habitants; 1 infirmier diplômé d'état pour 5.000 habitants.... Au Mali selon les indicateurs globaux nous avons un médecin pour moins de 10.000 habitants. Mais les indicateurs globaux cachent des disparités. Ainsi la région de Kidal avait 1 médecin

pour 3.000 habitants avant les événements du 22 mars 2012 par contre à Sikasso il y avait 1 médecin pour près de 17.000 habitants (SLIS, 2010).

En plus de la contrasté des ratios entre les régions, il existe une disparité entre les services.

Exemple : Il existe un manque crucial de spécialistes dans certains services tel que la neurologie (trois neurologue spécialistes), en psychiatrie le personnel est vieillissant sans aucune relève en perspective. Plus de la majorité des spécialistes en gynéco-obstétrique sont concentrés à Bamako et dans les capitales régionales de même que les pédiatres (ou toutes les capitales régionales ne sont pas dotées) alors que ces deux derniers capitaux humains sont considérés comme un élément essentiel dans l'amélioration de la santé maternelle et infantile gage de la réussite de la feuille de route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Mali.

Dans le cadre des services on constate également l'absence de service de gériatrie et de spécialiste en gériatrie alors que le pays compte actuellement plus de 600000 personnes âgées.

Un autre paradoxe est que le Mali bénéficie d'une assistance technique du Cuba en santé alors que nos confrères formés au Cuba avant leur tractation après échec aux concours de la fonction publique étaient en chômage. Il a fallu qu'ils s'organisent et fasse des pressions diplomatique pour qu'ont embauche les 50 sans concours au détriment de ceux formés au pays. Cette situation produit les impacts.

## **Impact économique et sociale :**

La santé de la population est un pré-requis au développement socio-économique.

La relation est bidirectionnelle :

- La santé affecte le développement économique par le biais du capital humain et du capital d'entreprise, la santé est affectée par le développement économique, via le niveau de pauvreté.
- Les pays où la mortalité infantile est la moins élevée ont connu une meilleure croissance économique (Hdr\_1990\_ chapitre 1). Cette corrélation demeure lorsque l'on introduit d'autres variables économiques (comme la politique économique etc.)

Chaque amélioration de 10% de l'espérance de vie à la naissance (EVN) correspond à une augmentation de la croissance économique d'au moins 0,3 à 0,4 points de pourcentage.

Au niveau macro, la maladie fait obstacle à la prospérité en réduisant :

- La productivité de la main d'œuvre (moins d'énergie, plus vulnérable aux maladies)
- Le niveau de formation et de scolarisation de la main d'œuvre, la longévité de la main d'œuvre et des consommateurs l'épargne et l'investissement.

Au niveau micro, la maladie entraîne une perte de revenu à travers :

- Coûts du traitement,
- Perte de salaire,
- Perte de gains futurs

Les dépenses de santé sont sources de paupérisation des ménages et des Etats, particulièrement dans les pays en voie de développement. Le mauvais état de santé induit la pauvreté, la pauvreté aggrave le mauvais état de santé... un véritable cercle vicieux.

En revanche les effets des dépenses de santé sont catastrophiques. Selon les comptes nationaux du Mali en 2004 actualisés en 2009, les dépenses de santé en moyenne par habitant et par an s'élève à 15.000FCFA. Ce qui fait un total de 240 milliards/an pour l'ensemble de la population à cette époque dont 15% de ce montant est investi dans les médicaments (36 milliards environs). 43% de ces mêmes dépenses sont supportés par les ménages.

L'absorption du flux a un coût

**Coût :** nous pouvons envisager deux scénarios :

### **Scénario A :**

Compte tenu du niveau de salaire arrêté par la convention collective des centres de santé communautaire le 02/10/2006, les deux mille (2000) médecins devrait être

intégré à la fonction publique cela coûterait à l'Etat trois (3) milliards 600 millions de franc CFA.

### **Scénario B :**

Affecter un médecin pour chaque CSCOM du pays ne le possédant pas, et réaliser les cliniques et cabinets couteront huit milliard trois cent six millions huit cent mille 8.306.800.000 FCFA

Quand à la rémunération des CES, du fait qu'il n'ya que deux hôpitaux qui ne s'acquitte pas de leur tâche en la matière : l'hôpital **Gabriel Touré** et celui du **Point G** ; il s'agit de situer les responsabilités afin qu'ils puissent se conformer aux autres hôpitaux.

Conscient de la difficulté d'absorber l'effectif total de 2000 médecins par l'État, en 2011 l'AMAJM et ses partenaires (conseil national de l'ordre des médecins, l'APEJ, ministère de l'emploi et de la formation professionnelle) se sont pensés sur un projet d'implantation de 400 cliniques et cabinets dont le coût de réalisation s'élève à sept (07) milliards de franc CFA.

L'acquisition de ce montant est possible par différentes voies : **l'Etat** et ou les **PTF**

### **L'Etat :**

Par le respect d'un de ces engagements internationaux (au cours du sommet d'Abuja en 2001, plusieurs chefs d'Etats et de gouvernement Africains se sont mis d'accord de consacrer au moins 15% de leur budget à la santé). Dix ans après le Mali n'alloue que 8% de son budget. Une augmentation d'au moins un point de pourcentage permettra de couvrir ce montant.

### **Les PTF :**

Il existe un engagement entre les donateurs et les pays en voies de développement pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en occurrence

**OMD 8:** Mettre en place un partenariat mondial pour le développement en sa cible 16.

**Cible16:** En coopération avec les pays en développement, imaginer et appliquer des stratégies de nature à créer des emplois productifs décents pour les jeunes.

Les dirigeants des pays riches ont réitérer leur volonté à consacrer 0,7% de leur Produit Intérieur Brut (PIB) à l'aide publique au développement des pays

pauvres (Déclaration de Paris en 2005). Il s'agira d'inscrire ce projet sur l'agenda gouvernemental pour sa réalisation.

## **Objectifs :**

### **Objectif général :**

Améliorer la performance du système de santé du Mali d'ici 2015.

### **Objectifs spécifiques :**

D'ici 2013

- Affecter un médecin pour chaque CSCOM n'en possédant pas.
- Réaliser des infrastructures sanitaires supplémentaires (400 cliniques et cabinets).
- Organiser les médecins autour des nouvelles infrastructures.
- Organiser la migration des agents de santé
- Développer un partenariat avec les ONG
- Rémunérer les médecins en spécialisation

## **Stratégies :**

### **1. Affectation d'un médecin par CSCom :**

Sur le plan national, il existe **1094 CSCom** fonctionnel en la date du 31 décembre 2011, seulement **368** sont tenus par des médecins. Il s'agit d'affecter un médecin par Cscocom ; ce qui nous fera un total de **726 médecins absorbés**.

### **2. Réalisation du projet de 400 cliniques et cabinets :**

Compte tenu de la non employabilité de tous les médecins par l'Etat, l'AMAJM et ses partenaires ont élaboré un projet de cabinet et clinique au nombre de 400. Une Organisation de deux médecins par structure fera un total de **800 médecins absorbés**.

### **3. L'emploi des médecins par les ONG :**

Le Mali faisant parti des pays pauvres très endettés dont l'économie dépend en majeure partie de l'aide extérieure, l'utilisation des médecins peut être une voie d'absorption du flux de médecins qui ne rentrent pas dans le cadre sus-cité.

#### **4. Organisation de la migration des agents de santé :**

Selon le rapport 2006 de l'OMS il manque 4,3 millions de personnel de santé au monde. Le Mali avec son surplus d'agent de santé non employés peut trouver un créneau pour organiser la migration de ses agents de santé dans les pays où le besoin se fait sentir.

#### **Actions à réaliser/activités :**

##### **Stratégie 1 : Affectation d'un médecin par Cscm :**

- Affecter dans chaque centre de santé communautaire sur l'ensemble du territoire national un médecin.
- Rémunérer les médecins exerçant dans chaque CSCom de façon rationnelle et efficiente.
- Assurer permanemment le recyclage des médecins exerçant dans ces structures sanitaires.

##### **Stratégie 2 : Réalisation d'un projet de 400 cliniques et cabinet :**

- Accélérer le processus du projet des 400 cliniques et cabinets initiée par l'AMAJM et ses partenaires sur toute l'étendu du territoire national
- Faciliter les modalités et les procédures administratives d'implantation
- Alléger les fiscalités pour une pérennisation de ces cliniques
- Assurer la formation et le recyclage des médecins exerçant dans ces structures privées

##### **Stratégie 3 : L'emploi des médecins par les ONG**

- Créer un partenariat avec les ONG

##### **Stratégie 4 : Organisation de la migration des agents de Santé**

- Créer un partenariat avec les pays en besoin d'agent de santé en vue de l'envoi des nôtres.

**Suivi :** Il se fera à travers les indicateurs de suivi :

- Pourcentage de Cscm ayant un médecin.
- Nombre de clinique et de cabinet réalisés.
- Nombre de clinique et de cabinet ayant un jeune médecin.
- Nombre de jeune médecin employé par les ONG.
- Taux de la mortalité maternelle, néo- natal et infantile.
- L'impacte de l'emploi des jeunes médecins sur le système de santé au Mali

### **Résultats Attendus :**

1. Tous les Cscm au Mali ont un médecin
2. Construction et l'opérationnalité de 400 cliniques et cabinets sont effectives.
3. Les jeunes médecins sont organisés et déployés dans les cliniques et cabinets
4. Un partenariat avec les ONG est réalisé
5. Les jeunes médecins ont des contrats grâce au partenariat avec les ONG
6. Les jeunes médecins partent en immigration grâce au créneau de migration
7. Le système sanitaire est performant
8. Les taux de mortalité maternelle, néo-natal et infantile ont diminué considérablement

### **Conclusion :**

Ce document est un plan d'absorption des jeunes médecins du Mali sans emploi. Il s'inscrit dans le cadre de l'absorption du flux de médecins formés sur le marché malien. Le succès de sa mise en œuvre dépendra de la prise de conscience de tout un chacun, de la volonté politique et de l'implication effective des acteurs impliqués dans les questions de santé et de survie de la population à différents niveaux de la pyramide sanitaire.

# REFERENCE

- 1-Convention collective des centres de santé communautaires 2006
- 2-Direction de la fonction publique Mali : liste des candidats à la fonction publique de septembre 2011
- 3-DNS : Direction nationale de la santé ; conte nationaux 2009
- 4-DNS : Direction nationale de la santé politique des soins essentiels communautaire sec
- 5-DNS : Direction nationale de la santé dépenses publiques de la santé
- 6-DNS : Rapport SILS système d'information sanitaire locale
- 7-EDS-IV : Enquête démographique et de santé Mali –IV
- 8-Hdr\_1990\_ chapitre 1 : Définir et mesurer le développement humain
- 09-OMD : Objectif du Millénaire pour le développement
- 10-OMS : Organisation mondiale de la santé rapport 2006
- 11-Gilles Raguin, Esther et Pauline Bordron, Esther (France) 10/04/09 : L'enjeu crucial des ressources humaines de santé
- 12-Rapport UNFPA 2004 : Le consensus du Caire, dix ans après: la population, la santé en matière de reproduction et l'effort mondial pour éliminer la pauvreté

# ANNEXES

## 1. Grille salariale de la convention collective des centres de santé communautaire du 02/10/2006

CATEGORIES	ECHELONS	SALAIRES
CATEGORIES E	Echelon 1	31000
	Echelon 2	31500
	Echelon 3	33000
	Echelon 4	34000
CATEGORIE D	Echelon 1	35000
	Echelon 2	40000
	Echelon 3	45000
CATEGORIE C	Echelon 1	60000
	Echelon 2	70000
CATEGORIE B	Echelon 1	75000
	Echelon 2	85000
CATEGORIE A	Echelon 1	150000
	Echelon 2	175000
	Echelon 3	225000

**2. Budget nécessaire à l'utilisation de 2000 médecins par l'Etat.**

DESIGNATION	Coût unitaire/mois	Quantité	Coût total/mois	Coût total/ans
<b>Scenario A</b>				
<b>Salaire</b>	<b>150000</b>	<b>2000</b>	<b>300000000</b>	<b>3600000000</b>
<b>Scenario B</b>				
<b>Salaire</b>	<b>150000</b>	<b>726</b>	<b>108900000</b>	<b>1306800000</b>
<b>Cliniques/cabinet</b>				<b>7000000000</b>
<b>Total</b>				<b>8306800000</b>

**3. Budget de réalisation des infrastructures sanitaires (clinique et cabinet)**