

La réforme du secteur santé au Mali, 1989-1996

Zakaria Maiga, Fatoumata Traoré Nafo et
Abdelwahed El Abassi

Studies in Health Services Organisation & Policy, 12, 1999

Remerciements

Les auteurs remercient particulièrement le Pr. Wim Van Lerberghe pour ses contributions et ses encouragements à différentes étapes du travail; le Pr. Joseph Brunet Jailly pour sa contribution critique substantielle ; M. Ian Hopwood pour ses contributions et ses encouragements; Mr Hubert Balique pour avoir stimulé la réflexion. Des remerciements s'adressent au groupe de lecture constituée par M. Salif Coulibaly, Directeur de la Cellule de Planification et de Statistique, le Pr. Moussa Maïga, Conseiller Technique au Ministère de la Santé et le Dr Lanséni Konaté, Directeur National de la Santé Publique. Ils remercient toute l'équipe de Santé Publique de l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers pour l'environnement accueillant et stimulant qu'ils ont réservé aux auteurs pour le démarrage de ce travail. Les remerciements s'adressent aussi à tous ceux qui ont fait parvenir des commentaires pour améliorer le contenu du document : Le Dr Jean Louis Lamboray, le Dr André Stroobant, le Pr. Harry Van Balen, M. Bassery Ballo, le Dr Guy Clarysse, le Dr Jean Luc Duponchel et le Dr Pierre Blaise. Ce travail a pu se faire en puisant dans la production abondante et les réalisations des cadres des régions, des cercles et du niveau central. Qu'ils en soient tous remerciés. Le souhait des auteurs est que ce travail puisse contribuer à montrer combien était importante leur contribution pour le changement et pour les succès de la réforme.

Une nouvelle politique de santé au Mali

Les limites des expériences passées

Le Mali a connu depuis l'indépendance plusieurs réorientations de sa politique de santé. Le premier séminaire des travailleurs de la Santé et des Affaires Sociales (1964) a abouti à l'élaboration d'un plan décennal pour la période 1966-1976. Celui-ci mettait l'accent sur l'extension et l'amélioration de la capacité des hôpitaux, des centres médicaux et leur modernisation, la création d'infirmeries de village, la formation d'unités mobiles de prévention, et l'éradication des endémies majeures. Les 2^{ème} et 3^{ème} séminaires nationaux de la santé, tenus respectivement en 1978 et en 1983, ont témoigné de la volonté des professionnels de la santé de cerner les problèmes.

A l'instar des autres pays de la région africaine le Mali a souscrit aux recommandations de la conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires. Au début des années 1980 le parti unique au pouvoir avait élaboré une politique nationale de santé reposant sur les principes des soins de santé primaires définis à Alma Ata. Le plan décennal de développement sanitaire qui en résultait n'a cependant jamais été mis en œuvre. Les appuis dont bénéficiait le Mali étaient sélectifs (programmes nationaux tels que santé maternelle et infantile, programme élargi de vaccination, lèpre, onchocercose, etc.) ou limités et localisés dans certaines zones géographiques, avec un contenu souvent différent d'un endroit à l'autre. Les agences de coopérations multilatérales ou bilatérales n'appuyaient que des projets spécifiques. La diversité et la multitude de ces appuis ont contribué, ici ou là, à développer des capacités, et à obtenir certains résultats. Mais les acquis étaient trop dépendants des projets, et n'avaient pas d'impact significatif et durable sur la santé de la population des femmes et des enfants.

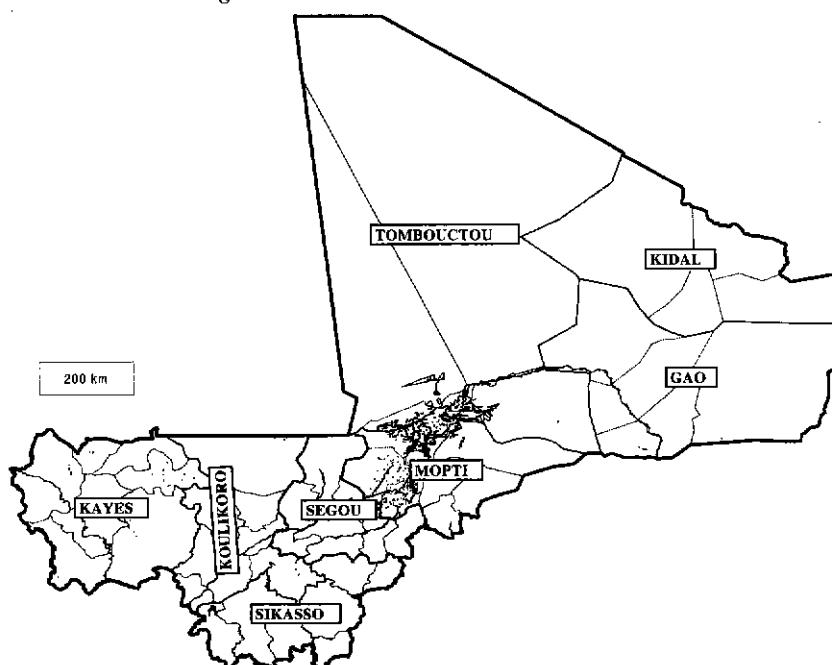
Les efforts consentis pour la participation de la population étaient surtout orientés sur la promotion et l'utilisation des services de santé par la population. Durant les années 1980 des structures participatives furent créées (comité et conseil de gestion des centres de santé de cercle). Elles devaient assurer la gestion des recettes provenant du recouvrement des coûts institué. Ces structures participatives ne comptaient de fait pas de représentants de la population ou des communautés, mais plutôt des cadres de l'administration locale et régionale.

Le Mali est un grand pays - 1.240.000 km² - avec une population fort dispersée. Il y a environ 9 millions d'habitants, dont plus de 7 vivent en zone rurale (Figure 1). A la fin des années 1980 un enfant sur huit mourait avant l'âge de un an, un enfant sur quatre mourait avant l'âge de cinq ans, et la

mortalité maternelle avoisinait mille pour cent mille naissances vivantes.¹

Les services de santé étaient peu accessibles, avec de fortes disparités régionales. A peine 30% de la population habitait à moins de 15 km d'un centre de santé. La qualité des prestations assurées par les services de santé était mauvaise en raison de la formation ou la qualification inadéquate du personnel, de sa mauvaise répartition régionale et de sa démotivation. Avec l'absence de médicaments et l'insuffisance des équipements, la gamme d'activités offerte était insuffisante et se réduisait à peu de choses en dehors des activités encadrées par un programme vertical ou un projet. Le recours aux tradipraticiens restait prépondérant.

Figure 1. Les cercles socio-sanitaires du Mali



¹ UNICEF-Mali (1992) La situation des femmes et enfants au Mali. 50p. UNICEF.

Les ressources allouées au secteur de la santé révélaient un écart croissant entre les besoins pour assurer un bon fonctionnement des services et les ressources mobilisables ou mobilisées sur le budget de l'Etat.² Pourtant, les ménages dépensaient des sommes fort importantes pour l'achat des médicaments auprès des officines de la Pharmacie Populaire du Mali. Cela représentait 3 \$EU par habitant et par an dans l'ensemble du pays, et 20 \$EU par habitant et par an dans le district de Bamako.³

La gestion des services était très hiérarchisée et centralisatrice, la transparence faisait généralement défaut et le cloisonnement était de règle. La population n'était pas associée dans le processus de gestion des services de santé. Devant les limites et souvent les échecs des projets de soins de santé primaires basés sur les agents de santé villageois, nombreux étaient les cadres maliens qui ne se faisaient plus beaucoup d'illusions sur leurs résultats et leur pérennité. Malgré l'importance des moyens mobilisés, les limites des résultats obtenus par les programmes verticaux – Programme Elargi de Vaccination, Lutte contre les Maladies Diarrhéiques, Santé Maternelle et Infantile – étaient patents. Ils mettaient en question l'efficience et la pertinence d'interventions spécifiques sans ancrages solides à même de les développer et les pérenniser.

Des opportunités nouvelles

Dès les années 1980 la planification et la programmation sanitaire décentralisée ont reçu un appui important dans certaines régions (Koulakoro, Mopti). Cela a contribué à développer des capacités réelles de gestion. Toutefois, le contenu même des activités et leur poids relatif restaient essentiellement déterminés au niveau central, par les programmes verticaux. L'importance des financements que chacun de ces programmes consentait a réduit considérablement la portée des exercices de planification décentralisée.

Au 37^{ème} comité régional de l'OMS, en 1987, les Ministres africains de la Santé ont pris l'engagement de mettre en œuvre « l'Initiative de Bamako ». Cet engagement a eu un effet mobilisateur aussi bien pour les partenaires

² Koïta A, Brunet-Jailly J, Coulibaly S & Diarra K (1989) Recurrent costs in the health sector. Mali. In Abel-Smith B & Creese A (éd) Recurrent costs in the health sector. Problems and policy options in Three countries (Costa-Rica, Jamaica, Mali) 45-92 Genève: World Health Organisation. (WHO/SHS/NHP/89.10).

³ Brunet-Jailly J (1990) La Pharmacie Populaire du Mali dans le contexte de l'Initiative de Bamako. 137p. Bamako: Institut National de Recherche en Santé Publique - UNICEF. Diarra K & Robez-Masson D (1992) Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Djenné au Mali. Initiative de Bamako. Rapport Technique N°14. 34p. New York: UNICEF.

extérieurs que pour le pays lui-même pour responsabiliser et impliquer des populations dans la gestion de leur santé et pour promouvoir les médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale (DCI).

Des expériences pionnières de création de Centres de Santé Communautaires (CSCOM), avaient été développées par le « Projet de Développement Sanitaire »⁴ et dans le district de Bamako. Cela se faisait dans un contexte où le Ministère de la Santé était engagé dans une réflexion en profondeur sur les rôles respectifs de l'Etat et des communautés.

Vers la fin des années 1980, un certain nombre de projets⁵ ont lancé des expériences de recouvrement des coûts. Ils voulaient ainsi assurer la disponibilité des médicaments essentiels sous forme générique. Ces expériences montrèrent que la population était prête à payer pour une meilleure qualité de prestation. Ces paiements contribuèrent de façon significative au bon fonctionnement des services, et permirent souvent le recrutement de personnel qualifié additionnel. Le cercle de Djenné par exemple, est parvenu à financer 44% de son budget de fonctionnement par ses recettes propres.⁶ D'autre part un effort important fut réalisé dans le cadre du « Projet de Développement Sanitaire », pour l'organisation et la rationalisation des soins dans un centre de santé.⁷

Partant du constat que le principe de gratuité des soins avait vécu, ces expériences matérialisaient la reconnaissance du rôle important des popula-

⁴ Un projet appuyé par la Banque Mondiale, et prédecesseur du Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) dont il sera question plus loin.

⁵ Berche T & Mariko M (1991) Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Bandiagara; analyse économique et santé publique. Rapport. 112p. Bamako: Institut National de Recherche en Santé Publique. Cisse S (1993) Analyse d'une expérience d'approvisionnement en médicaments essentiels au Mali. Projet 'magasins santé'. Mémoire. Bruxelles: Ecole de Santé Publique. 148p. Kegels G (1994) Paying for health instead of buying drugs: an experience from western Mali. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* 74, 149-160. Mariko M (1990) Diagnostic du système de recouvrement des coûts de la région de Koulikoro. Rapport. 98p. Bamako. Diarra K & Robez-Masson D (1992) Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Djenné au Mali. Initiative de Bamako. Rapport Technique N°14. 34p. New York: UNICEF.

⁶ Diarra K & Robez-Masson D (1992) Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Djenné au Mali. Initiative de Bamako. Rapport Technique N°14. 34p. New York: UNICEF.

⁷ Banque Mondiale (1991) Rapport d'évaluation du Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale, République du Mali. Rapport. 204p. Washington: Banque Mondiale. Kegels G (1994) Paying for health instead of buying drugs: an experience from western Mali. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* 74, 149-160. Konate S (1993) Réflexions sur la santé au Mali: réalités, problématique et perspectives. 150p. Bamako.

tions dans la création et la gestion des centres de santé. Ces expériences et initiatives ont pris une importance d'autant plus grande que le pays était engagé dans un programme d'ajustement structurel.

A Mopti la Direction Régionale de la Santé a réussi une coordination efficace des partenaires au développement sanitaire (Médecins du Monde, l'UNICEF et la Coopération Allemande), pour la mise en place d'un système d'approvisionnement en médicaments essentiels avec recouvrement des coûts.⁸ A partir de 1987, une série d'ateliers et de commissions spécialisées ont enrichi la réflexion sur les expériences passées. On y a préparé de nouvelles orientations nationales pour les projets et programmes de santé qui étaient en cours d'élaboration avec les principaux partenaires du secteur (Banque mondiale, UNICEF, USAID, Coopération Française). Cela a contribué à développer une convergence de vues au sein de ce qui était désormais une masse critique de cadres nationaux.

Sous l'impulsion d'un 'groupe *ad hoc*' constitué par les responsables du Ministère, et avec la participation de cadres de tous les niveaux (nationaux et expatriés travaillant au Mali), le « Cadre Conceptuel de l'Initiative de Bamako » a été finalisé au mois d'août 1989.⁹ Il intègre et formule les principes d'organisation du secteur et de son développement. La décentralisation (avec une nouvelle définition des rôles de chaque échelon) et la responsabilisation effective des populations dans la gestion des centres de santé (du dépôt de médicaments en particulier) avaient dorénavant la même importance que la nécessaire disponibilité du médicament essentiel.

Une nouvelle politique nationale

Lorsque le Cadre Conceptuel de l'Initiative de Bamako fut soumis au Conseil des Ministres, à la fin de l'année 1989, cela indiqua l'ampleur et l'importance politique des changements envisagés. C'était dans ce contexte que les cheminements séparés de partenaires tels que la Banque Mondiale, l'UNICEF, l'USAID, ou le FED, pour la formulation ou la re-formulation de leurs programmes de coopération, ont pu être coordonnés, notamment lors des missions d'évaluation conjointes Banque Mondiale - UNICEF. Finalement, à travers le « Projet Santé Population et Hydraulique Rurale » ou PSPHR c'est

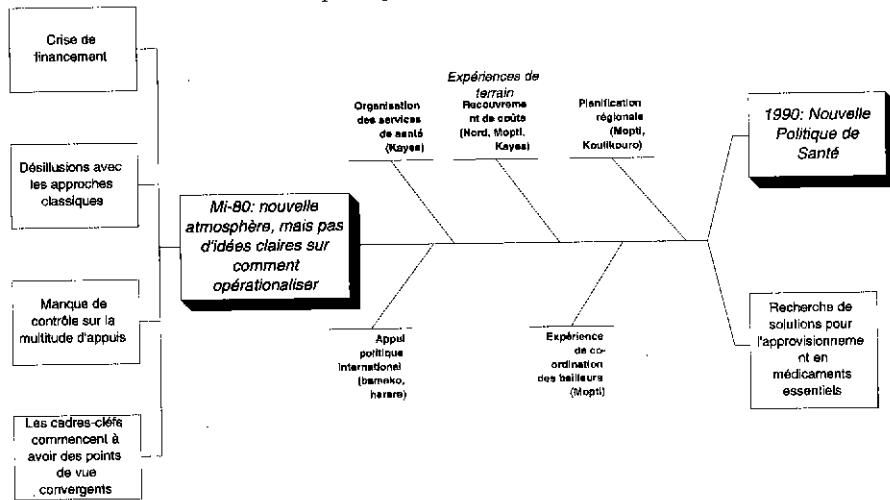
⁸ Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (1990) Système de gestion des services de santé à partir de l'expérience de la région de Mopti: document de travail. 18p. Bamako: Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

⁹ Ministère de la Santé et des Affaires Sociales (1989) Plan de relance des SSP. Initiative de Bamako: cadre conceptuel. 39p. Bamako: Ministère de la Santé et des Affaires Sociales.

le principe d'un appui cofinancé et complémentaire à un outil à vocation nationale qui a été retenu pour l'impulsion et la mise en œuvre de la nouvelle politique sectorielle de santé.¹⁰ La dénomination « projet » ne reflétait nullement l'ampleur du changement. Cependant, pour des raisons essentiellement juridiques la Banque Mondiale ne pouvait pas, à cette époque, utiliser une autre dénomination.

Cette dynamique a abouti à la formulation d'une politique nationale de santé, objet d'une déclaration solennelle par le gouvernement et qui va bien au-delà des déclarations d'intention et de réaffirmation de principes.¹¹ Elle reposait sur les orientations définies par le Cadre Conceptuel de l'Initiative de Bamako. Les grandes lignes d'action pour aboutir à la nouvelle organisation du secteur y étaient développées et le Gouvernement a obtenu l'engagement de ses principaux partenaires à contribuer à la mobilisation des ressources nécessaires pour la mise en œuvre. Les différents éléments qui ont contribué à la formulation de la politique nationale sont résumés dans la Figure 2.

Figure 2. Les éléments qui ont contribué à la nouvelle politique sectorielle de santé au Mali



¹⁰ Banque Mondiale (1991) Rapport d'évaluation du Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale, République du Mali. Rapport. 204p. Washington: Banque Mondiale.

¹¹ Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées (1990) Déclaration de politique sectorielle de santé et de population. Bamako: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

Objectifs ambitieux et nouvelles orientations

Le Mali se proposait donc d'étendre la couverture sanitaire, d'en améliorer la qualité et d'en assurer la viabilité. Le système de soins serait à deux échelons. Le premier serait constitué par un réseau de « Centres de Santé Communautaires » ou « CSCOM », le deuxième par le « Centre de Santé de Cercle », qui, sans porter le nom d'hôpital, aurait les fonctions et le plateau technique d'un hôpital de premier recours. On se rendait compte que la plupart de ces CSCOM devaient être créés, et que les dispensaires existants – les « Centres de Santé d'Arrondissement » ou « CSA » – allaient devoir être transformés – « revitalisés » dans le jargon utilisé.

Au 1^{er} échelon la disponibilité, l'accessibilité géographique et financière des médicaments essentiels en DCI, étaient considérées comme conditions indispensables pour la réalisation des objectifs. La participation de la population à la gestion et à la mobilisation des ressources pour la santé était considérée comme tout aussi indispensable à la mise en œuvre de la nouvelle politique de santé. La planification de la couverture par les CSCOM ne se ferait désormais plus de façon administrative, mais tiendrait compte de la distribution, de la volonté et du dynamisme des populations concernées. Ces principes établis, il fallait commencer la mise en œuvre, et en particulier l'extension de la couverture et le renforcement du plateau technique de l'hôpital de premier recours. On a alors choisi de commencer là où les conditions de succès semblaient le mieux réunies. On a ainsi défini une série de critères d'éligibilité auxquels un cercle candidat devait satisfaire pour pouvoir bénéficier d'un appui (Tableau 1). C'est le regroupement d'ensemble de critères qui était novateur. Chacun pris séparément avait déjà, dans le passé, fait partie de l'expérience ou des enseignements tirés de divers projets.

Tableau 1. Critères de sélection des cercles éligibles

-
1. L'équipe de santé du cercle doit compter au moins deux médecins ;
 2. Le cercle doit élaborer un plan quinquennal de développement sanitaire ;
 3. Le cercle doit avoir réalisé un CSCOM opérationnel, preuve de ses capacités techniques et de ses aptitudes à promouvoir l'organisation et la responsabilisation des communautés pour leur santé ;
 4. Les communautés doivent s'engager à contribuer financièrement et/ou physiquement pour au moins 25% du coût de réhabilitation ou de construction des CSCOM, le complément revenant à l'Etat ;
 5. Le Comité Local de Développement doit s'engager à consacrer au moins 7% de la « Taxe de Développement Régional et Local » au secteur de la santé ;
 6. Les Directions Régionales de la Santé et de l'Action Sociale aident les cercles à satisfaire ces conditions.
-

Ces conditions étaient considérées comme un ensemble à réunir pour éviter certaines erreurs du passé. Cette innovation a suscité des inquiétudes parmi nombre de cadres qui la percevaient comme un frein à l'accès au financement.

Pour qu'un tel programme fonctionne, l'implication de tous les niveaux de l'organisation sanitaire était essentielle. Il a fallu réexaminer les missions des différents niveaux de l'organisation sanitaire dans une optique de décentralisation effective (Tableau 2). Le cercle devait désormais assumer des missions de planification, de gestion et d'exécution, le niveau régional ayant un rôle d'appui technique et de coordination régionale. Les services centraux de leur côté devaient se cantonner dans un rôle de définition des politiques, de planification stratégique et d'évaluation. Il leur incombaît cependant également de mobiliser les ressources et d'assurer la coordination stratégique de l'appui des partenaires extérieurs.

Tableau 2. Les nouvelles fonctions par niveau

Niveau	Structures	Fonctions
National	. Ministère de la Santé, Directions Centrales . Hôpitaux nationaux	. Orientation et planification stratégique, définition de normes et procédures, évaluation . Formation continue . Soins spécialisés
Régional	. Direction Régionale . Hôpital régional	. Appui technique aux cercles . Soins de référence de second niveau
Cercle	. Centre de Santé de Cercle (hôpital de première référence)	. Planification/gestion administration . Soins de référence . Supervision du premier échelon
Groupe de villages ; quartier urbain	. Centre de Santé Communautaire ou Centre de Santé d'Arrondissement	. Prestation du Paquet Minimum d'Activités, avec gestion communautaire

Les principaux acteurs

ÀU PLAN INTERNE. Le niveau politique, pour différentes raisons (liées à son implication et son engagement au plan international), a maintenu une attitude favorable à cette évolution. Il a signifié son engagement pour une politique de décentralisation, de responsabilisation et d'implication des populations dans le secteur de la santé en particulier. Le Cadre Conceptuel de l'initiative de Bamako et la déclaration de politique sectorielle de santé ont été toutes les deux solennellement adoptés par le gouvernement en conseil de ministres.

Des cadres de tous les niveaux du Ministère de la Santé, ont été impliqués et ont contribué à toutes les étapes, en particulier dans le cadre des nombreuses commissions de travail. Ils l'ont souvent fait avec enthousiasme, avec parfois des réserves sur des points spécifiques quand ceux-ci étaient en relation avec leur position ou attribution du moment. En dehors du dossier des médicaments où les contradictions et passions dominaient, le comportement global était très positif. Toutefois, un certain scepticisme était perceptible par rapport à la participation communautaire, la décentralisation et l'intégration de certains programmes verticaux. Certains étaient devenus de véritables institutions bénéficiant d'appuis politiques importants. L'absence de réorganisation des structures centrales en conséquence avec les nouvelles missions a parfois conforté la continuité au sein de celles-ci au détriment du changement.

Certaines collectivités (municipalités, comités locaux de développement) avaient déjà démontré leur volonté à travers la construction de structures de santé et la prise en charge des salaires du personnel d'appui. Elles avaient souvent alloué plus de 7% de leur taxe de développement au secteur de la santé. Les populations assuraient déjà 75% des dépenses de santé.¹² Les expériences tests de CSCOM, le système de recouvrement des coûts en cours dans certaines localités, avaient permis de s'assurer de la volonté des populations à payer pour des prestations de qualité. Cependant, en dehors des zones où existaient des expériences d'organisation comme les Associations Villageoises ou les Ton, les capacités de gestion étaient faibles.

LES PARTENAIRES EXTERIEURS. L'OMS a accompagné les efforts des cadres nationaux durant toutes les étapes des années 1980, en particulier ceux visant à décentraliser et à intégrer la gestion des programmes. Elle a également appuyé tous les programmes verticaux, y compris ceux qui ont pris une envergure considérable à la fin des années 1980 : Programme Elargi de Vaccinations et Santé Maternelle & Infantile. Aux étapes décisives son rôle était moins visible, sans que cela ne signifie pour autant une prise de distance.

L'UNICEF a développé un des plus grands programmes d'appui pour le secteur santé. Il a joué un rôle dynamique à toutes les étapes d'élaboration, a entrepris d'amender le programme de coopération 1988-1992, pour permettre son financement dans le cadre de l'Initiative de Bamako. Il a intégré et encouragé par la suite la dynamique de cofinancement d'un programme national avec d'autres partenaires et a participé à une mission d'évaluation conjointe avec la Banque Mondiale pour le montage du nouveau programme

¹² Coulibaly S & Keita M (1993) Les comptes nationaux de la santé au Mali. 1988-1991. Initiative de Bamako. Rapport Technique N°18. 71p. New York: UNICEF.

national (le PSPHR) au mois de Mai 1990. Il était disposé à mettre en place une assistance technique auprès des Directions Régionales. Si l'appui de l'organisation aux efforts du gouvernement visant à définir une politique nationale n'a pas fait défaut, force est de reconnaître que l'intensité et la vigueur mises au renforcement du Programme Elargi de Vaccination, programme vertical par excellence, n'étaient, pour le moins, pas en harmonie avec la problématique et les priorités locales du moment.

En 1984-1988 la Banque Mondiale avait auparavant appuyé le Projet de Développement Sanitaire (PDS), dans la région de Kayes, focalisé sur trois cercles. L'approche du Projet de Développement Sanitaire avait été celle d'un système de santé à deux échelons.¹³ Ce projet comprenait des volets à vocation nationale qui concernaient l'approvisionnement en médicaments essentiels, la formation des cadres, et particulièrement la révision du cursus des formations de base. Les premières expériences de Centres de Santé Communautaires avaient été commencées dans ce projet.

De nombreux cadres du Ministère ont eu des sentiments très critiques envers cette expérience. Hormis la formation des cadres à l'extérieur - perçue positivement - on n'appréciait guère le fait que d'autres volets nationaux n'étaient pas réalisés et que le volet génie civil était disproportionné et décalé dans le temps. Le fait que le projet était géré directement par une cellule centrale des interventions en lieu et place des structures normales d'exécution (Directions nationales et régionales), a créé un sentiment très critique chez de nombreux cadres. Le renouvellement du projet et son extension envisagée ont alors été l'occasion d'échanges et de réflexions approfondies sur la décentralisation, la participation communautaire, le financement et le partage des coûts pour les services de santé. Après l'élaboration du Cadre Conceptuel de l'Initiative de Bamako, la Banque Mondiale a exprimé sa disponibilité à appuyer le Gouvernement dans le cadre d'un cofinancement pour la mise en oeuvre d'une politique nationale de santé dont les éléments essentiels figurent dans le Cadre Conceptuel de l'Initiative de Bamako.

L'USAID intervenait dans des projets de Soins de Santé Primaires, reposant sur les Agents de Santé Villageois, le plus souvent en appui à des Organisations Non Gouvernementales (ONG). Il a appuyé un programme de réorganisation des SMI pour le district de Bamako et la région de Koulikoro, et certains programmes spécifiques (Lutte contre le maladie diarrhéiques, Planification Familiale). L'USAID était très favorable au montage d'un grand programme national cofinancé par les principaux bailleurs, qui prendrait en

¹³ Kegels G & Togola F (1987) Modèle de circonscription sanitaire de cercle. Document de travail. 42p. Bruxelles: Projet de Développement Sanitaire du Mali - Médicus Mundi Belgium.

compte à la fois les aspects de santé et de population.

Le Fonds Européen pour le Développement (FED) a apporté un appui dans deux cercles de la première région (Nioro et Diéma); il affichait une motivation réelle à cofinancer un programme national où chaque partenaire, en apportant sa propre contribution, pouvait bénéficier de l'expérience des autres pour la réussite globale du programme. L'appui aux plateaux de référence figurait parmi les priorités d'appui du FED.

Le Fonds d'Aide à la Coopération française (FAC) intervenait essentiellement dans le secteur de la formation des cadres, des hôpitaux et de la recherche. Il assurait une assistance technique à certaines Directions du Ministère de la Santé; il apportait également un appui dans le domaine de soins de santé primaires dans la région de Koulikoro et à travers des ONG. La coopération française jouait un rôle important par l'aide budgétaire et dans le cadre de coopération décentralisée entre villes/provinces maliennes et françaises. Les assistants techniques ou chercheurs français étaient souvent impliqués dans la dynamique des formulation de la nouvelle politique. Formellement cependant, l'engagement du FAC dans le cadre du PSPHR est resté limité à la lutte contre les carences en iodée.

La coopération allemande a rejoint le processus et exprimé son intérêt à participer au cofinancement du programme parallèlement à la poursuite de son projet de coopération GTZ dans la région de Mopti.¹⁴ Les Coopérations bilatérales, la suisse et la néerlandaise en particulier, ont parfois été impliquées par la présence de certains de leurs techniciens à des ateliers ou commissions. Formellement elles ne furent pas associées dans la coordination qui a abouti aux engagements des principaux partenaires du PSPHR. Ces coopérations ont néanmoins apporté des appuis importants à un certain nombre de cercles.

Les ONG n'ont pas eu d'implication directe dans la dynamique à cette étape, mais leur contribution indirecte par les innovations et les enseignements tirés de leurs expériences fut très importante (Medicus Mundi Belgique dans le cadre du PDS, Médecins du Monde France dans le cadre de l'expérience de recouvrement des coûts de la région de Mopti, Médecins Sans Frontières Belgique dans le cadre de l'expérience Magasins Santé des régions du Nord, Santé Sud au district de Bamako). De nombreux cadres maliens ont enrichi leurs connaissances, développé des capacités et acquis une expérience à travers leur implication dans ces projets.

La déclaration de politique sectorielle fut signée le 15 décembre 1990.

¹⁴ Berche T & Mariko M (1991) Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Bandiagara; analyse économique et santé publique. Rapport. 112p. Bamako: Institut National de Recherche en Santé Publique.

L'accord de crédit entre le Gouvernement et la Banque Mondiale a été signé cinq mois plus tard, le 3 mai 1991. La mise en vigueur quant à elle, a été subordonnée aux progrès à réaliser sur les dossiers du médicament, sur la création d'un environnement juridique favorable à la mise en oeuvre du projet et à la signature par le Gouvernement des accords de subvention avec le FED, la KFW, l'USAID. Elle n'a été effective que le 26 mars 1992. A cette date, seul l'accord de subvention avec l'USAID était signé. La situation de transition politique qui caractérisait le Mali après les événements de mars 1991 a ralenti la concrétisation des engagements de certains partenaires.

Figure 3. Chronologie des engagements (E), des accords financiers (A) et de l'exécution financière (gris) par les différents partenaires du PSPHR

	1990		1991		1992		1993		1994	
Gouvernement Mali	E			A						
Banque Mondiale 26.600.000 \$EU	E				A					
UNICEF 15.398.000 \$EU	E					A				
USAID 15.000.000 \$EU	E			A						
KFW 8.970.000 \$EU	E					A				
FED 13.081.600 \$EU		E						A		
FAC 1.700.300 \$EU										

De fait, au lieu d'un cofinancement conjoint, le processus avait abouti à un cofinancement parallèle, chaque partenaire suivant ses procédures spécifiques¹⁵. La Figure 3 illustre bien dynamique qui a caractérisé la traduction concrètes des engagements des partenaires extérieurs (un total de 84 millions de \$EU). Le délai parfois trop long entre engagement, accord et déblocage effectif des fonds était une difficulté majeure et a parfois mis en péril la poursuite du processus.

¹⁵ Certains volumes financiers ont considérablement changé, ce fut le cas pour la contribution de l'USAID qui tripla sa contribution envisagée, cet effort supplémentaire était orienté sur le planning familial.

Les acquis et les problèmes

La déclaration de la nouvelle politique nationale a constitué un événement majeur. Pour la première fois, le gouvernement annonçait des mesures basées sur des enseignements tirés des expériences passées après un long processus d'échange de réflexions nourri par des évaluations dans le contexte malien et africain.¹⁶ La nouvelle politique définissait un cadre avec des objectifs et des stratégies qui vont bien au-delà des professions de foi. Ce cadre devenait un instrument de mobilisation et de coordination des interventions au profit d'une ambition nationale. La cohérence et les choix stratégiques clairs qui se manifestent dans la déclaration en augmentaient la crédibilité auprès des bailleurs de fonds. L'engagement de nombre des principaux partenaires à cofinancer le programme a donné une perspective de mise en œuvre de la réforme. Le plan décennal du début des années 1980 n'avait pas bénéficié d'un tel engagement ; il n'avait connu qu'un très faible niveau d'exécution.

Un enthousiasme sincère était perceptible chez la plupart des acteurs, laissant entrevoir des motivations à la mesure des défis. La convergence de vues entre un certain nombre de cadres engagés a permis de frayer un chemin à des initiatives et actions concrètes.

Certaines questions de mise en œuvre n'étaient pas pour autant réglées (Tableau 3). La question centrale de l'approvisionnement en médicaments essentiels restait controversée, et en particulier les mesures à prendre pour que la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), entreprise publique à caractère commercial, assure cette mission. Tout ce qui concernait la disponibilité des médicaments essentiels en DCI accusait un retard de réalisation inquiétant. La cession du réseau de distribution de la PPM aux privés avait par contre été spectaculairement accélérée. Les mesures permettant de créer l'environnement

¹⁶ Banque Mondiale (1991) Rapport d'évaluation du Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale, République du Mali. Rapport. 204p. Washington: Banque Mondiale. Koïta A, Brunet-Jailly J, Coulibaly S & Diarra K (1989) Recurrent costs in the health sector. Mali. In Abel-Smith B & Creese A (éd) Recurrent costs in the health sector. Problems and policy options in Three countries (Costa-Rica, Jamaica, Mali) 45-92 Genève: World Health Organisation. (WHO/SHS/NHP/89.10). Pangu KA (1990) La santé pour tous d'ici l'an 2000, c'est possible: Expérience de planification et d'implantation des centres de santé dans la zone de Kasongo au Zaïre. Thèse de doctorat en santé publique. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles. 325p. Projet de Développement Sanitaire du Mali (1987) Réflexion sur le système de santé de district. Document de travail. Bruxelles: Projet de Développement Sanitaire du Mali - Médicus Mundi Belgium. UNICEF-Mali (1989-1996) Série de rapports de revues annuelles et à mi-parcours et notes techniques. Bamako: UNICEF.

ment juridique et réglementaire pour les nouvelles orientations (décentralisation, participation de la population), n'étaient pas encore élaborées. On n'avait pas encore trouvé le moyen de gérer la transition d'une organisation par programmes vers la nouvelle politique. Avec une tradition de cloisonnement, d'opacité et de rivalité, l'apprentissage d'une mise en oeuvre coordonnée et concertée entre plusieurs partenaires s'imposait pratiquement à tous.

Tableau 3. Acquis et nouveaux problèmes

Acquis	Problèmes
✓ Les expériences passées et les échanges ont fortement influencé les nouvelles orientations	✓ La problématique des médicaments essentiels reste posée
✓ La nouvelle politique constitue un cadre et un instrument de coordination et de mobilisation	✓ L'environnement juridique et réglementaire n'est pas encore approprié
✓ La crédibilité est renforcée par la cohérence et clarté des choix stratégiques	✓ La transition entre gestion décentralisée et intégrée et la gestion verticale des programmes non clarifiée
✓ Engagement des principaux partenaires pour la mise en oeuvre	✓ Expérience insuffisante de coordination de plusieurs partenaires
✓ Motivation et convergence de vues auprès d'un noyau d'acteurs	

1990-1992 : vers une stratégie de changement

Mobilisation dans des conditions plutôt défavorables

L'instabilité politique que connaissait le pays n'avait pas permis de diffuser en temps voulu la 'déclaration de politique sectorielle de santé'. Celle-ci a été à tort assimilée à un nouveau programme parmi d'autres. La vision d'ensemble de la réforme du système de santé était de la sorte marginalisée. Les implications pratiques pour la programmation des activités et leur mise en oeuvre dans chaque région, et pour les partenaires qui l'appuyaient, n'étaient pas claires, et variaient parfois selon l'interlocuteur du niveau central. Les confusions conséquentes expliquent les manifestations de repli de certains partenaires bilatéraux ou ONG. La population de son côté n'était pas informée des opportunités que lui offrait la nouvelle politique et des responsabilités nouvelles qui lui étaient imparties.

QUELS APPUIS POUR FAIRE ACCEDER LES CERCLES A L'ELIGIBILITE?

Pour les régions il s'agissait de faire de sorte à ce qu'au moins certains de leurs cercles réunissent les critères d'éligibilité du Tableau 1 pour recevoir un appui du programme qui se préparait. L'élaboration des plans de développement socio-sanitaire des cercles et la création des premiers CSCOM y devait la priorité des priorités. Toutefois, les financements prévus dans le cadre du PSPHR ne prenaient pas en compte ces étapes préparatoires. Pour les réaliser il fallait trouver des financements auprès des programmes en cours ou en voie d'achèvement. Or, rares étaient les responsables de programmes (nationaux ou partenaires) qui avaient la possibilité ou étaient disposés à ajuster leurs appuis en conséquence. La situation de blocage ainsi créée a été vécue avec beaucoup de frustration par de nombreux cadres nationaux, d'autant plus que sur le terrain la situation par rapport aux critères d'éligibilité du Tableau 1 était plutôt décourageante.

IL FALLAIT UNE EQUIPE COMPLETE DE CERCLE AVEC AU MOINS DEUX MEDECINS. L'Etat s'était engagé à doter tous les cercles du personnel requis mais très peu de cercles disposaient de deux médecins. Le programme d'ajustement structurel avec l'arrêt de recrutement à la fonction publique n'était pas de nature à améliorer la situation. Ce n'est que beaucoup plus tard, suite à la dévaluation du FCFA en janvier 1994, que le gouvernement a autorisé un recrutement pour compenser le déficit de personnel dans les cercles. Le redéploiement à partir du personnel existant au profit des cercles insuffisamment pourvus n'a eu que très peu d'impact.

IL FALLAIT UN PLAN DE L'EXTENSION DE LA COUVERTURE. Or, la méthodologie utilisée pour l'élaboration des plans, ne prévoyait pas la carte d'extension de couverture. Elle était naturellement orientée vers la programmation et la budgétisation des ressources disponibles, celles des programmes nationaux, plutôt que vers la planification du développement sanitaire d'un cercle. Il y avait bien des régions qui étaient plus avancées pour l'élaboration et la finalisation de plans de développement sanitaire de cercles, mais ces régions-là n'avaient pas été incluses dans le programme (Sikasso), ou ne l'étaient que pour une deuxième phase (Ségou). En revanche, la région de Kayes, qui n'avait pas d'expérience de programmation décentralisée, devait faire partie de la première phase (Kayes).

IL FALLAIT AU MOINS UN CSCOM OPERATIONNEL. Les critères d'opérationnalité du CSCOM test qui devaient être vérifiés six mois après sa création¹⁷ apparaissaient pour beaucoup de cadres difficiles à remplir dans un temps aussi court. La région qui avait réalisé des CSCOM (Kayes) n'avait pas de Plan de Développement Sanitaire de Cercle élaboré, et l'opérationnalité de ces CSCOM n'avait pas été vérifiée. En effet après le lancement de ces expériences nouvelles sous le PDS, celles-ci n'avaient plus été supervisées. La transition longue et insuffisamment organisée entre PDS de Kayes et PSPHR n'avait pas pris en compte cet aspect et les acquis insuffisamment consolidés s'étaient effrités.

SEPT POURCENT DE LA TAXE DE DEVELOPPEMENT REGIONAL ET LOCAL. Une partie non négligeable de la taxe locale était de fait allouée pour la santé. Cette allocation servait essentiellement à la prise en charge, par le comité local de développement, des salaires des matrones et des aide-soignants. Le recouvrement de la taxe est toutefois très variable d'une région à l'autre. Suite aux événements politiques majeurs du mois de mars 1991, le recouvrement de la taxe s'est effondré dans toutes les régions. Ce n'est qu'après l'avènement de la troisième république en 1993 qu'il y a eu une reprise significative du recouvrement.

L'APPUI REGIONAL. On attribuait au niveau régional un rôle clef dans le cadre de la politique de décentralisation et de la volonté de développer un système de santé basé sur les principes du district sanitaire. Proche du niveau opérationnel, la région devait apporter l'appui dont les équipes de santé de cercle avaient besoin. Or, les outils de la mise en oeuvre et de la transformation n'étaient ni élaborés ni adaptés. C'était le cas pour le Système d'Information Sanitaire (SIS) et en particulier pour le système local d'information ;

¹⁷ La participation de la population dans la réalisation de l'investissement et dans la gestion du centre, l'offre du Paquet Minimum d'Activités de soins, la performance de couverture et l'équilibre du compte d'exploitation.

pour les méthodes et modules de formation; pour les normes et procédures; et pour les méthodes et approches pour l'implication des communautés. Tous ces outils devaient encore être inventés ou mis au point. Dans un pays où les distances sont grandes et les communications difficiles, le niveau régional est primordial pour conduire le changement dans le système de santé. Or, toutes les directions régionales n'avaient pas les cadres et l'expérience dont elles avaient besoin. Dans le cadre du programme, les capacités d'appui des régions ont été renforcées en mettant à leur disposition des assistants techniques avec une expérience effective de la gestion des soins de santé primaires et du système de district sanitaires. Ces conseillers n'avaient aucune responsabilité directe de gestion de ressources financières. Ils devaient échanger et mettre à profit leurs expériences pour accompagner l'équipe régionale et les équipes de cercle dans le développement des premières réalisations. Celle-ci constituaient un apprentissage pour tous (niveau local, cercle et région) permettant de poursuivre la mise en œuvre avec plus d'assurance et de détermination.

LES NOUVEAUX ROLES DES ACTEURS DU NIVEAU CENTRAL

Les nouveaux rôles et les attributions définies pour les différents niveaux devaient aider à surmonter l'obstacle de l'organisation inadéquate et du fonctionnement central. Celui-ci était fortement influencé par la gestion cloisonnée et directe des programmes. Pour beaucoup d'acteurs, notamment du niveau central, la nouvelle politique était perçue comme un nouveau grand projet ou programme qui prendrait progressivement sa place parmi les autres déjà en cours. Elle n'apparaissait pas comme un instrument pour organiser et décentraliser le développement sanitaire. Il est vrai qu'un décret, attribuait au Directeur du PSPHR la direction du Comité Technique, en lieu et place des Directions Nationale de la Santé et celle de l'Action Sociale. Cela a pu renforcer par moments auprès de ces derniers la tendance à assimiler la nouvelle politique nationale de santé à un projet parmi d'autres.

Le manque de 'ownership' de ce projet posait d'autant plus de problèmes que le modèle d'organisation sanitaire était nouveau dans tout le Mali, il n'y avait aucun endroit où cette organisation sanitaire avait été réalisé. Les seuls points de repère dont on disposait étaient soit des réalisations partielles à certains endroits, soit des modèles similaires développés dans d'autres pays.¹⁸ On ne disposait, de fait, que d'une construction théorique qui restait

¹⁸ Équipe du Projet Kasongo (1981). Le Projet Kasongo: une expérience d'organisation d'un système de soins de santé primaires. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* 61 (Supplément), 1-54. Fassin D, Jeannée E, Salem G & Réveillon M

à mettre en place : l'opérationnalisation ne devait venir qu'en relation avec le terrain – avec la création des CSCOM et l'élaboration des plans de développement de cercle.

Formuler une stratégie opérationnelle explicite

Le premier jalon d'une stratégie de changement a été, en 1991-92, la définition de ce que devait devenir le CSCOM.¹⁹ Les modalités de création et les missions étaient clarifiées ainsi que les relations du CSCOM avec l'Etat. Le document préparé par 'groupe *ad hoc*', comprenant des cadres du Ministère, des artisans des premières expériences et des personnes ressources, a été largement discuté par d'autres instances. Il a été adopté par consensus et contenait des innovations majeures : (i) Le CSCOM ne serait pas tenu par la contrainte du découpage administratif pour définir son aire de responsabilité ; (ii) la relation avec l'Etat serait une relation de partenariat basée sur une convention formelle ; et (iii) l'association communautaire qui gérerait le CSCOM devait disposer de la reconnaissance juridique lui conférant une personnalité morale.

Cet acquis a bénéficié de l'avis favorable du niveau politique. Il a permis d'envisager les cartes d'extension de couverture sanitaire de façon inédite, le découpage administratif étant devenu un facteur à prendre en compte et non une contrainte non négociable.

Le premier défi a été de traduire en actions cohérentes les principes et les orientations de la nouvelle politique sectorielle. Tout cela n'allait pas de soi. Les tâches à réaliser étaient immenses. Il fallait faire l'inventaire et organiser les priorités de sorte que les chances de succès soient réunies progressivement et systématiquement. Les acteurs n'avaient d'expérience de référence à leur disposition ni d'outils adaptés pour transformer la situation. Au cours des deux années suivant les évènements de 1991 le contexte politique du

(1986) Les enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à Pikine (Sénégal). *Sciences Sociales et Santé* 4, 205-221. Stroobant A (1979) Expériences de soins de santé intégrés au Cap Bon, Tunisie. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* 59 (supplément), 47-70. Knippenberg R, Levy Bruhl D, Osseni R, Kandjouré D, Soucat A, Debeugny C (1990) Initiative de Bamako: des expériences. L'enfant en milieu tropical no 184/185, CIE, Paris. Unger JP (1992) Rôle des districts sanitaires et méthodologie de leur développement en Afrique. Thèse de docto-rat. Bruxelles: Université Libre de Bruxelles-Faculté de Médecine et de Pharmacie. 357p.

¹⁹ Direction Nationale de la Santé Publique (1992). Rapport du groupe de réflexion sur le CSCOM. 8p. Bamako: Direction Nationale de la Santé Publique - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

Mali a été marqué par des changements successifs à la tête du Ministère de la Santé et des principales directions centrales (quatre ministres et quatre directeurs nationaux de la santé en moins de deux ans). Ainsi la conduite de la mise en oeuvre par le niveau central a connu, de façon répétée, des ruptures.

Par contre, le niveau régional était encouragé à prendre des initiatives. Au même moment il bénéficiait d'un renforcement de ses capacités d'appui technique, donnant un espace réel pour l'expérience et l'innovation sur le terrain. Cela aura une grande influence lors les étapes suivantes quand des conditions plus favorables pour aller de l'avant seront réunies.

La mise en oeuvre fut plus le fruit de concertations élargies, qu'une démarche construite *a priori* par le niveau central. Bien sûr, certains acteurs avaient des visions d'ensemble et des propositions d'étapes; le problème était de prendre les décisions adéquates, d'engager l'ensemble des structures d'exécution au bon moment pour progresser, de créer un espace pour la recherche-action et de documenter le processus.²⁰ Le décalage important entre les objectifs et les expériences réelles ne permettait pas aux responsables centraux de formuler rapidement des stratégies opérationnelles.

Malgré les multiples changements à la tête du Ministère, la déclaration de politique sectorielle, quoique faite sous un régime précédent, a été confirmée par chaque nouveau Ministre. Mais vu les passions et les lenteurs qui ont entouré l'évolution du dossier des médicaments essentiels, les reconfirmations de la nouvelle politique ne se firent pas sans un flottement initial. Ce n'est que le 8 juin 1992, date de l'investiture du Gouvernement de la 3ème république, que les instabilités ont pris fin. Le Ministre nommé à ce moment serait encore à son poste en 1997.

ORGANISER L'APPUI REGIONAL

La mise en oeuvre dans les régions de la nouvelle politique devait commencer par la réalisation des critères d'éligibilité par les cercles, afin qu'ils puissent bénéficier des investissements permettant l'extension de la couverture et le renforcement du niveau de référence. Cela impliquait que les cercles élaborent leur plan, créent un CSCOM test, négocient avec les partenaires les engagements réciproques, et que le Ministère de la Santé complète l'équipe socio-sanitaire jusqu'à l'effectif minimum requis (Tableau 1).

Afin de ne pas disperser l'appui central et de tirer rapidement les enseignements utiles pouvant bénéficier aux autres régions, on avait décidé de

²⁰ Mercenier P (1992): Rapport de mission de consultation pour définir les priorités et un plan de recherche sur le système de santé. Mai 1992. Rapport de mission. 17p. Antwerpen: Institut de Médecine Tropicale.

travailler par phase. En principe, trois régions étaient concernées dans une première phase (Kayes, Mopti, Bamako), deux autres (Ségou et Koulikouro) devant suivre deux années plus tard. Toutes les régions devaient cependant commencer l'appui aux cercles pour préparer les conditions d'éligibilité.

Le financement des ces étapes préparatoires a posé problème; même Kayes, la région du projet Banque Mondiale précédent, n'a pas pu mobiliser les ressources nécessaires à cette étape. Or, comme on l'a noté plus haut, le PSPHR n'a pris en compte que les financements de la mise en oeuvre des plans. Le problème a pu être résolu grâce au financement plus flexible de l'UNICEF.

Parmi les trois régions de la première phase, deux (Kayes et Mopti) présentaient de sérieux problèmes d'enclavement et de ressources humaines. Dans la pratique seule la région de Koulikoro - où l'assistance technique n'a été disponible qu'à partir du mois de mars 1993 - a réuni les critères d'éligibilité un peu plus tard que les autres. L'avance initiale et l'expérience des premières régions a profité aux suivantes. Celles-ci avaient d'autant plus vite rattrapé l'avance des premières régions qu'elles avaient moins de problèmes de disponibilité de ressources humaines et que les conditions du terrain y étaient moins difficiles. Il y avait un décalage certain entre un bon principe (étendre par étape aux régions) et les moyens ainsi que les conditions pour le réaliser. Ce constat met en relief l'absence ou l'insuffisance de mesures d'accompagnement permettant aux régions désignées pour la première phase de réaliser les objectifs attendus.

Le développement des stratégies d'appui de la région au cercle a donné lieu à un grand débat. Fallait-il choisir un cercle pour développer et tester la méthode, capitaliser une expérience opérationnelle susceptible d'être étendue progressivement aux autres cercles? ou bien, fallait-il organiser l'appui simultané à tous les cercles de sorte que chacun puisse avoir l'opportunité réelle de réunir les conditions d'éligibilité?

Les financements budgétisés dans le cadre du PSPHR correspondaient à la prise en charge de 21 cercles ou communes sur les 35 que comptent les cinq régions concernées par le programme. Il avait été de coutume que les partenaires extérieurs négocient le choix de leur zone d'intervention au niveau central. Maintenant les régions devaient intervenir elles-mêmes. Les cercles non encore impliqués continuaient de bénéficier de l'appui habituel des programmes nationaux (programme élargi de vaccinations, lutte contre les maladies diarrhéiques, lèpre, tuberculose etc...), faisant ainsi coexister dans une même région des canaux d'appui central multiples. La limitation du financement à 21 cercles a néanmoins donné l'impression que les cercles non élus seraient exclus de l'appui. Cela donnait au choix des priorités une di-

mension politique difficile à assumer explicitement par les cadres nationaux.

Sur un autre plan, les capacités d'appui des Directions Régionales restaient limitées malgré le renforcement dont elles avaient bénéficié dans le cadre du programme. Saupoudrer les appuis, sans que l'équipe régionale n'ait une véritable expérience opérationnelle avec les outils et méthodes, pouvait conduire à la distribution de documents et d'instructions sans implication effective des acteurs du niveau opérationnel. Le risque de reproduire dans tous les cercles des erreurs ou impasses était prévisible. Cela ne serait certainement pas sans conséquences, ne fut ce que dans la collaboration entre le niveau régional et le niveau cercle, et entre celui-ci et ses partenaires.

Il fallait donc trouver un compromis.²¹ Tout d'abord il y aurait un « Transfert de Méthodologie ». L'élaboration des plans de développement sanitaires de cercle démarrait par un échange sur les conditions d'éligibilité entre tous les cercles, avec l'appui du niveau central dans le cadre d'un atelier de 10 jours ouvrables. Ensuite, la région prévoyait un calendrier d'appui où l'initiative appartenait au cercle et était conditionnée par une progression dans l'exercice d'élaboration du plan (description de situation, étape d'analyse de situation et de priorisation des besoins, carte sanitaire etc.). Finalement, la région avait autorité pour orienter les appuis vers le cercle le plus dynamique et lui permettre ainsi de réaliser les différentes étapes afin de réunir les conditions d'éligibilité.

Grâce à cette dernière possibilité, chaque région a pu avancer et faire sa propre expérience en relation avec une équipe de cercle entreprenante. C'est cette équipe qui la première élaborait un plan de développement sanitaire quinquennal avec carte d'extension de couverture, préparait et lançait un premier CSCOM avec tous les intrants et la formation initiale du personnel et du comité de gestion. Après chacune de ces premières réalisations l'équipe régionale d'appui utilisait, adaptait, développait et s'appropriait les outils et méthodes, acquérant ainsi une capacité qu'elle n'avait pas avant sa première expérience sur le terrain. Les appuis aux autres cercles devenaient ainsi moins hésitants, plus concrets et efficaces. Au-delà des aléas (décès de deux des médecins-chefs les plus dynamiques), la stratégie d'appui a progressé dans chaque région avec un appui focalisé sur un cercle et un appui pour les autres cercles modulé par l'initiative locale et la disponibilité d'appui régional.

C'est après les premières expériences que les limites ou même l'impossi-

²¹ Direction Nationale de la Santé Publique (1992). Rapport du groupe de réflexion sur le CSCOM. 8p. Bamako: Direction Nationale de la Santé Publique - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Diakite D et Lacapère F (1992) Module d'appui de l'équipe régionale de la santé et de l'action sociale aux équipes de santé de Cercle. 17p. Kayes: Direction Régionale de la Santé.

bilité des appuis intensifs et simultanés à tous les cercles sont devenues évidentes pour tous. De nombreux cercles qui avaient pourtant bénéficié de l'atelier de transfert de méthodologie ont pris des retards considérables.²² L'adaptation et l'appropriation par tous les acteurs du développement sanitaire du cercle de la nouvelle politique de santé, des outils et des méthodes, ne pouvait aller de pair avec un saupoudrage indiscriminé de l'appui régional. Un accompagnement sur le terrain était nécessaire pour traduire dans la réalité les innovations proposées.

LA CARTE SANITAIRE, OUTIL DE NEGOCIATION

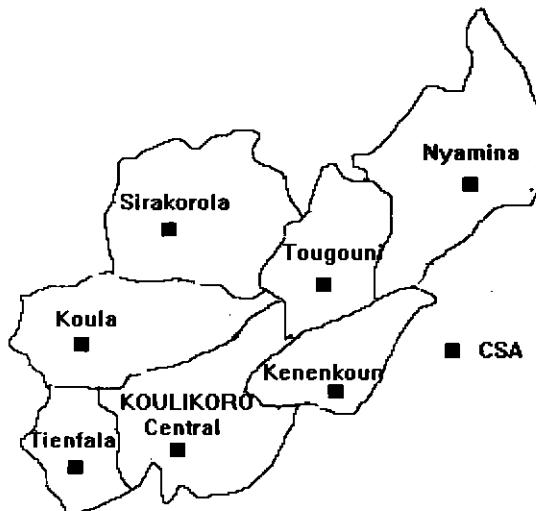
Un cercle au Mali compte en moyenne entre 150.000 et 200.000 habitants, répartis sur 200 à 300 villages. Il est composé de 4 à 6 arrondissements et chaque arrondissement compte 3 à 5 secteurs de développement. De nombreux secteurs de développement disposaient de maternités ou de dispensaires dirigés par des matrones ou des aides soignants, financés localement par les populations ou le comité local de développement. Chaque arrondissement disposait d'un centre de santé (le Centre de Santé d'Arrondissement ou CSA) appartenant au système étatique de soins et dirigé par un infirmier (Figure 4). Chaque cercle disposait d'un Centre de Santé de Cercle ou CSC, généralement équipé d'un bloc chirurgical et avec au moins un véhicule tout terrain. Le CSC était dirigé par un médecin, souvent secondé par un adjoint. D'autres techniciens complétaient l'équipe: sage-femme, personnel infirmier, technicien sanitaire pour les activités d'hygiène du milieu et technicien de développement communautaire pour les activités sociales.

Ce découpage administratif existant (arrondissement/secteur) ne répondait pas souvent aux critères techniques et financiers pour assurer la viabilité et la qualité des prestations au niveau des centres de santé d'arrondissement. C'est pour ces raisons que le découpage administratif n'a pas été considéré comme une norme absolue pour l'élaboration des cartes d'extension de couverture. Dans un premier temps, chaque équipe de cercle a fait abstraction des limites administratives, pour procéder à un découpage exhaustif du cercle en aires de santé sur la base des critères géographiques, de population,

²² Direction Nationale de la Santé Publique (1993-1996) Série de rapports de missions centrales conjointes (DNSP - PSPHR - UNICEF - Partenaires) de supervision des CSCOM/CSA dans les régions. Bamako: Direction Nationale de la Santé Publique - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Directions Régionales de la Santé et de l'Action Sociale de Bamako, Mopti, Segou, Kayes, Sikasso, Koulikoro, Mali (1993-1996) Etat d'avancement, études de cas, séries de notes techniques et de rapports de supervision des centres de santé de cercle et CSCOM/CSAR. Bamako: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

sociologiques et économiques. Chaque aire comptait un nombre de villages susceptibles de s'associer et de s'organiser pour créer et gérer un centre de santé. L'aboutissement de cette première phase était ce qu'on appelle « la carte théorique de couverture du cercle » (Figure 5).

Figure 4. Carte administrative du cercle de Koulikoro : les arrondissements et leur CSA



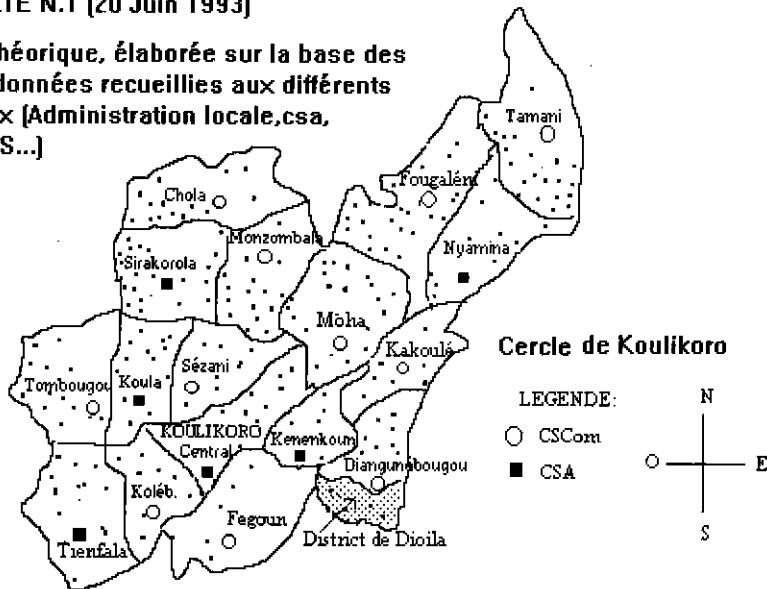
Cette première mouture de carte sanitaire était déjà fort différente de la carte administrative. Elle était ensuite soumise aux responsables locaux (administratifs, politiques, chefs de village) du cercle. Elle devenait alors un outil de négociation avec tous les partenaires du cercle et en particulier avec la population qui en façonnera par son engagement le contour définitif. Des passages répétés dans les villages et des concertations inter-villageoises – parfois pendant plusieurs mois – pouvaient être nécessaires pour concrétiser une association de santé communautaire et lancer un centre de santé communautaire dans une aire de santé.

Au cours de ce processus la « carte théorique » initiale pouvait être modifiée. Elle se stabilisait au fur et à mesure des négociations et des transformations des aires de santé en aires opérationnelles. La carte sanitaire de Koulikouro, par exemple, inclut quelques villages des cercles avoisinants, et un bon nombre de villages y ont « changé d'aire » au cours des négociations (Figure 6). La carte était devenue un instrument de planification, réhabilitant

le rôle de l'équipe de cercle auprès des partenaires. Elle s'imposait à tous.²³

Figure 5. La « carte théorique de couverture du cercle » de Koulikoro
CARTE N.1 (20 Juin 1993)

Carte théorique, élaborée sur la base des seuls données recueillies aux différents niveaux [Administration locale, csa, csc,CPS...]



Le découpage exhaustif a été préféré à un découpage progressif. On voulait de cette façon dégager une perspective, fut elle théorique, de couverture globale du cercle, et ainsi estimer les ressources humaines et matérielles nécessaires. C'était par ailleurs la seule façon de situer chaque initiative de création de centre de santé dans le contexte global afin d'apprécier ses conséquences sur les aires voisines. Comme chaque village appartient nécessairement à une aire de santé, on délimitait clairement l'espace de responsabilité pour chaque centre de santé existant ou à créer.

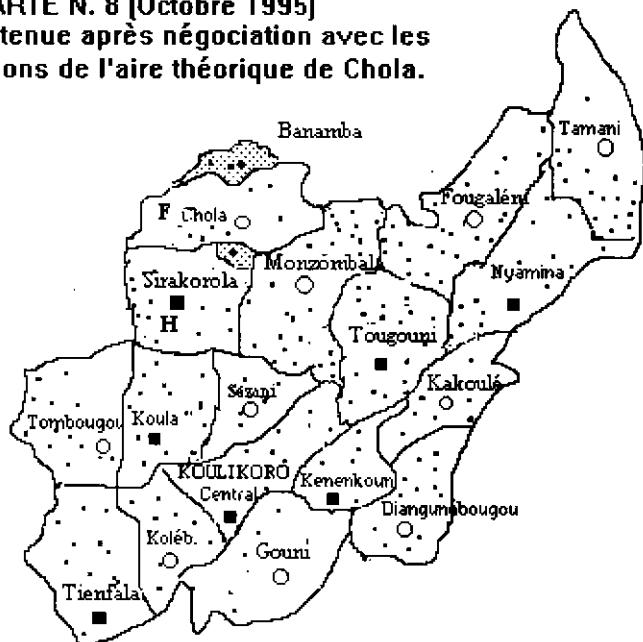
Au départ cette approche a rencontré des résistances, qui tournaient autour des questions suivantes. Pourquoi l'équipe de cercle doit-elle finaliser une carte exhaustive ? Ce faisant ne reproduit-elle pas la logique administrative ? Pourquoi parler d'aire de responsabilité et non de bassin d'attraction ou de rayon d'accès facile ? Pourquoi prendre des risques pour la viabilité en réduisant la taille de la population des aires urbaines de 40.000 habitants environ à 15.000 habitants ? La

²³ Samake S, Dakono G & Guidetti F (1997) La carte sanitaire: outil de négociation pour le développement sanitaire? In: Brunet-Jailly E (éd) Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest. 73-84. Paris: Editions Karthala.

proximité recherchée dans la relation entre utilisateurs et personnel soignant en milieu urbain ne peut-elle pas se réaliser sans encourir ce risque ?

Figure 6. La carte sanitaire de Koulikoro, après diverses phases de négociation

CARTE N. 8 (Octobre 1995)
Carte retenue après négociation avec les populations de l'aire théorique de Chola.



Les oppositions venaient de différents côtés : assistants techniques des projets bilatéraux, médecins-chefs des CSCOM de Bamako, ONG qui avaient des centres de santé ou des maternités dans leurs zones d'intervention. Le débat était compliqué de par le fait que beaucoup d'acteurs percevaient mal que, pour chaque aire de responsabilité, l'Etat délègue certaines de ses responsabilités à une association de santé communautaire. Le réseau privé médical était peu développé au Mali²⁴ : il se limite à Bamako et à certaines grandes villes. Dans le contexte malien, en particulier rural, le secteur privé lucratif ne pouvait se développer que très lentement, d'abord dans les zones rentables. Il ne peut ainsi constituer une alternative crédible de couverture sani-

²⁴ Le réseau privé pharmaceutique a connu lui un développement fulgurant passant de quelques unités à plus d'une centaine en l'espace de moins de deux ans. Bien que récent, le secteur privé pharmaceutique est organisé en associations professionnelles d'intérêt très actives. Elles ont toujours été impliquées dans le processus de conduite de la politique sectorielle.

taire pour un proche avenir. Pour autant qu'il restait dans une logique lucrative, il échappait au cadre contractuel qui était à la base des plans de couverture. Cela n'empêche qu'un certain amalgame a été fait entre initiative privée à but lucratif et délégation contractuelle à une association de santé communautaire.

Loin des certitudes, le Tableau 4 illustre le pragmatisme et le souci d'équité qui a caractérisé l'approche.

Si l'expérience du secteur sanitaire a servi d'exemple pour la mise en œuvre de la politique de décentralisation par le Gouvernement, force est de constater qu'une incertitude demeure sur la configuration des futures communes rurales. Les critères du découpage administratif ne sont pas forcément identiques à ceux utilisés par le secteur de la santé.

Les communes rurales entérineront-elles le découpage négocié de la carte sanitaire? Compteront-elles une à trois aires de santé, sans déstructurer la carte sanitaire qui se met en place? Quelle sera la relation entre les communes et les ASACO si les services de bases sont dévolus aux communes? Ces questions ne dépendent plus uniquement du secteur sanitaire. Il pourrait y avoir des conséquences importantes sur ce qui a été initié jusqu'à présent.²⁵ Les informations sur le découpage pour la constitution des communes rurales semblent souvent conforter l'effort initié par le secteur de la santé. Les cas pouvant poser effectivement problème représentent une faible proportion. En ce qui concerne la relation entre les communes et les ASACO, on peut imaginer qu'à l'avenir les ASACO jouent davantage le rôle d'association d'usagers partenaire de la commune.

²⁵ Ballo M, Duponchel JL & Traore S (1996) Décentralisation et mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population. Série d'aide-mémoires. 7p. Bamako.

Tableau 4. Avantages et inconvénients des critères utilisés pour la carte sanitaire

Avantages	Inconvénients
	EXHAUSTIVITE
Permet de formuler des hypothèses sérieuses sur la couverture sanitaire du cercle pour le moyen et le long terme. Replace dans un contexte global de couverture du cercle toute initiative isolée de création de structure sanitaire. Limite donc les implantations irrationnelles. Responsabilise l'équipe de cercle pour négocier avec tous ceux qui veulent apporter un appui à la couverture sanitaire du cercle.	Le fait de rendre visible et chiffrable le chemin qui reste à faire peut créer des pressions convergentes pour aller plus vite partout alors que les capacités d'appui ne sont pas suffisantes et les autres conditions pas toujours réunies. Incompréhension de ceux - e.a. les ONG - qui veulent apporter un appui ciblé sur un village particulier.
	AIRE DE RESPONSABILITE DEFINIE
Le CSCOM est responsabilisé pour la santé de la population de tous les villages constituant l'aire de santé. Approche différente de la simple offre qui répond à une demande qui vient s'exprimer au centre de santé. Les coûts locaux sont transparents et sous le contrôle de la population. Renforce le regroupement autour d'un outil commun des villages de l'aire. Garantit que le Minimum sera assuré à la population de l'aire tant que le CSCOM sera en équilibre financier et lié par une convention.	Implique un surcoût de fonctionnement et des coûts d'opportunités par les activités itinérantes pour les villages éloignés de l'aire. Prête le flanc à des critiques convergentes: i. de ceux qui privilégient sans nuance une approche d'économie de marché pour les services de santé dans les pays en développement; ii. de ceux qui contestent la responsabilisation pour des activités de soins préventifs et privilégient leur subvention totale par l'Etat
	NEGOCIATION
Renforce le sentiment d'appartenance et d'acteur des villages pour la configuration définitive de l'aire de santé.	Prend du temps. L'accord n'est pas souvent unanime. Problème des villages qui refusent d'adhérer ou le quittent après avoir adhéré.
	DYNAMIQUE
La carte réelle avec ses réalisations (CSCOM) évolue au fur et à mesure que se réalisent les engagements réciproques des partenaires (population/gouvernement) conformément aux résultats des négociations. Ceci procure une solidité et un ancrage adéquat au développement réalisé.	Certaines négociations s'éternisent. Risque d'instabilité menaçant la viabilité si les retraits de certains villages trouvent trop vite une solution alternative. Les modifications doivent s'arrêter au moment de la réalisation et laisser la chance et le temps pour élargir l'accord aux villages non adhérents.

LE PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES

Les analyses de situation des premiers cercles qui ont élaboré leur plan convergeaient toutes, au delà de la diversité de leur situation, vers une même structure de « paquet d'activités » curatives, préventives, et promotionnelles. Au-delà des poids relatifs et des priorités attribuées à chaque problème dans une zone donnée, les similitudes sont frappantes, même si les équipes réalisant l'exercice étaient différentes. C'était suffisant pour aller plus loin dans la définition du paquet minimum d'activités (PMA): cette définition pouvait avoir des conséquences importantes pour la planification et la programmation dans toutes les aires de santé (la nature et l'importance des équipements, la dotation initiale de médicaments, la formation, les supports de gestion, la configuration des locaux, les besoins de personnel etc.).

Tableau 5. Les éléments du Paquet Minimum d'Activités

Activités curatives : prise en charge des affections courantes y compris les infections respiratoires aiguës, les diarrhées, paludisme, les maladies sexuellement transmissibles courantes, références des cas graves et prescription ainsi que disponibilité des médicaments essentiels en DCI pour les besoins du traitement.
Suivi et dépistage de certaines maladies chroniques : Lépre, tuberculose.
Activités préventives : comprennent les vaccinations des enfants et des femmes enceintes, le suivi nutritionnel des enfants, suivi prénatal et post natal pour les femmes enceintes, assistance à l'accouchement et référence des accouchements à risque et évacuation des accouchements compliqués, planning familial.
Activités de laboratoire simples : examens d'urines, prélèvement et fixation crachat sur lame (tuberculose) et autres tests simples.
Activités promotionnelles : hygiène du milieu et assainissement, promotion de comportement nutritionnel positif pour la mère et pour l'enfant, activités d'éducation sanitaire, activités d'appui au développement communautaire.
Activités en stratégie avancée dans les villages de l'aire de santé : vaccination, suivi nutritionnel, promotion et renforcement des relations avec les relais locaux .
Activités de gestion : gestion du dépôt de médicaments essentiels, monitorage et tenue des supports du système local d'information (tableaux de bord et utilisation du service par village), surveillance épidémiologique, tenue de l'échéancier, comptabilité du centre de santé, PV des réunions des associations de santé communautaires, production et transfert du rapport trimestriel au centre de santé de district.

Devenue un objectif important pour la Direction Nationale de la Santé, la définition des activités du PMA permettait d'envisager concrètement l'intégration et la décentralisation de la gestion des activités relevant des programmes nationaux. Si le principe n'a pas posé de problème, une multitude de réunions et d'échanges parfois passionnés furent nécessaires avant d'arrêter les activités devant faire partie du PMA.

Le débat avait concerné les questions suivantes : *Pourquoi faut-il arrêter une liste? Pourquoi ne pas y mettre toutes les activités qui pourraient découler des*

attributions et domaines d'attention des cadres du niveau central? Le PMA défini est-il limitatif, contraignant, ou indicatif? Pourquoi ne pas faire deux types de PMA, un pour les CSCOM dirigés par un médecin et un pour les CSCOM dirigés par un infirmier? Pourquoi ne pas distinguer les activités que les CSCOM feront de toute façon (soins curatifs), de celles qui seraient conditionnées à des contrats avec l'Etat moyennant rétribution selon les performances par exemple (vaccination ou autre activité préventive ou promotionnelle) ?

Partant de ces questions, le débat a révélé des préoccupations contradictoires. Les cadres centraux voulaient voir ce « magnifique outil » que serait le CSCOM prendre en charge l'exécution de toutes les attributions du Ministère de la Santé (à tel point que certaines versions ressemblaient fort à l'organigramme en miniature du Ministère de la Santé). D'autres partaient du fait que les activités curatives sont aussi incontournables que rentables. Ils auraient voulu réservé la possibilité de faire rétribuer par l'Etat les activités préventives non rentables et pour lesquelles on considérait qu'il n'y avait pas de demandes exprimées par la population.

Si la première proposition risquait de faire couler la « barque CSCOM », par une surcharge inappropriée, la deuxième risquait de nuire à l'intégration et à la globalité des prestations, en liant certaines activités essentielles à des financements aléatoires souvent dépendants de l'aide extérieure.

La position autour de laquelle s'est construit l'accord – quasi général mais pas unanime – considérait le PMA comme une offre globale de soins intégrés curatifs, préventif et promotionnels, prenant en compte l'ensemble des problèmes de santé pour lesquels le centre est en mesure de proposer des solutions. Il n'était plus question de subordonner des activités de base (pouvant représenter un coût d'opportunité dans une logique lucrative) à un financement spécifique pour ne pas nuire à l'intégration et la globalité des soins. Le Tableau 6 compare l'approche globale et une approche par contrat spécifique. Les contrats spécifiques n'ont pas que des inconvénients. Le choix fait au Mali a été un choix destiné à soutenir la prestation intégrée du PMA et à renforcer globalement le réseau de santé communautaire. Les modalités de gestion d'une multitude de contrats spécifiques entre les CSCOM et programmes financeurs aurait par ailleurs été fort complexe et difficile à maîtriser.²⁶

²⁶ McPake B & Ngalande-Banda E (1994) Contracting out of health services in developing countries. *Health Policy and Planning* 9, 25-30.

Tableau 6. Les alternatives : convention globale ou contrats spécifiques avec chaque programme vertical

	Convention Globale	SOINS DEVELOPPEMENT	Contrats Spécifiques
Couverture accès aux soins	Equilibrée pour le PMA Progrès durables Certaines performances spécifiques peuvent rester modestes au début		Amélioration pour l'activité spécifique objet du contrat Résultats spécifiques plus rapides, mais non durables
PMA	Complet		Incomplet si certaines activités restent sans contrat
Qualité des soins	Favorise la responsabilisation globale		Favorisent la performance des programmes mais manque d'intégration
Rendre compte Rôle de la population	La population et ses besoins constituent la référence Partenaire		La référence aux programmes et leurs techniciens devient prépondérante Cible de programme
Pérennité	L'enjeu est clair: la survie du CSCOM		Menacée car liée à la bonne exécution des contrats et de leurs renouvellements
Motivation du personnel	Par responsabilisation pour CSCOM et sa population dans son ensemble Sens de propriété du CSCOM comme outil de travail Primes possibles pour performance et qualité globale des prestations		Double financement toujours possible par opacité et cloisonnement de la gestion Par ce que les avantages que le contrat peut lui apporter Possibilité d'effets pervers avec de faux résultats s'il y a rétribution selon la performance sans contrôle local

LA QUESTION DES MEDICAMENTS ESSENTIELS

Dès sa création en 1962 et jusque 1983, la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) avait eu pour mission l'importation et la distribution des médicaments au public. Le secteur hospitalier et le réseau des services publics étaient approvisionnés par la pharmacie centrale de la Direction Nationale de la Santé. Le secteur privé se réduisait à une seule officine de pharmacie à Bamako.

En 1984, avec la réforme pharmaceutique, la PPM s'est vue confier la mission d'importation et de distribution des médicaments aux hôpitaux et services publics. Un monopole de fait était ainsi institué.

En 1985 et 1986 les lois libéralisant les professions sanitaires et pharmaceutiques sont venues remettre en cause ce monopole. Mais en 1987 les accords de cogestion sino-maliens de la PPM ont pris le contre-pied, et ont formalisé son monopole. Il sera à nouveau remis en cause par les accords sur le programme d'ajustement structurel des entreprises publiques. Ces accords

conclus avec les organismes de Bretton Wood exigeaient la restructuration de la PPM et son retrait de la distribution du médicament au profit du privé, et cela avant décembre 1989. Les négociations avec la Banque Mondiale pour la mise en oeuvre de la nouvelle politique sectorielle mettaient fin au monopole de la PPM, alors même qu'elles continuaient à lui attribuer un rôle majeur dans l'importation et la distribution de médicaments essentiels. Avec cette décision un maillon important du « Cadre Conceptuel de l'Initiative de Bamako » d'août 1989 se trouvait fortement fragilisé : on y avait compté sur la PPM pour l'importation et la distribution de médicaments essentiels au profit des structures publiques et communautaires.²⁷

Le contrat plan qui liait le gouvernement à la PPM assignait à cette dernière, une mission d'importation et de distribution de médicaments essentiels en DCI.²⁸ La signature du contrat plan, conditionnait la mise en vigueur du crédit de la Banque Mondiale. La PPM devait dans le cadre de ses nouvelles missions réduire l'effectif pléthorique de son personnel de 650 à 200 personnes, céder la presque totalité de ses officines au privé, ne plus importer les équivalents en spécialités de la liste nationale de médicaments essentiels en DCI et faire montre de compétitivité face aux nouveaux importateurs privés de médicaments (très vite mis en place grâce en particulier aux crédits des exportateurs de médicaments français). Ainsi la mission médicaments essentiels en DCI de la PPM devait se frayer un chemin dans une entreprise qui gardait sa nature commerciale mais avait perdu des atouts majeurs (monopole, réseau de distribution) et devait gérer une drastique et délicate réduction d'effectifs.

En fait, en dehors des médicaments essentiels commandés dans le cadre du crédit IDA en 1986-87, la PPM n'a jamais importé de médicaments essentiels en DCI pour les formations publiques. Elle a toujours privilégié l'importation de spécialités dites 'essentielles', équivalentes à celles de la liste officielle de médicaments essentiels en DCI. A cette époque les médicaments DCI n'étaient disponibles au Mali que dans quelques zones en relation avec des projets de coopération sanitaire qui bénéficiaient d'une dérogation spéciale.

La disponibilité des médicaments essentiels était un élément déterminant pour la crédibilité des structures de santé à tous les niveaux et la qualité des prestations. C'était aussi une condition essentielle pour l'amélioration de

²⁷ Brunet-Jailly J (1990) *La Pharmacie Populaire du Mali dans le contexte de l'Initiative de Bamako*. 137p. Bamako: Institut National de Recherche en Santé Publique - UNICEF.

²⁸ Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées (1992) *Contrat plan Etat - Pharmacie Populaire du Mali*. Bamako: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

l'accessibilité financière des populations aux soins. La disponibilité des médicaments essentiels en DCI a donc constitué un enjeu majeur. Les résistances rencontrées ont conduit à des incertitudes dans le traitement de la question du médicament. La PPM n'avait plus le monopole, mais restait le canal d'approvisionnement privilégié. Elle ne parvenait cependant pas à démontrer son efficacité ou sa compétitivité. Il était donc devenu évident qu'il fallait donner un coup de pouce aux stratégies alternatives d'importation de médicaments essentiels.

Beaucoup de cadres nationaux et de partenaires se sont effectivement tournés vers des solutions alternatives. D'une part ils ont poursuivi, voire développé, des mécanismes mis en place dans certaines régions dans le cadre de projets assurant l'approvisionnement en médicaments essentiels en DCI (Ségou, Koulikoro, régions du Nord). Il s'agissait de ne pas sacrifier des réseaux qui fonctionnaient alors que l'alternative privilégiée (officielle) n'avait pas donné la preuve de son efficacité et de sa compétitivité. D'autre part ils ont saisi l'opportunité offerte par la libéralisation de l'importation du médicament essentiel. C'est dans ces conditions que fut créé le Groupement d'Intérêt Economique Santé pour Tous, à l'initiative des Associations de Santé Communautaires de Bamako et avec l'appui de nombreux partenaires, en particulier la Coopération Française et UNICEF.²⁹

Ces stratégies étaient indispensables pour maintenir l'élan des cadres régionaux et des cercles. Ces cadres ne voulaient plus perdre la face auprès des populations en faisant des promesses qui ne seraient pas tenues. Après les dotations initiales pour les nouveaux CSCOM (au début assurées surtout par l'UNICEF), le réapprovisionnement devait se faire dans le cadre des stratégies citées ci-dessus, sans créer de nouvelles filières provisoires.

Le développement de ces stratégies s'est fait avec la complicité de l'ensemble des cadres impliqués dans la mise en oeuvre de la nouvelle politique et sans objections du niveau politique. Les cadres de la PPM auraient bien souhaité moins de permissivité envers les projets qui utilisaient des canaux alternatifs d'importation, mais à chaque fois il était démontré qu'au niveau régional l'offre assurée par la PPM n'était satisfaisante ni sur le plan quantitatif, ni encore moins sur le plan des prix.

Nul doute que ce chemin allait être difficile à parcourir et le resterait tant que la logique restait une logique commerciale régissant une entreprise dorénavant en situation difficile et dans un marché loin d'être saturé. C'est beaucoup plus tard que la séparation comptable et physique de la mission DCI a été proposée à la PPM (soit au terme du contrat plan et lorsque le cons-

²⁹ GIE « Santé Pour Tous » (1995) Le groupement d'intérêt économique « Santé Pour Tous » 9p. Bamako.

tat avait été fait sur les difficultés de son exécution).

L'augmentation du nombre de pharmaciens privés a contribué au développement d'un groupe de pression réfractaire à la mise en œuvre de la politique des médicaments essentiels. De fait, et indépendamment des intentions des uns et des autres, c'est la logique commerciale et privée qui est sortie renforcée de l'épreuve « réforme pharmaceutique » avant la dévaluation du FCFA. Les solutions pour la disponibilité des médicaments essentiels restaient dans un cadre précaire de « bricolage ».

UNE PROGRAMMATION UNITAIRE PAR AIRE DE SANTE

La politique sectorielle prévoyait une amélioration de la qualité des soins avec extension de la couverture, grâce à l'implantation d'un réseau de centres de santé de premier échelon, au renforcement du niveau de référence et au développement des capacités de l'équipe cadre du cercle.

Pour la mise en œuvre de ces stratégies, on a explicitement retenu une approche d'appui à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan de développement sanitaire pour le cercle. Il était cependant difficile de ne pas voir revenir les volets classiques de financement des programmes verticaux, dont les cadres avaient l'expérience dans les exercices passés de programmation régionale. Le risque était grand de voir se développer une approche disso- ciant le contenu du PMA (qui garderait ses attaches verticales techniques et financières) de ce qui serait le développement et la gestion communautaire des services. Pour un programme national d'envergure prônant la décentralisation, cela aurait nui à l'unité, la globalité et à l'efficacité des réalisations. Le fait de considérer l'ensemble des interventions conduisant à la transformation d'une aire de santé en CSCOM comme une seule unité de programmation, permettait de réduire ce risque. Il n'était toutefois pas possible de procéder à une programmation unitaire par aire de santé sans que les éléments représentés par le Tableau 7 ne soient disponibles.

Tableau 7. Conditions requises pour une programmation unitaire par aire de santé

1. La carte sanitaire est élaborée;
2. Le PMA est défini, il est adapté au contexte du cercle;
3. Les intrants suivants sont disponibles:
 - ✓ Processus conduisant à la création de l'ASACO ;
 - ✓ Réhabilitation ou construction de l'infrastructure ;
 - ✓ Equipement standard du centre de santé et estimation de leur amortissement ;
 - ✓ Estimation des besoins et dotation initiale de supports de gestion ;
 - ✓ Dotation initiale de médicaments et vaccins et estimation de la consommation annuelle ;
 - ✓ Formation du personnel et du comité de gestion;
 - ✓ Supervision de démarrage et supervision formation continue ;
 - ✓ Ressources pour couvrir les charges salariales et fonctionnement courant
4. Les grandes lignes de partage des coûts d'investissement et de fonctionnement entre les différents partenaires au développement sanitaire existent

Chaque unité prenait en compte la séquence logique de toutes les activités qui permettent la transformation d'un ensemble en aire de santé fonctionnelle, le maintien cette fonctionnalité (supervisions, appui au fonctionnement), et le chiffrage de leurs coûts. Les coûts étaient répartis en coûts d'investissement et coûts de fonctionnement. Sous chaque rubrique l'origine du financement était spécifiée, selon le principe de partage des coûts entre l'Etat, partenaires extérieurs et la population (recettes propres du centre, cotisations, taxes locales). La chronologie de réalisation était proposée conformément aux négociations et aux capacités d'appui. Elle permettait de planifier et de programmer les besoins de ressources dans le temps. Un des intérêts de cette approche était qu'au-delà du classique coût unitaire (infrastructure, équipement, dotation initiale), l'ensemble des activités et des intrants permettant la transformation d'une situation (création d'un CSCOM, revitalisation d'un centre de santé) était solidiairement pris en compte. Il ne serait, par exemple, pas possible d'envisager des formations isolées en santé maternelle ou pour la vaccination, ni des approches communautaires sans que l'appui matériel, technique et financier pour les autres séquences de la transformation ne soit prévu. Ainsi on a évité le blocage par manque de coordination ou le gâchis du fait de réalisations non appropriées.

Une conséquence de cette approche est que les moyens devaient être disponibles au niveau opérationnel selon la planification prévisionnelle, avec une décentralisation effective de leur gestion. Le niveau central (tous programmes confondus) devait alors avoir pour mission de mobiliser les ressources pour que le niveau opérationnel (avec l'appui de la région) puisse entreprendre les transformations programmées.

Cela peut paraître simple et évident, en parfaite conformité avec les nouveaux rôles de chaque niveau. En réalité c'était totalement différent des mo-

des d'intervention des programmes gérés par le niveau central. En effet, outre le cloisonnement qui caractérisait leur gestion, ils avaient naturellement plus le souci de leur propre priorité et position, que de la coordination avec les autres programmes et les différents échelons. L'élaboration du programme de coopération santé Mali-UNICEF de 1993-1997, fut la première occasion où les cadres nationaux ont pu se familiariser avec cette méthode.³⁰

Les points de discussion sur cette nouvelle approche de programmation étaient les suivants. Comment vont évoluer les programmes verticaux qui contribuent au PMA, surtout qu'aucun changement dans l'organisation pratique de leur activité ne se dessinait et que la nouvelle politique serait, pour longtemps encore, loin de couvrir l'ensemble du pays ? Doit-on refuser des financements qui ne cadrent pas avec le montage et les priorités du plan ? Peut-on se permettre de ne pas prendre en compte les priorités des programmes nationaux et d'exécuter les activités qui en décalent (formation/séminaires, supervision) ?

Autant d'interpellations qui ont prouvé la nécessité d'une négociation pour renforcer la cohérence des interventions du niveau central. Il était patent que pour des raisons sociales et politiques personne ne pouvait décider d'arrêter le flux d'appui drainé vers les régions dans le cadre des Programmes, d'autant que la mise en œuvre effective n'en était qu'à ses débuts.³¹ Ainsi il était pratiquement inévitable de voir coexister l'ancien et le nouveau dans une logique non exempte de conflits.

La nouvelle politique prônait la décentralisation, l'intégration et la responsabilisation des populations. Cela allait prendre du temps, et il fallait promouvoir des transitions explicites et positives. Ce ne fut pas chose facile.

Les cadres du niveau central étaient souvent très favorables au changement : c'était le cas des planificateurs, des responsables de services centraux, et des directeurs régionaux. D'autres étaient neutres ou réticents : les responsables de programmes verticaux et certains médecins-chefs. Mais la structuration et programmation des volets testés à travers les premiers plans allait se généraliser sans que quiconque fasse des objections explicites. Le changement n'est devenu légitime qu'après emploi dans le cadre des premiers plans de cercle et des premiers CSCOM créés.³² Ce fut l'un des exemples où la mise

³⁰ Gouvernement de la République du Mali et UNICEF (1994) Programme Santé Mali - UNICEF. 92p. Bamako: Gouvernement de la République du Mali - UNICEF.

³¹ El Abassi A (1998) Le processus d'intégration de programmes au sein d'un Paquet Minimum d'Activités pour les Centres de Santé: l'expérience du Mali. In: Van Lerberghe W & de Béthune X (éd) Intégration et Recherche. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 8, 109-121.

³² Directions Régionales de la Santé et de l'Action Sociale de Bamako, Mopti, Segou, Kayes, Sikasso, Koulikoro, Mali (1993-1996) Etat d'avancement, études de cas, séries de notes techniques et de rapports de supervision des centres de santé de cercle et

en pratique a levé les réserves sur les méthodes, sans évidemment résoudre les problèmes de fond (évolution/transition dans la gestion de certains programmes verticaux) qui n'en devenaient que plus apparents.

UNE STRATEGIE DE FORMATION

Entre 1989 et 1992 la Division Santé Familiale avait introduit des nouvelles stratégies de formation, dans le cadre d'un programme de réorganisation des services pour les activités de Santé Maternelle et Infantile. La réorganisation se développait centré de santé par centre de santé avec accompagnement sur place, par les facilitateurs, de la dynamique aboutissant au changement recherché. La limite de cette intervention était qu'elle ne s'occupaient que de Santé Maternelle et Infantile, alors que les centres de santé étaient déficients sur plusieurs aspects (médicaments essentiels, rationalisation des soins curatifs, gestion financière et matérielle, participation communautaire). Cette formation ne pouvait pas être assurée par le service spécialisé du niveau central mais plutôt par un personnel ou une équipe de terrain à responsabilité et compétence plus polyvalente.

C'est pourtant en partant de cette expérience que le principe d'une formation sur le site a été reconnu comme méthode essentielle.

Pour que la formation devienne continue, le personnel qui assure la formation devait être celui qui a en charge la supervision du centre. L'équipe et le médecin chef du cercle devenaient de la sorte incontournables pour les activités de formation destinées aux CSCOM. Le niveau régional devait apporter l'appui aux équipes de cercles pour initier le processus et développer les capacités en la matière. Ils devaient définir des normes et procédures adaptées, élaborer des modules de formation, renforcer les capacités pédagogiques des cadres des régions et évaluer les résultats des formations.

Le « groupe inter-institutionnel pour la formation » du PSPHR, initialement orienté vers une approche classique de formation en cascade de formateurs, a vu son rôle évoluer vers ces nouvelles responsabilités. Le problème à résoudre fut de composer le menu de formation adéquat pour les premiers CSCOM. Il fallait aussi adapter ou créer les supports (fiche intégrée pour le suivi de la mère et de l'enfant, échéancier, autres fiches opérationnelles, canevas pour l'élaboration de microplan, tableau de bord pour le suivi et l'évaluation des activités etc.).

CSCOM/CSAR. Bamako: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Direction Régionale de la Santé de Ségou (1993) Evaluation de l'opérationnalité du CSCOM de Dougouolo. Rapport d'évaluation. 27p. Ségou: Direction Régionale de la Santé.

De façon pragmatique, on a considéré que la durée de la formation initiale ne devait pas excéder un mois, pour ne pas interférer avec les objectifs d'extension de couverture envisagés. Une première liste de sujets de formation s'est inspirée des expériences guinéennes³³ et tunisiennes³⁴. Outre la traditionnelle rationalisation de la consultation curative, la prescription de médicaments essentiels et des principales activités préventives, la formation initiale mettait un accent particulier sur :

- La consultation du nourrisson sain, comme activité intégrative par excellence (suivi nutritionnel, vaccination, promotion allaitement maternel, supplémentation en Vitamine A, espacement des naissances et promotion du planning familial) ;
- La fiche opérationnelle servant de support à la formation et à l'élaboration des instructions pour les activités principales ;
- L'organisation et la gestion des ressources humaines, matérielles et financières du centre ;
- La microplanification des activités, en particulier les activités itinérantes dans les villages, l'élaboration et l'interprétation des tableaux de bord et des rapports mensuels.

Compte tenu de l'insuffisance ou de l'inadaptation de certains modules ou supports des programmes verticaux, La Direction Nationale de la Santé a donné le feu vert pour que les régions testent de nouvelles formules dans les CSCOM. Cette latitude a été salutaire pour la réalisation des premiers CSCOM. Elle a permis de produire des outils et des modules adaptés avec un très fort sentiment d'appropriation auprès des cadres des régions et des cercles. Elle a par la suite permis de structurer l'échange d'expériences afin que le niveau central puisse jouer son rôle d'harmonisation.

Cette autonomie comportait deux risques. Tout d'abord celui des tendances centrifuges : les différences entre régions inquiétaient un centre à la recherche de son nouveau rôle. Ensuite, celui des pertes de temps et d'argent dus aux fréquentes réinventions de la roue. Mais l'appropriation par les cadres des outils et leur engagement ont un coût qu'il s'agissait d'optimiser.

³³ Knippenberg R, Alihounou E, Ndiaye JM, Lamarque JP, El Abassi A (1997) Eight years of Bamako Initiative implementation. *Children in the Tropics*, 229/230. CIE, Paris, CIE.

³⁴ Stroobant A (1979) Expériences de soins de santé intégrés au Cap Bon, Tunisie. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* 59 (supplément).

*Tableau 8. Exemple du curriculum de formation pour CSCOM,
région de Ségou 1995*

Date	Module	Durée	Formateur
7-12 Mars	Rationalisation de la prise de décision à la consultation curative Ordinogramme et conduite à tenir: paludisme, diarrhée, lèpre, tuberculose	5 jours 1 jour	Dr F. Fofana Dr M. Traoré
14-19 Mars	La prescription des médicaments essentiels La périnatalité: CPN, accouchements (partogramme), suites de couches, consultation post natale La planification familiale: clinique et gestion des contraceptifs	3 jours 2 jours 1 jour	Dr H. Mamadou Dr M. Coulibaly Mme Sidibé R.
21-26 Mars	Information, éducation, communication Prise en charge des enfants sains, suivi nutritionnel, allaitement maternel exclusif, alimentation Les vaccinations Les outils de l'intégration des soins et de suivi: FO, échéanciers, visites à domicile, stratégie avancée	1 jour 2 jours 1 jour 2 jours	Mr Moussa S. Dr M Traoré Dr Anafa Ag Dr G. Clarysse
28-31 Mars	Micro planification des activités Les rapports trimestriels, tableaux de bord / monitoring	2 jours 2 jours	Mr A. Touré
Début avril	Stage pratique dans un centre fonctionnel utilisant les outils et méthodes enseignés pendant la formation	10 jours	Médecin chef

Pour la formation de l'équipe cadre elle-même, la formation par la pratique était la méthode principale. Elle commençait avec l'élaboration du plan et se poursuivait jusqu'à la supervision du premier CSCOM. Cette méthode a été possible grâce au renforcement des capacités d'appui technique des directions régionales, les missions d'appui et impulsions du niveau central et l'intensification des échanges entre cercles et régions.³⁵

³⁵ Direction Nationale de la Santé Publique (1993-1996) Série de rapports de missions centrales conjointes (DNSP - PSPHR - UNICEF - Partenaires) de supervision des CSCOM/CSA dans les régions. Bamako: Direction Nationale de la Santé Publique - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. UNICEF-Mali (1989-1996) Série de rapports de revues annuelles et à mi-parcours et notes techniques. Bamako: UNICEF.

L'ANCRAGE PAR LE SYSTEME LOCAL D'INFORMATION SANITAIRE

Le Système d'Information Sanitaire en place remplissait relativement correctement la mission qui lui était assignée : transférer au niveau central les informations recherchées par les programmes. Décentralisation oblige, le système d'information devait s'adapter à de nouvelles exigences et privilégier la fonction d'auto-évaluation et d'aide à la prise de décision à chaque niveau.

C'est ainsi qu'un système local d'information sanitaire a été développé en relation avec les premières expériences de centre de santé communautaire, sans pour autant sacrifier la fonction de transfert au niveau supérieur d'informations. Outre les supports pour les rapports périodiques d'activité, les différents outils prenaient également en compte la gestion de ressources, et comprenaient des outils tels que échéanciers pour faciliter la continuité dans les prises en charge, fiches opérationnelles pour faciliter l'intégration et la globalité, fichiers classés par village d'origine, tableaux de bord pour faciliter l'auto-évaluation.

Le système local d'information ainsi défini a permis d'ancrer la transformation du fonctionnement des cercles et la décentralisation. Il a constitué le fondement d'une réforme globale du système d'information sanitaire entreprise pour mieux faire correspondre celui-ci à la nouvelle politique définie.³⁶ Objectif ambitieux dont la réalisation était ardue : elle affectait des circuits et des traditions bien établies par de nombreux programmes et services nationaux.

ECHANGES ET COORDINATION

Le « mode d'emploi » pour la mise en oeuvre de la nouvelle politique était dévolu à l'initiative, la créativité et les négociations des acteurs. L'incertitude et le tâtonnement inévitable qui caractérisent une mise en oeuvre d'une telle envergure rendaient indispensable l'échange d'expériences et la concertation aux différents niveaux.

Le développement des outils et des méthodes pour le changement s'est fait avec la participation la plus large des cadres nationaux et régionaux et s'est nourri des expériences passées. Cette dynamique reconnaissait formellement une marge d'initiatives aux cadres régionaux pour tester et capitaliser les expériences, acceptant par la même occasion une diversité considérée

³⁶ UNICEF-Mali (1992) La situation des femmes et enfants au Mali. 50p. UNICEF. Van Lerberghe W, Coulibaly CO, Sidibe O & Franklin C (1995) Etat d'avancement de la réforme du système d'information (SIS) au Mali. Rapport de mission. 128p. Bamako: Projet Santé Population et Hydraulique Rurale - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

comme un enrichissement. Toutefois à chaque étape une harmonisation était recherchée. Cette manière de procéder a créé une solidarité de « pionniers », indépendamment du niveau auquel ils appartenaient (central, régional, cercle). Cette solidarité s'est bien accommodée d'une émulation saine entre régions. Chacun des acteurs a trouvé une satisfaction à l'élargissement de son champ d'actions et du nombre de nouveaux acteurs qu'il a pu impliquer (preuve indirecte de la crédibilité des choix et des méthodes). Cette solidarité ne s'est cependant jamais transformée en lobby fermé ou élitiste.

La mise en oeuvre d'un tel changement demande volonté politique et compétences, outils et de méthodes appropriés et l'implication avertie des acteurs et des bénéficiaires. Elle exige également des ressources.

On évoque généralement les partenaires extérieurs surtout pour la mobilisation des fonds. C'est certainement correct, mais la réalité est plus complexe. Les partenaires extérieurs ont ou peuvent avoir une influence à des degrés divers sur tous les autres facteurs favorisant ou défavorisant la mise en œuvre, dans sa globalité ou sur certains de ses aspects. Il était donc important pour le Ministère de la Santé de coordonner les appuis pour s'assurer de la conformité avec les stratégies de la nouvelle politique. Avec le PSPHR, le gouvernement du Mali disposait d'un outil puissant. Cofinancé par un ensemble de partenaires multilatéraux et bilatéraux, il pouvait impulser et stimuler une dynamique convergente.

Le Ministère de la Santé a organisé des réunions périodiques des bailleurs, parfois en présence du Ministre lui-même. Elles ont au début, concerné les partenaires directement impliqués dans le PSPHR (Banque Mondiale, UNICEF, FED, USAID, KFW, FAC). Elles se sont vite élargies à tous les partenaires du Ministère pour signifier clairement qu'il s'agissait de mettre en œuvre une politique nationale et non un « grand projet » parmi d'autres. Ce cadre formel a été indispensable pour clarifier les positions de chacun en présence de tous, et pour créer un environnement permettant d'avancer avec ceux qui exprimaient formellement leurs engagements. Il a permis aussi d'identifier la nécessité de poursuivre l'écoute et le dialogue par des rencontres plus restreintes ou moins formelles avec ceux qui disaient peu de choses dans ces réunions, mais exprimaient des critiques ou des préoccupations à d'autres occasions.

Dès que la dynamique de mise en œuvre a commencé, l'expression des critiques en provenance de certains partenaires extérieurs bilatéraux ou d'ONG est devenue plus forte. « Ce projet est celui de la Banque Mondiale, il a été imposé au pays. » « Avec autant de ressources financières, ce sera un éléphant blanc qui va tout casser sur son passage. » Ces interpellations traduisaient un

déficit d'information mais surtout l'inquiétude de partenaires insuffisamment associés aux étapes précédentes. Sur le contenu de la nouvelle politique, peu de critiques explicites étaient formulées, hormis parfois un scepticisme sur la viabilité de CSCOM dans certaines régions du Mali et l'incertitude franchement exprimée sur les chances de réussite de la réforme pharmaceutique. Il y avait par contre des inquiétudes réelles sur le devenir et la place des projets régionaux ou centraux gérés par les organismes bilatéraux et non gouvernementaux.

Les décisions prises pour faire face à la situation ont été: (i) de multiplier les réunions d'information avec les ONG, associations et les partenaires bilatéraux aux niveaux central et régional; (ii) d'accorder de manière explicite la priorité à chaque partenaire traditionnel d'un cercle ou d'une région pour contribuer, dans les limites de ses financements, à la mise en oeuvre de la nouvelle politique. Les financements du PSPHR seraient alors utilisées comme ressources additionnelles et complémentaires; et (iii) d'associer tous les partenaires, et leurs techniciens en particulier, à l'élaboration des outils de mise en oeuvre, à travers des commissions de travail et des ateliers régionaux et centraux.

Ces ouvertures réelles n'ont pas réglé partout et immédiatement les problèmes; elles ont toutefois créé le cadre adéquat à des évolutions positives. Les projets en cours largement engagés n'offraient pas toujours la flexibilité permettant leur adaptation aux nouvelles orientations. Certains techniciens expatriés ressentaient une frustration compréhensible lorsqu'il fallait réexaminer l'orientation du projet auquel souvent ils s'identifiaient très fortement. Du temps, du dialogue et la fermeté ont été nécessaires pour arriver à une convergence positive.

Les réunions périodiques d'échanges et d'information, organisées par la cellule de coordination du PSPHR, ont associé nombre de techniciens des partenaires extérieurs au Mali (responsables de projets, assistants techniques). Ces techniciens avaient un rôle propre qui ajoutait un maillon de plus dans les circuits de prise de décision des partenaires. Ce rôle propre répondait souvent plus à des logiques personnelles qu'institutionnelles. Il pouvait favoriser les choses mais aussi à l'occasion les compliquer. L'organisation de ces réunions a permis d'améliorer la compréhension des principaux problèmes techniques de mise en oeuvre, de rapprocher les points de vue, de respecter les différences, et surtout de minimiser les risques de blocages. Elles ont notamment rendu sans objet l'initiative de coordination des partenaires extérieurs initiée suite aux événements de mars 1991. La politique définie en décembre 1990 n'était pas contestée : le problème n'était pas de la réorienter, mais de la mettre en oeuvre.

Les acquis de la phase de mobilisation

La déclaration de la nouvelle politique datait du 15 décembre 1990. En 1992 la mise en oeuvre n'en était encore qu'au stade de mobilisation et d'expérimentation. Il y avait cependant déjà une série d'acquis importants.

La stratégie d'appui et de formation des régions aux cercles pour réunir les critères d'éligibilité était définie. Elle était différente de l'approche de la formation des formateurs en cascade, et mettait en relief l'importance de l'appui dans le cercle même, aux étapes principales de l'élaboration et de la mise en oeuvre du plan de développement sanitaire du cercle.

Le minimum que chaque CSCOM devait assurer dans de bonnes conditions d'accessibilité financière – les coûts à l'épisode curatif ne devant pas excéder 600 FCFA avant la dévaluation du FCFA³⁷ – avait été défini à travers la notion de Paquet Minimum d'Activités. La création du Groupement d'Intérêt Economique Santé pour Tous constituait un atout important dans la bataille pour la disponibilité des médicaments essentiels en DCI. Elle diminuait le risque de ralentissements ou d'impasses pour la poursuite de la création de CSCOM.

Les méthodes d'élaboration de la carte sanitaire étaient développées et partagées avec tous les cadres dans chaque région. Le principe de la négociation avec la population, sur la base des « cartes théoriques » permettait à la fois d'assurer la viabilité économique des CSCOM et le développement d'un dialogue de qualité entre le personnel soignant et la population.

Les débats sur la carte sanitaire et le PMA ont cependant fait ressortir des différences de logiques. Elles convergent vers deux positions principales: celle qui apparentait l'ASACO de plus en plus au privé lucratif, malgré la forme d'association à but non lucratif; et la logique décentralisatrice qui considérait l'ASACO comme une forme d'autonomie reconnue à une population bien définie pour s'organiser et gérer le CSCOM de son aire de santé dans le cadre d'une relation de partenariat avec l'Etat. Le développement du privé en tant

³⁷ Direction Nationale de la Santé Publique (1993-1996) Série de rapports de missions centrales conjointes (DNSP - PSPHR - UNICEF - Partenaires) de supervision des CSCOM/CSA dans les régions. Bamako: Direction Nationale de la Santé Publique - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Directions Régionales de la Santé et de l'Action Sociale de Bamako, Mopti, Segou, Kayes, Sikasso, Koulikoro, Mali (1993-1996) Etat d'avancement, études de cas, séries de notes techniques et de rapports de supervision des centres de santé de cercle et CSCOM/CSAR. Bamako: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Gouvernement de la République du Mali et UNICEF (1994) Programme Santé Mali - UNICEF. 92p. Bamako: Gouvernement de la République du Mali - UNICEF. Kegels G (1994) Paying for health instead of buying drugs: an experience from western Mali. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* 74, 149-160.

que composante à part entière du nouveau système de santé ne posait problème pour personne et devait concrétiser le pluralisme dans le système de la santé. Il avait cependant parfois tendance à se développer au sein même des secteurs publics et communautaires, plutôt que de développer son propre système.

La programmation unitaire par aire de l'amélioration de la qualité des soins et de l'extension de la couverture sanitaire était devenue un outil précieux dans un contexte où foisonnent les programmes gérés verticalement. L'implication insuffisante des responsables des programmes verticaux dans la dynamique rendait cependant difficile la nécessaire coordination des interventions du niveau central.

Les fréquents échanges formels et informels avaient généré un esprit positif de collaboration entre tous les acteurs et avec les techniciens des partenaires extérieurs. Cet esprit n'excluait pas les divergences, mais permettait de mieux les gérer.

Tableau 9. Acquis et problèmes de la stratégie de changement

Acquis	Problèmes
Stratégie d'appui aux cercles définie PMA défini	Confusion entre ASACO-CSCOM et privé lucratif
Création du groupement d'intérêt économique « Santé Pour Tous »	Lien et différence entre la logique associative et la logique décentralisatrice
Méthodologie pour élaborer la carte sanitaire, et pour l'utiliser comme outil de négociation	Implication insuffisante des responsables des programmes verticaux
Programmation unitaire par aire Esprit de collaboration	

1993-1995 : Les premières réalisations

Les plans de développement sanitaire de cercle

En octobre 1993 quatre régions (Kayes, Ségou, Mopti, Bamako) ont soumis les premiers plans de développement socio-sanitaire de cercle au comité de suivi du PSPHR pour financement. Les plans proposés présentaient autant de similitudes que de différences. Celles-ci étaient liées au contexte, mais aussi à la latitude créative laissée par le niveau central aux régions.

L'élaboration du plan de développement a été une occasion de formation pour l'équipe socio-sanitaire de chaque cercle concerné. Elle a permis aux acteurs d'apprendre à mener l'analyse de la situation sanitaire du cercle - inventaire et choix des problèmes prioritaires, inventaire des moyens et des stratégies disponibles ou mobilisables -, de discuter et faire choix des stratégies adéquates, de se familiariser avec l'organisation fonctionnelle du cercle, de faire l'apprentissage de l'élaboration de la carte sanitaire, de s'initier aux approches communautaires. L'équipe socio-sanitaire a pu ainsi s'exercer à la définition, l'organisation et la gestion du paquet minimum d'activités (particulièrement si le CSCOM test est réalisé) et des principes d'organisation de la référence et de l'appui de l'équipe de cercle.

La réalisation d'un premier CSCOM a représenté une occasion pour se familiariser dans un premier temps avec un outil de programmation et de budgétisation, et, par la suite, avec des outils de suivi et d'évaluation. Ce fut aussi une occasion de pratiquer la concertation et la négociation avec les populations et avec les partenaires locaux autour de l'adoption et de la mise en œuvre du plan. Enfin, cette réalisation a constitué également une opportunité de négocier avec les niveaux supérieurs et les partenaires extérieurs pour réunir les ressources nécessaires et les conditions favorables à la mise en œuvre.

Ces différents moments, au-delà de la diversité observée, ont été autant d'occasions d'apprentissage et également une occasion d'information pour tous les partenaires locaux.

Le processus était long, et ressenti comme tel : il pouvait durer de 12 à 19 mois (Figure 7). Il a effectivement atteint, dans les situations extrêmes, les limites de la pertinence. En réalité ce ne fut pas l'exercice lui-même qui prenait le plus de temps. Les négociations avec les partenaires locaux, la disponibilité limitée de l'appui régional et la charge de travail de routine faisaient que les équipes de cercle n'avaient que fort peu de temps pour la formulation et la finalisation du document du plan. En prenant en compte les négociations locales, l'élaboration du plan pouvait se faire en 6 à 9 mois. Le

temps réel exclusivement consacré au plan pour l'équipe de santé du cercle n'y comptait que pour 6 à 8 semaines.

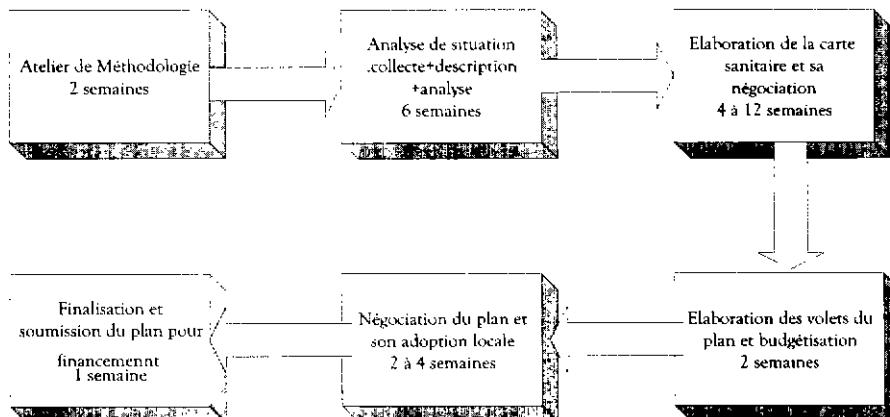
Certaines activités d'élaboration du plan n'avaient pas été budgétisées car elles ne demandent pas de déplacement. Souvent ce furent les moins motivantes pour les cadres locaux, et celles qui donnaient lieu à des retards importants. Dans les cercles où la carte d'extension de couverture et le premier CSCOM avaient déjà été réalisés, la finalisation du plan a été plus rapide : l'exercice devenait moins abstrait pour l'équipe de cercle puisqu'un élément essentiel du plan (le CSCOM) pouvait s'appuyer sur une expérience réelle.

Ces expériences ont permis par la suite d'alléger la collecte initiale et de l'orienter davantage vers la recherche d'informations pertinentes pour l'intervention des services de santé. On a ainsi évité le glissement vers d'interminables monographies.

L'élaboration des plans n'allait pas sans critiques : « *A quoi serviront tous ces efforts d'élaboration des plans? Il faut laisser l'initiative se développer et ne pas l'étouffer par des plans lourds et irréalisables.* » « *Les financements pour les plans ne profitent en rien à la population, cela produit des documents qui peuvent rester sans suite.* » Ces critiques ont eu le mérite, non pas de remettre en cause la pertinence de ces plans de développement décentralisé du cercle, mais de pousser l'exercice vers plus de pragmatisme, et de relativiser l'importance du document de plan par rapport à la mise en œuvre effective. Outre la mise en évidence de différences de sensibilité, le débat était aussi marqué par le positionnement des responsables chargés de la planification au sein du Ministère de la Santé. En tout cas, le plan n'était pas une fin en soi ou l'apanage du spécialiste, mais un outil pour aider les acteurs du changement à réaliser leurs objectifs.

Après-coup, on a pu constater que les paris stratégiques se sont avérés corrects. Les stratégies d'appui ont effectivement essayé de concilier la maîtrise par les cadres régionaux des outils et méthodes développés, la formation des équipes de santé de cercle à leur utilisation et le renforcement de l'interaction entre les partenaires et les équipes de santé. A chaque occasion les équipes de cercles et les équipes régionales ont montré une maîtrise réelle, confirmant ainsi l'appropriation des méthodes proposées. Les cartes sanitaires réalisées illustrent bien les avantages et les inconvénients des méthodes utilisées. Elles ont souvent été, pour les médecins, une première occasion de prendre connaissance, directement et en profondeur, des spécificités de leur cercle. Ils ont ainsi eu l'opportunité d'échanger avec les populations en dehors des consultations ou des séances d'éducation sanitaire.

Figure 7 :Etapes de l'élaboration d'un plan de développement sanitaire de cercle



Les premiers Centres de Santé Communautaires

Au début de l'année 1993 le Mali comptait déjà de nombreuses expériences de CSCOM à Bamako, dans la région de Kayes et dans la région de Sikasso. Ces premières générations de CSCOM ont eu le grand mérite d'avoir montré qu'il y avait effectivement un espace, en dehors des structures étatiques, où l'initiative pouvait aller à la rencontre d'une demande non satisfaite. Au-delà de la controverse qui a entouré le caractère communautaire de ces initiatives, la réalité est qu'il n'y avait pas, parmi ces CSCOM, d'exemple qui combinait tous les éléments qu'on voulait y retrouver: une responsabilisation effective de la population d'une aire définie, un PMA satisfaisant, une autonomie de gestion effective, et une relation de partenariat avec les services publics de l'échelon supérieur.

C'est en partant des acquis et des enseignements tirés des expériences passées que les premiers modèles, les «CSCOM tests» ont été développés. Ils l'ont été dans un contexte où il fallait prendre acte de la volonté du gouvernement d'encourager la création de CSCOM dans le cadre d'une relation de partenariat. Dans cette perspective, des avantages importants étaient consentis par l'Etat aux Associations de Santé Communautaires (Tableau 10). En contrepartie, l'ASACO devait s'engager à ce que le CSCOM assure toutes les activités du PMA pour la population de l'aire de santé, et à gérer avec rigueur et efficience le CSCOM. Ainsi les premières réalisations de CSCOM tests, en premier lieu le CSCOM de Dougouolo (cercle de Bla), suivi de celui de Gué-

téma (Nioro) et de Gagna (Djenné), ont traduit dans le concret ces principes.³⁸

Tableau 10. Les avantages consentis par l'Etat aux ASACO

-
- ✓ cofinancement des travaux de génie civil
 - ✓ financement de l'équipement
 - ✓ financement de la dotation initiale des médicaments
 - ✓ financement de la formation initiale
 - ✓ fournitures des vaccins, contraceptifs et traitements spécifiques dans les mêmes conditions que pour les centres de santé étatiques
 - ✓ appui technique par l'équipe de santé de cercle
 - ✓ exonération des revenus de l'Association de Santé Communautaire des taxes et impôts pour les activités du centre de santé
 - ✓ contribution aux amortissements des équipements
-

L'APPROCHE COMMUNAUTAIRE : FRAYER UN CHEMIN A LA NEGOCIATION

Pour les premiers CSCOM, on ne disposait pas d'un « mode d'emploi » explicite adopté par le niveau central pour approcher la communauté. Il y avait des orientations générales basées sur les expériences du passé. « L'étude du milieu » a, dans tous les cas, été considérée comme nécessaire, mais son importance variait selon les interlocuteurs. Selon certaines propositions, il fallait faire des recherches « scientifiques » sociologiques et anthropologiques dans chaque aire avant d'entreprendre quoi que ce soit. Ceux qui ont entrepris un travail de cette ampleur n'ont pas, pour autant, apporté davantage de certitudes pour les décisions à prendre.

Le manque de compétences pour initier une approche communautaire était certain, mais on considérait que l'équipe de cercle comptait en son sein un technicien du développement communautaire ayant le profil requis pour cette mission. Devant les difficultés à parvenir à un accord explicite sur le contenu d'une éventuelle formation et sur la démarche officielle à suivre, latitude a été laissée aux équipes régionales d'initier les premières expérien-

³⁸ Directions Régionales de la Santé et de l'Action Sociale de Bamako, Mopti, Segou, Kayes, Sikasso, Koulikoro, Mali (1993-1996) Etat d'avancement, études de cas, séries de notes techniques et de rapports de supervision des centres de santé de cercle et CSCOM/CSAR. Bamako: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Magassa N, Dembele R, Guindo I et al. (1995) Etude de cas: le centre de santé communautaire de Dougouolo; 22 mois de fonctionnement. 25p. Séguo: Direction Régionale de l'Action Sociale. Samake S, Dakono G & Guidetti F (1995) Etude de cas du CSCOM de Monzombala. Rapport. Koulikoro: Direction Régionale de la Santé.

ces. Plus tard, en juillet 1994, les premières expériences ont été soumis à un examen critique. L'évaluation des différentes approches régionales était positive et a conforté dans leur diversité, la pertinence des expériences restituées.³⁹

L'approche communautaire devint en fin de compte plus pragmatique (Tableau 11). Un minimum d'informations préalables devaient être recueillies auprès des personnes-ressource locales et régionales. Elles étaient complétées au fur et à mesure que se développaient les contacts entre l'équipe du cercle (médecin, technicien de développement communautaire, technicien sanitaire) et les différents villages ou quartiers. En réalité, sur beaucoup d'aspects, les informations ont été collectées à l'étape de description de la situation du cercle et utilisées au cours de l'étape d'élaboration de la carte théorique d'extension de couverture.

A quelques exceptions près, l'initiative spontanée pour créer un service moderne de soins était rare. Il y avait généralement l'impulsion de l'administration ou d'un partenaire extérieur, ou, comme ce fut le cas à Bamako, de médecins en quête d'emploi. L'initiative pour créer les premiers CSCOM était en général suscitée par l'équipe de cercle sur des bases totalement nouvelles par rapport au passé.

Tableau 11. *Eléments et étapes de l'approche des communautés*

-
- ✓ Etude de faisabilité préalable du CSCOM à créer;
 - ✓ Informations aussi complètes que possible sur les opportunités qu'offre la nouvelle politique sectorielle: relation de partenariat pour résoudre les problèmes de santé et nécessité de regroupement de villages ou parfois de quartiers pour assurer viabilité et performance technique adéquates;
 - ✓ Information de tous les villages ou quartiers de l'aire;
 - ✓ Temps suffisant aux concertations intra-villages et inter-villages avant l'obtention de leur accord de principe et vérification dans chacun des villages;
 - ✓ Elargissement des contacts et des discussions au-delà du chef de village et des conseillers (chefs de familles, femmes, jeunes, etc...);
 - ✓ Dès que la grande majorité des villages manifeste son engagement, appui à la constitution d'une association de santé communautaire (statuts, règlement intérieur, assemblée constitutive, élection du conseil et du comité, récépissé légal auprès des autorités administratives);
 - ✓ Négociation de la convention avec spécification des engagements de chaque partie pour la création et le fonctionnement du CSCOM;
 - ✓ Exécution des engagements de chaque partie et création du CSCOM.
-

³⁹ Direction Nationale de l'Action Sociale (1995) La participation communautaire dans la zone d'intervention du PSPHR : rapports d'étape de l'évaluation du processus d'animation pour la mise en place des CSCOM. Rapport d'atelier. 72p. Bamako: Direction Nationale de l'Action Sociale.

Ces principes ne se sont imposés de façon effective à tous qu'après l'adoption d'un arrêté interministériel⁴⁰ et la restauration de l'autorité de l'Etat suite aux changements politiques de mars 1991.

Le processus avait une durée très variable, rarement moins de 9 mois. Lorsque des travaux de génie civil étaient nécessaires la durée pouvait être plus longue. La collecte des contributions de la population devenait alors plus difficile, et la gestion des travaux de construction provoquait des délais inhérents à une certaine centralisation persistante pour ce volet (Figure 8). Quelquefois il a fallu prendre une décision d'engagement alors qu'un ou deux villages réservaient encore leur adhésion; à d'autres moments, c'est la carte qui a été modifiée pour prendre en compte une dynamique qui s'était dégagée - adhésions de villages, défections de villages exprimant leur souhait d'appartenance à une autre aire.⁴¹

Les réserves résultaient le plus souvent de situations en relation avec le site d'implantation du CSCOM. Elles provenaient soit du village rival de celui du site d'implantation choisi, soit d'un village relativement important et éloigné du site choisi d'implantation du CSCOM. Comme il n'y a pas de solution miracle permettant de satisfaire tout le monde, des critères bien définis ont systématiquement été soumis à discussion. Cela a contribué à amoindrir la frustration des villages réfractaires et a permis de laisser des ouvertures pour leur adhésion future.

Ceci a effectivement été vérifié dans la mesure où certains villages ont fini par adhérer. Mais les cas de villages qui après une adhésion initiale ont décidé de se retirer existent aussi. Ce fut le cas, par exemple, dans l'aire de santé de Dougouolo où un village important a dénoncé sa propre adhésion dans l'espoir de réaliser son propre CSCOM avec l'appui d'une ONG. Dans de telles situations, les ONG n'ont pas toujours eu un comportement exempt de tout reproche, l'effort de rationalisation recherché étant considéré comme un obstacle administratif l'empêchant de concrétiser une réalisation dans un village choisi par l'ONG. Une trop grande souplesse pour les modifications de la carte après les engagements aurait rendu fragile l'effort de rationalisation et aurait constitué une menace pour la survie des CSCOM fonctionnels.

Les premières approches ont montré qu'il était possible de nouer un dia-

⁴⁰ Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées - Ministère des Finances et du Commerce (1995) Arrêté interministériel n°95-0609/MSSPA-MFC fixant la liste des médicaments essentiels en dénomination commune internationale (DCI). 15p. Bamako: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées - Ministère des Finances et du Commerce.

⁴¹ Samake S, Dakono G. & Guidetti F (1997) La carte sanitaire: outil de négociation pour le développement sanitaire? In: Brunet-Jailly E (éd) Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest. 73-84. Paris: Editions Karthala.

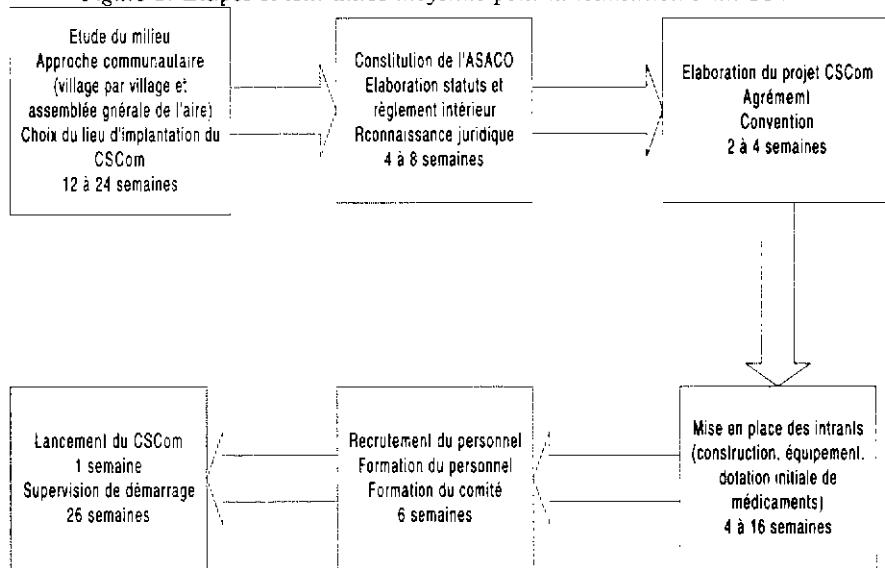
logue fructueux entre les équipes de santé et la population et d'initier une approche dans une logique de négociation, sans se perdre ou se noyer dans d'interminables études spécialisées. Le point de départ était clair. Il s'agissait de proposer à la population, sur la base d'une relation de partenaire, de participer à la gestion de ses problèmes de santé et d'utiliser à cette fin la carte sanitaire comme un outil pour la négociation et le regroupement de villages permettant la création d'un CSCOM viable. Ce faisant, une dynamique inter-villageoise, non imposée par l'administration, était initiée avec ses promesses de nouvelles solidarités actives dans un cadre qui ne se limitait pas à un seul village.

LANCER UN CSCOM

Bien que bénéficiant de l'analyse critique des expériences passées et des méthodes et outils dorénavant disponibles (PMA défini, liste équipement standard, champ de la formation initiale délimité), le « mode d'emploi » détaillé pour le lancement des CSCOM était à inventer. La crainte de mal faire ou de décevoir les attentes multiples a parfois inhibé l'initiative.

La Figure 8 illustre les étapes successives de la création d'un CSCOM : la durée varie entre 29 et 59 semaines.

Figure 8. Etapes et leur durée moyenne pour la réalisation d'un CSCOM



LES PERFORMANCES

Les performances réalisées par les premiers CSCOM ont fait la différence avec ce qui existait auparavant dans les services de premier échelon au Mali. Tant sur le plan de la qualité et de la couverture des soins que sur celui de l'organisation et de la gestion des centres de santé, il y avait de nettes améliorations. Les insuffisances – et les contraintes – étaient évidentes, mais la démonstration était faite que des progrès importants étaient possibles.

Il y a trois types d'activités (consultation curative, consultation prénatale, vaccination des enfants de moins de un an) qui ont pu être évaluées avant et après la transformation de l'aire de santé. Les différences étaient manifestes, aussi bien dans les aires bénéficiant de la création d'un CSCOM (Figure 9) que dans les aires ayant bénéficié de la 'révitalisation' de leur CSA⁴² préexistant (Figure 10). Le contraste est évidemment plus important dans l'aire de santé de Mozambala vu qu'auparavant elle était dépourvue de centre de santé. Avant la création du CSCOM les prestations y étaient assurées par un centre de santé d'arrondissement distant d'une quinzaine de km.

LA GAMME DU PAQUET MINIMUM D'ACTIVITES. Si la gamme proposée comprenait nécessairement un ensemble d'activités curatives, préventives et promotionnelles, force est de constater qu'elle était minimale: outre la prise en charge des affections courantes ou prioritaires (paludisme, infections respiratoires aigües, diarrhée), une consultation intégrée du nourrisson était organisée (suivi nutritionnel, supplémentation de vitamine A, vaccination et promotion de l'espacement des naissances pour les mères). Accouchements normaux, consultation prénatale et planification familiale étaient également assurés. Par contre, les maladies sexuellement transmissibles n'avaient pas encore bénéficié d'un appui adéquat, et la prise en charge des maladies chroniques n'était que peu ou pas développée en dehors des programmes verticaux déjà existants (lèpre, tuberculose...).

La formation de base du personnel de santé était inadaptée, peu homogène et généralement faible, elle rendait peu réaliste toute progression ambitieuse et rapide du développement du contenu du PMA au cours des formations initiales précédant le lancement des nouveaux CSCOM.

⁴² Comme nous le verrons plus loin, il y a des aires où il était préférable de transformer ('révitaliser') le Centre de Santé d'Arrondissement plutôt que de créer un nouveau CSCOM.

Figure 9. Performances dans l'aire de santé de Mozambala avant et après la création du CSCOM (taux d'utilisation et taux de couverture)

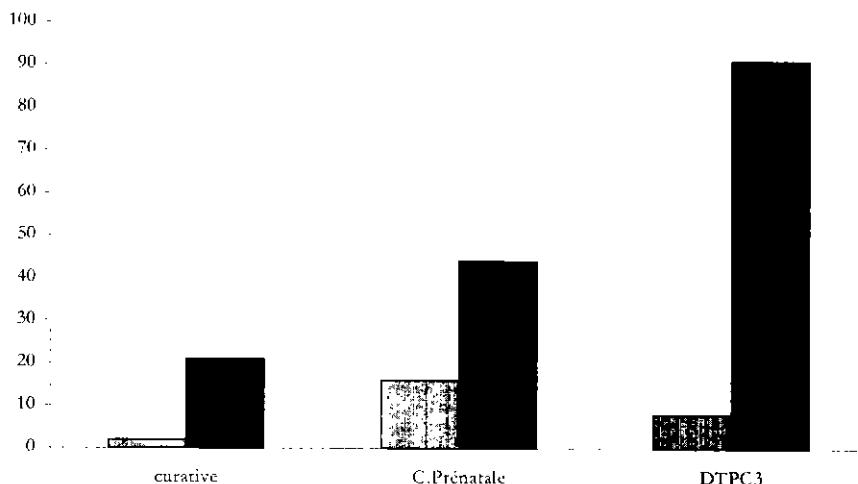
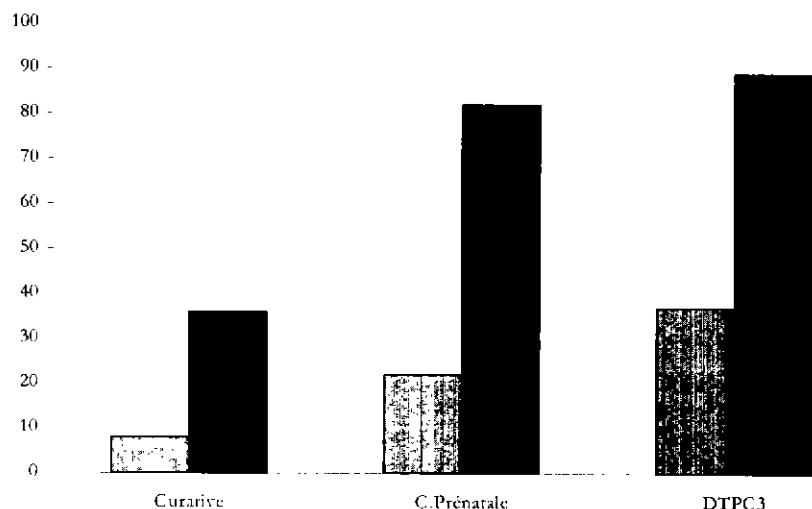


Figure 10. Performances dans l'aire de santé du CSA de Kalabankoro avant et après la 'révitalisation' (taux d'utilisation et taux de couverture)



QUALITE DES SOINS CURATIFS. Les supervisions ont montré que les formations initiales avaient eu leur effet.⁴³ La prescription des médicaments s'est améliorée. La proportion de prescriptions d'injectables, naguère quasi systématiques, a été réduite à 5 à 10% des ordonnances. Dans plus de trois cas sur quatre les ordonnances comptaient trois médicaments ou moins. Les ordinogrammes semblaient être correctement utilisés dans plus de 90% des cas. La diversité et la précision des diagnostics restaient pourtant faibles.⁴⁴ Le taux de référence rarement supérieur à 1% suggère que les infirmiers n'évacuaient que les cas d'urgence patente et ne référaient que rarement les cas par anticipation.

ORGANISATION ET MICROPLANIFICATION DES ACTIVITES. Tous les CSCOM disposaient d'une microplanification et d'un calendrier pour les activités du centre et les activités itinérantes dans les villages. Le microplan était arrêté avec l'ASACO; les villageois étaient dorénavant informés du jour de la visite de l'infirmier à leur village.

Le tableau de bord permettait de visualiser la progression vers les objectifs et des supports appropriés permettaient de restituer à l'ASACO les couvertures de certaines activités par village pour rendre moins abstraites les discussions sur la participation des villages aux différentes activités du centre.

Une innovation majeure par rapport aux anciennes 'stratégies avancées' était que l'infirmier assurait lui-même cette activité. Auparavant elle était laissée à des aides soignants peu qualifiés et ne disposant ni de la crédibilité, ni de la compétence nécessaires pour développer des activités promotionnelles dans les villages.

Les visites périodiques de l'infirmier ont non seulement permis d'améliorer l'offre de prestations dans les villages (vaccination, suivi nutritionnel, supplémentation de vitamine A, suivi grossesses à risque, continuité des soins, mais elles renforçaient également la solidarité et le sentiment d'appartenance des villages à l'aire de santé. Ainsi à Guétéma les villages ont cotisé puis renouvelé avant l'échéance, leur cotisations pour assurer le financement des activités itinérantes.

Dans d'autres aires de santé comptant un nombre élevé de villages et

⁴³ Direction Nationale de la Santé Publique (1993-1996) Série de rapports de missions centrales conjointes (DNSP - PSPHR - UNICEF - Partenaires) de supervision des CSCOM/CSA dans les régions. Bamako: Direction Nationale de la Santé Publique - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

⁴⁴ de Champeaux A, Hours B, Maiga M, Simpara CAT & Stroobant A (1994) Evaluation à mi parcours du PSPHR. 5-23 décembre 1994. Rapport d'évaluation. 144p. Bamako: Projet Santé Population et Hydraulique Rurale.

hameaux (Monzombala), les discussions étaient particulièrement animées lorsqu'il fallait arrêter un calendrier de visites compatible avec une permanence acceptable au centre de santé. Tous les villages, quelle que soit leur taille, réclamaient une visite mensuelle de l'infirmier. A Dougouolo, une enquête⁴⁵ a révélé que dans les petits villages éloignés la population était souvent mieux informée sur les activités du centre que la population vivant à proximité de celui-ci. Le phénomène trouverait son explication dans le fait que la visite périodique de l'infirmier au village constituait un véritable événement social pour la population. Il est même probable que cette activité contribuait à une meilleure fréquentation du CSCOM.

FREQUENTATIONS ET COUVERTURES REALISEES. Les performances réalisées étaient très encourageantes. Les couvertures par les activités préventives dans les aires de santé de CSCOM étaient bonnes, voir très bonnes dès la première année d'activités. Les couvertures vaccinales pour les enfants de 0 à 11 mois ont atteint et dépassé 80% dans de nombreux CSCOM et CSA revitalisés - et cela en autofinançant les coûts locaux.

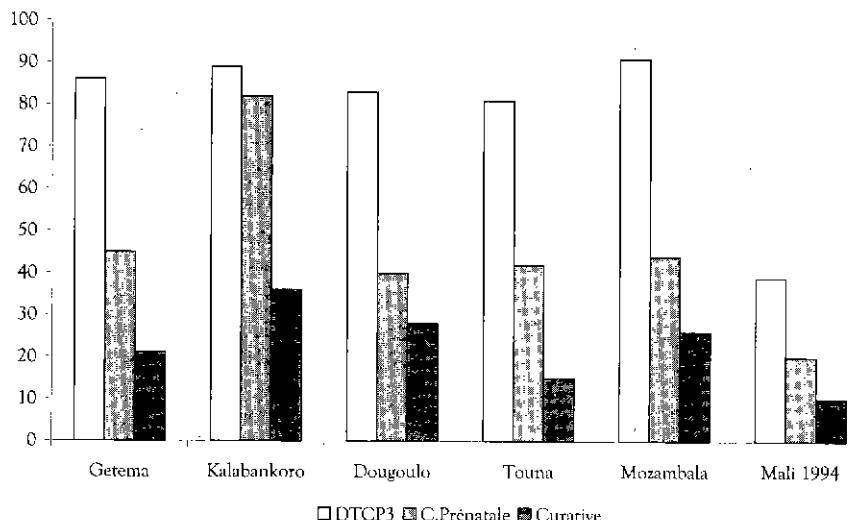
La Figure 11 montre des couvertures bonnes ou très bonnes pour les consultations prénatales et pour la vaccination des enfants de moins d'un an (DTCP3) dans des CSCOM qui ont plus d'une année d'activité. Les couvertures prénatales restaient nettement moins élevées en milieu rural qu'en milieu périurbain (dans de nombreux CSCOM la consultation prénatale ne faisait pas partie des activités itinérantes de l'infirmier).

L'utilisation des consultations curatives était nettement plus élevée que les moyennes réalisées au Mali, mais elle restait faible, souvent comprise entre 0.2 et 0.3 nouveaux cas par habitant et par an. Les centres avec un personnel alliant compétences cliniques et bonnes relations avec la population réalisaient souvent les meilleures performances.⁴⁶

⁴⁵Barret N, Magassa N, Clarisse G & El Abassi A (1994) Evaluation de la dynamique liée à l'existence des Centres de Santé Communautaires; constats et enjeux. Rapport d'étude. 23p. Bamako: UNICEF.

⁴⁶ Direction Nationale de la Santé Publique (1993-1996) Série de rapports de missions centrales conjointes (DNSP - PSPHR - UNICEF - Partenaires) de supervision des CSCOM/CSA dans les régions. Bamako: Direction Nationale de la Santé Publique - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

Figure 11. Performances des CSCOM après une année de fonctionnement (taux de couverture et taux d'utilisation)



En milieu rural l'accessibilité géographique influençait fortement l'utilisation du centre de santé. L'utilisation de la consultation curative par la population des villages où est implanté un CSCOM ou vivant à proximité de celui-ci était nettement plus importante - 0.8 voir 1 nouveau cas par habitant et par an - que pour la population vivant loin du centre. Les bonnes performances de certaines activités préventives (vaccination en particulier), ont été possibles grâce aux activités itinérantes de l'infirmier dans les villages de l'aire. Mais cette stratégie de visite périodique et planifiée de l'infirmier aux villages ne pouvait suppléer le facteur distance pour répondre aux besoins de soins curatifs et augmenter leur utilisation dans le centre de santé.

En milieu urbain la fréquentation de la consultation curative des CSCOM restait également très modeste, souvent inférieure à 0.2 nouveaux cas par habitant. D'autres facteurs y interviennent (Tableau 12), notamment la multiplicité de l'offre formelle et informelle qui prévaut en ville. Dans une commune de Bamako en 1994 quatre recours aux soins modernes sur cinq s'adressaient au secteur informel.⁴⁷

⁴⁷ Ba SA, Ba SR & de Béthune X (1997) Comment se soigne-t-on en ville. In: Brunet-Jarry E (éd) Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest. 41-51. Paris: Editions Karthala.

LES REACTIONS

La mise en place du PMA avec gestion communautaire a indiscutablement amélioré la performance de la couverture sanitaire, tout en renforçant l'autonomie pour le fonctionnement courant. Les discussions suite aux premières réalisations ont été marquées par des attitudes contradictoires:

- enthousiasme et motivation accrues des acteurs des réalisations et une plus grande confiance et détermination à aller de l'avant;
- appréciation positive par certains partenaires extérieurs mais non sans scepticisme sur la reproductibilité de ces premiers essais;
- recherche systématique de points faibles par d'autres parties.

Les critiques se sont focalisées sur: l'incapacité des communautés à gérer sérieusement le centre; l'impossibilité à autofinancer les coûts récurrents et en particulier la stratégie avancée; l'appui particulier dont ont bénéficié les premières expériences dans chaque région et qui rend ces exemples non reproductibles; les écarts par rapport à l'organisation et aux procédures en usage dans le cadre des programmes verticaux (particulièrement les supports).

Ces critiques n'ont pas pris en compte le fait qu'il s'agissait du début d'un processus qui devait se poursuivre pour réaliser tous les objectifs du changement. C'était particulièrement vrai pour le développement des capacités des ASACO, où il fallait capitaliser les expériences et diffuser les résultats. Plusieurs mois, voire une année, après les premiers lancements de CSCOM, les critiques ont été relativisées et marginalisées.

L'appui clair et réitéré du niveau central à ces premières expériences a certainement aidé à calmer les appréhensions. Cet appui voulait également dire que les procédures en usage dans les centres de santé existants n'étaient pas à considérer comme des contraintes absolues. Cela a permis de préserver et développer les nouveaux supports et méthodes compatibles avec une gestion intégrée du PMA, malgré les objections et réserves de responsables de programmes nationaux.

De toute façon, la différence entre les résultats de ces premières expériences et la situation antérieure était manifeste. Les ASACO et les cadres régionaux ont expliqué et défendu avec enthousiasme leurs expériences. Il étaient les mieux placés pour faire la comparaison avec ce qui existait avant et non pas avec des utopies jamais réalisées. L'amélioration continue de la qualité des soins, de la couverture par les activités préventives et des capacités gestionnaires de l'infirmier et de l'ASACO ont mis en exergue le fait que la maîtrise de l'outil CSCOM par tous est un processus qui demande du temps et de la persévérance.

Par rapport aux hypothèses et décisions de l'étape de mise au point d'une stratégie pour le changement, on avait considérablement avancé: (i) il

s'était effectivement avéré possible de mettre en place d'emblée la gamme du PMA et d'en assurer une gestion locale acceptable; (ii) la qualité des prestations et les performances de couvertures préventives s'améliorent rapidement suffisamment pour faire la différence avec les centres de santé classiques; (iii) les centres de santé ruraux considéraient les activités itinérantes de l'infirmier comme essentielles pour conforter le sentiment d'appropriation du CSCOM par les villages éloignés, et ce malgré les surcoûts; et (iv) l'inadéquation de la formation de base des infirmiers marquent les limites des progrès observés pour la qualité des prestations, notamment de la consultation curative. La durée forcément limitée de la formation initiale pour le lancement du CSCOM ne peut être qu'une réponse partielle à ce problème.

La « revitalisation » des Centres de Santé d'Arrondissement

Avant l'apparition des CSCOM, le réseau de soins primaires était constitué par les Centres de Santé d'Arrondissement (CSA). Il y en avait 286, soit un par arrondissement administratif. En général ces CSA étaient dirigés par un infirmier diplômé, fonctionnaire de l'Etat. Ils comptaient deux agents ou plus. Les aides-soignants et les matrones qui y étaient rattachés étaient le plus souvent pris en charge par le Comité Local de Développement. Un CSA desservait entre 30.000 et 60.000 habitants. Théoriquement, il avait la charge de superviser les structures et activités sanitaires du niveau villageois ; en pratique il n'en avait pas les moyens et ne le faisait pas.

Le débat sur ces centres de l'Etat tournait autour d'une série de questions posées avec inquiétude et parfois gravité par de nombreux cadres de tous les niveaux. Ce sont les seules structures par lesquelles l'Etat manifeste sa présence dans le secteur sanitaire au-delà des chefs lieux de cercles. Faudra-t-il poursuivre aussi loin le désengagement ? Dans le cadre de l'Initiative de Bamako la revitalisation de ces centres était envisagée; la responsabilisation de la population devait-elle être effective pour la gestion du seul médicament (dépôt communautaire) ou pour la gestion globale du centre de santé ? Aurons-nous deux façons différentes de voir l'organisation des populations pour la gestion des centres de santé de premier échelon: CSCOM-CSA ? Est-il possible de transformer un CSA en CSCOM ? Quelle sera la relation entre l'infirmier fonctionnaire et l'association de santé communautaire ? Le CSA a-t-il des responsabilités au-delà de l'aire de santé qui sera en définitive la sienne. Qui va assurer les prestations préventives pour le reste de l'Arrondissement, si le CSA est transformé en CSCOM ? L'Etat doit-il retirer son personnel dès qu'un CSA est géré par une ASACO ?

Les décisions partaient d'une série de principes. Tout d'abord, qu'il s'agisse de CSCOM ou CSA, le premier échelon doit assurer le PMA et référer

directement au centre de santé de cercle. Cela permettait d'éviter une relation artificielle de type hiérarchique entre CSCOM et CSA. Ensuite, on s'attendait à ce que les populations s'organisent, dans tous les cas, pour assurer la gestion globale du centre de santé et pas seulement d'un dépôt de médicaments, comme cela avait été envisagé au début de la mise en oeuvre de l'Initiative de Bamako. Finalement, la carte sanitaire servirait de base à l'organisation de l'approche communautaire et la conduite des négociations; elle ne ferait pas de différences entre aire à CSA ou aire à CSCOM, ni sur les principes, ni sur les méthodes.

Pour qu'un CSA commence à travailler de cette façon là, il fallait le 'revitaliser'. On aurait ainsi côté à côté des CSCOM et CSA revitalisés (des 'CSAR'), travaillant selon les nouveaux principes, et des CSA non (encore) 'revitalisés' fonctionnant (mal) comme auparavant. Durant une période de transition plus ou moins longue, le réseau de CSA devait continuer à assurer la couverture des aires non encore couvertes par des CSCOM. L'Etat, pendant toute cette période maintiendrait les appuis qu'il accordait aux CSA.

En réalité ce sont les premières expériences de revitalisation, et en particulier celle de Touna en 1993,⁴⁸ qui ont permis au débat de se débloquer et d'évoluer vers les propositions concrètes. La revitalisation du CSA de Touna a suivi la même démarche, en tous points, que celle de la création de CSCOM. Les populations des villages constituant l'aire de santé se sont organisées en ASACO et ont cotisé pour participer à l'effort d'investissement initial. L'infirmier fonctionnaire de l'Etat dirigeait techniquement le centre. Il veillait à ce que les activités préventives continuent pour les villages de l'arrondissement en dehors de l'aire (grâce à des financements en provenance du cercle), et rendait compte au comité pour la gestion du centre et l'évaluation des activités pour les villages de l'aire de santé.

Les débuts de la cohabitation ne furent pas facile. Le comité n'invitait pas l'infirmier aux réunions périodiques de l'ASACO, mais s'entretenait avec lui avant et après la réunion. Le comité voulait s'assurer qu'il détenait un pouvoir réel. L'infirmier, déstabilisé, constatait que le président du comité était devenu l'interlocuteur privilégié du médecin chef pour la gestion globale du centre. C'est seulement six mois plus tard que le comité a invité l'infirmier à assister régulièrement aux réunions.⁴⁹

⁴⁸ Directions Régionales de la Santé et de l'Action Sociale de Bamako, Mopti, Segou, Kayes, Sikasso, Koulikoro, Mali (1993-1996) Etat d'avancement, études de cas, séries de notes techniques et de rapports de supervision des centres de santé de cercle et CSCOM/CSAR. Bamako: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

⁴⁹ Direction Nationale de la Santé Publique (1993-1996) Série de rapports de mis-

Si une population avec un CSCOM bénéficie, en principe, du même paquet de soins, un problème reste posé, celui de l'équité entre aires de santé. Celles avec CSCOM doivent payer les salaires du personnel et celles avec CSA bénéficient d'un infirmier payé par l'Etat. A moyen terme ce problème devait trouver sa solution dans une répartition des appuis dont dispose chaque cercle. Une alternative aurait été un redéploiement de tous les personnels au profit du Centre de Santé de Cercle, le niveau de référence. Ainsi les CSAR n'auraient plus été avantagés. Cela aurait cependant rendu encore plus difficile la situation des aires dont la viabilité n'était pas assurée.

En tout cas chacun était conscient que la revitalisation des CSA, malgré l'unicité des principes et des méthodes qu'elle partageait avec les CSCOM, s'en distinguait par : (i) l'histoire de la relation qu'avait la population avec ce centre de l'Etat; (ii) le fait que le centre était dirigé par un fonctionnaire de l'Etat qui devait apprendre à rendre compte à une ASACO et accepter les changements dans son profil de poste (en particulier les visites périodiques aux villages); (iii) le fait que l'effort d'investissement de la population y était moins important que pour les CSCOM, et qu'on y était moins sûr du degré d'appropriation.

Ces principes n'ont commencé à faire l'unanimité qu'à partir de début 1994. Par la suite, le nombre de 'revitalisations' a commencé à s'accroître rapidement dans les régions.

Les problèmes spécifiques au contexte urbain

Vingt pour-cent de la population malienne vit en milieu urbain. La capitale Bamako constitue le grand marché de la santé du Mali, concentrant 75% des dépenses de santé. Les grands hôpitaux de la capitale relèvent directement du niveau central. Les pouvoirs centraux et les missions des partenaires extérieurs sont si présents qu'il est difficile à une Direction Régionale de la Santé de faire prévaloir les attributions qui lui sont théoriquement dévolues.

Il est clair que les spécificités du milieu urbain telles qu'elles apparaissent dans le Tableau 12 ont influencé la dynamique de mise en oeuvre à Bamako et ont fortement alimenté le débat au niveau national. Il faudrait ajouter à ce tableau le fait qu'à Bamako les communes ont des maires élus tandis qu'en milieu rural il n'y a pas d'équivalent, les communes rurales projetées n'étant pas encore créées.

Les initiatives de création de CSCOM à Bamako avaient commencé de-

sions centrales conjointes (DNSP - PSPHR - UNICEF - Partenaires) de supervision des CSCOM/CSA dans les régions. Bamako: Direction Nationale de la Santé Publique - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

puis 1989⁵⁰, bien avant la définition du cadre pour le secteur communautaire par le Ministère de la Santé en 1994. Souvent à l'initiative de médecins que le secteur public était incapable de l'absorber, les créations de CSCOM se sont développées à l'insu de la direction régionale, à peine invitée pour les inaugurations. Les médecins des CSCOM urbains avaient tendance de développer autre mesure le plateau technique. Il faut dire que les offres d'appui et les dons en provenance d'ONG étaient nombreuses.

Le risque d'un sur-développement technologique était qu'il pouvait réduire l'accessibilité financière des prestations pour les populations. D'autre part, la transposition automatique et rigide dans le milieu urbain du modèle de santé à deux échelons, tel qu'il a été développé en milieu rural, n'est pas sans risque et de fait difficile à mettre en oeuvre.

Les plans de développement socio-sanitaire des communes de Bamako n'ont pas retenu la nécessité de développer un plateaux de référence dans chaque commune : il y avait déjà trois hôpitaux pour servir de premier recours pour les six communes de la capitale. La mission d'une équipe de santé dépourvue de plateau technique de référence était forcément différente de celle des équipes rurales des Centres de Santé de Cercle.

⁵⁰ Ag Iknane A, Sangho H, Diwara A (1997) Inventer une médecine de quartier: L'expérience de Bamako. In: Brunet-Jailly E (éd) Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest. 137-152. Paris: Editions Karthala.

Tableau 12. Caractéristiques des systèmes de santé
en milieu rural et en milieu urbain

Milieu rural	Milieu urbain
POPULATION	
Organisation traditionnelle. Généralement stable. Population dispersée.	Organisation hybride: moderne et traditionnelle; accroissement rapide et concentration. Mobilité. Conditions de vie précaires pour des franges importantes. Délinquance, prostitution et comportements à risques
PARTICIPATION COMMUNAUTAIRE	
Repose plutôt sur l'organisation traditionnelle. Peu de capacités gestionnaires. Initiatives difficiles sans l'appui de l'administration ou de partenaires extérieurs	Combinaison de formes modernes et traditionnelles de participation. Présence de cadres et d'intellectuels. Initiatives possibles avec peu ou pas d'appui de l'administration. Organisation et dynamique volatiles.
CARTE SANITAIRE	
Regroupement stable de villages. La négociation pose des problèmes logistiques pour des contacts multiples et périodiques	Aires par quartiers et carte liée au développement urbain. La négociation pose moins de problèmes de logistique que de calendrier (soir, jours fériés)
MOBILISATION DES RESSOURCES	
Ressources humaines qualifiées rares. Ressources financières et matérielles difficiles voire impossibles à mobiliser au-delà d'un certain seuil	Surabondance relative de ressources humaines avec le chômage des cadres. Mobilisation des ressources matérielles possible
OFFRE DE SERVICE	
PMA par infirmier	1 ^{er} échelon médicalisé. PMA évolue vers les activités de référence et privilégie les activités curatives rentables
REFERENCE	
Le Centre de Santé de Cercle est en général le recours et souvent le seul possible	Les opportunités de recours sont multiples (hôpitaux, cliniques)
EQUIPE CADRE	
Autorité et appui technique indispensable au développement du système de santé cercle	La proximité des centres de décision du niveau central favorise les courts-circuitages. Les hôpitaux échappent à la coordination de la Direction Régionale (à Bamako)
PLURALITE DE SYSTEMES DE SOINS	
Privé peu développé. Traditionnel. Situation de quasi-monopole. Secteur informel peu développé	Privé développé, accès direct aux hôpitaux. Secteur informel (traditionnel, charlatanisme, infirmiers) très développé. Situation de concurrence « sauvage »

L'organisation et le développement de la référence en milieu rural

D'ABORD LE PREMIER ECHELON

Le Centre de Santé de Cercle – l'équivalent d'un hôpital de premier recours – occupait une place importante dans le cercle. Il assurait à la fois des soins de référence et de premier échelon. Les relations avec la périphérie étaient essentiellement administratives et hiérarchiques. Les Centres de Santé de Cercle disposaient le plus souvent d'un bloc chirurgical, mais les locaux étaient inadaptés, l'équipement insuffisant, et les personnels peu ou pas qualifiés. Or, pour la population, la réputation du Centre de Santé de Cercle est largement tributaire de ses réussites ou échecs chirurgicaux.

Si on voulait qu'un niveau de référence efficace renforce la qualité et la crédibilité globale du système, il fallait le réhabiliter, renforcer les plateaux techniques et améliorer les compétences des personnels. Cela faisait partie des plans de développement sanitaire de cercle.

La programmation initiale avait prévu l'évolution parallèle du premier échelon et du niveau de référence. Les difficultés de mobilisation des ressources financières pour la réalisation du volet plateau technique de référence (procédures de bailleurs et de l'administration) ont été telles que des progrès substantiels n'ont été réalisé que dans le développement du premier échelon. Or, la charge de travail pour le premier échelon était telle que les équipes de cercle n'auraient de toute façon pas pu faire face simultanément au développement du niveau de référence. L'équipe d'évaluation externe a confirmé ce constat.⁵¹ Il faudrait bien plus que les deux médecins actuellement requis comme minimum. Trois à 5 médecins seraient nécessaires pour pouvoir développer les deux niveaux à la fois.

On a donc commencé par améliorer et étendre l'accessibilité au premier échelon.

UNE EQUIPE POLYVALENTE A LA DIRECTION DU CERCLE

Prenant la mesure des besoins en compétences cliniques et chirurgicales il a été proposé que les médecins s'y consacrent totalement pour maintenir et développer leur compétence, et de réservé les missions de santé publique (y compris la supervision des centres de santé en périphérie) à d'autres cadres. Ce point de vue, dans son expression extrême, allait jusqu'à séparer structu-

⁵¹ de Champeaux A, Hours B, Maiga M, Simpara CAT & Stroobant A (1994) Evaluation à mi parcours du PSPHR. 5-23 décembre 1994. Rapport d'évaluation. 144p. Bamako: Projet Santé Population et Hydraulique Rurale.

rellement l'hôpital des missions de santé publique et de premier échelon.

On a cependant préféré maintenir le principe d'un service et une équipe. Les arguments étaient les suivants:

C'est au CSC que l'on trouve la qualification médicale au Mali; cette situation va durer longtemps encore. Le premier échelon reste essentiellement et restera longtemps encore assuré par des infirmiers. Dans ces conditions, le niveau où on peut faire la synthèse d'une situation, avec toutes ses implications, restera le niveau cercle.

Il serait préjudiciable à cette synthèse que le Médecin chef se retrouve plus dans un rôle administratif de chef de bureau de santé publique plutôt que dans celui d'un cadre médical animateur polyvalent d'une équipe. Une séparation des fonctions ne manquerait pas de se répercuter sur la qualité de la supervision du premier échelon, sur les relations entre les membres de l'équipe de santé et leur relation avec la population.

Cette séparation des fonctions et des missions existe au Mali à partir du niveau régional (l'hôpital régional est une institution séparée de la direction régionale), mais à ce niveau, la référence est spécialisée, et la Direction Régionale ne fournit pas d'appui opérationnel, mais un soutien administratif et technique.

DISTINGUER LES FONCTIONS DE PREMIER ECHELON ET REFERENCE

Si on voulait en premier lieu renforcer les CSCOM et CSAR, le fait que le Centre de Santé de Cercle fournissait à la fois des soins de premier et de deuxième échelon posait problème. Outre la mise en cause du prestige du premier échelon qu'on essayait de renforcer, cela portait préjudice à la qualité et l'efficience des soins de référence.⁵² S'il y avait unanimité sur le principe de distinguer ces deux fonctions des Centres de Santé de Cercle, les positions commençaient à devenir plus nuancées, voire franchement réservées dès que le problème de viabilité financière se posait. Les Centres de Santé de Cercle assuraient l'équilibre de leur fonctionnement courant en grande partie grâce à leurs activités de premier échelon, qui fournissaient parfois plus de la moitié des recettes.

Les simulations faites dans le cadre des études de faisabilité situent la barre de recettes attendues pour équilibrer les comptes à un niveau tel qu'il paraîtrait téméraire à une équipe de cercle de couper cette source de financement, surtout si la contribution de l'Etat n'augmentait pas.

⁵² Van Lerberghe, W and Lafont, Y (1990) The role of the hospital in the district: delivering or supporting primary health care? *Current Concerns*. SHS paper N2. Geneva: World Health Organization.

On a alors testé deux formules. Une séparation totale avec gestion communautaire du 1^{er} échelon dans le cercle de Djenné, et une séparation fonctionnelle et comptable, mais en conservant un compte unique à Bla.⁵³ Le recul est encore insuffisant pour apprécier ces expériences, mais dans les deux situations, la séparation fonctionnelle est appréciée positivement pour l'organisation et la qualité des prestations. A Djenné un accroissement considérable de l'utilisation par la population du premier échelon a été observé, avec un tassement des recettes propres de l'hôpital sans que cela ne produise un déficit d'exploitation. Dans les deux situations, l'équipe médicale a gagné un temps précieux qu'elle a pu investir dans des activités plus complexes et dans la supervision.

Si les recommandations générales (revues annuelles du PSPHR et rapport de la commission sur la référence) penchaient nettement vers la séparation des activités, il est clair que le problème à résoudre est particulièrement en relation avec le financement des activités du centre de santé de référence. Une solution correcte et durable devrait nécessairement prendre en compte les coûts réels, les subventions, et les capacités de la population à payer. Ces dernières pourraient améliorer sensiblement la prise en charge financière de certains risques (comme les urgences obstétricales et chirurgicales) en développant des fonds de solidarité ou en organisant des mutuelles (mutuelle d'ASACO dans le cadre ou en relation avec le conseil de santé de cercle). Des efforts importants étaient actuellement déployés dans cette perspective et rencontrent un bon accueil auprès de la population. Les observations faites fin 1996 sur le financement du système de santé de cercle encourageaient à aller dans ce sens et à combiner aussi bien la mobilisation de la solidarité locale, la subvention de l'Etat et les possibilités de péréquation interne.⁵⁴ Pour le moment, le retard dans la réalisation des investissements pour le plateau de référence est mis à profit pour tester et tirer le maximum d'enseignements des expériences des cercles disposant d'une capacité significative de référence (Djenné, Blâ, commune V du district de Bamako, Koulikoro, Kolondiéba) si modeste soit elle en vue de minimiser les risques quand les investissements importants seront réalisés.

REFORCER LE NIVEAU DE REFERENCE A PARTIR DES SOINS OBSTETRICAUX

Mais on ne pouvait pas pour autant complètement ignorer la fonction de référence du Centre de Santé de Cercle, ne fut ce que pour des raisons de

⁵³ Blaise P, Kegels G & Van Lerberghe W (1997) Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali. *Studies in Health Service Organisation & Policy* 5, 1-130.

⁵⁴ Blaise P, et al, ibid.

crédibilité. On l'a abordé en utilisant la « périnatalité » comme porte d'entrée.

La couverture des besoins en soins obstétricaux d'urgence est très faible au Mali. Le nombre de césariennes réalisées est très loin de couvrir les besoins obstétricaux. En dehors du district de Bamako on fait des césariennes pour moins de 0.2% des accouchements.⁵⁵ Dans le cercle de Koulikoro par exemple, les taux de césariennes concernant les femmes vivant dans les aires de santé au-delà de 40 km de l'hôpital de premier recours étaient dramatiquement bas (Figure 12). On ne couvre donc même pas, et de loin, les besoins minimaux d'intervention: on s'attend, rien que pour les indications maternelles absolues, au moins à des taux de 1 à 2%.⁵⁶ La mortalité élevée parmi les urgences prises en charge contribuait à l'énorme problème de santé maternelle que connaît le pays.⁵⁷

Les accidents obstétricaux étaient autant de drames en principe en grande partie évitables par une prise en charge au Centre de Santé de Cercle. Comme dans beaucoup de pays la principale stratégie de prise en charge des problèmes de grossesse était une combinaison de consultations pré-natales et de maternités rurales. Celles-ci avaient souvent été créées par les populations, exprimant la force du besoin ressenti. En l'absence de prise en charge professionnelle – y compris chirurgicale – de l'accouchement compliqué, ces stratégies n'ont que fort peu modifié la gravité de la situation.

La problématique de l'accouchement correspond à un problème réel et ressenti; elle offre la possibilité d'aborder concrètement l'organisation de la référence.⁵⁸ La disponibilité rapide de fonds pour un programme de périnata-

⁵⁵ Direction Nationale de la Santé Publique (1991-1996) Annuaires statistiques des services de santé. Bamako: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

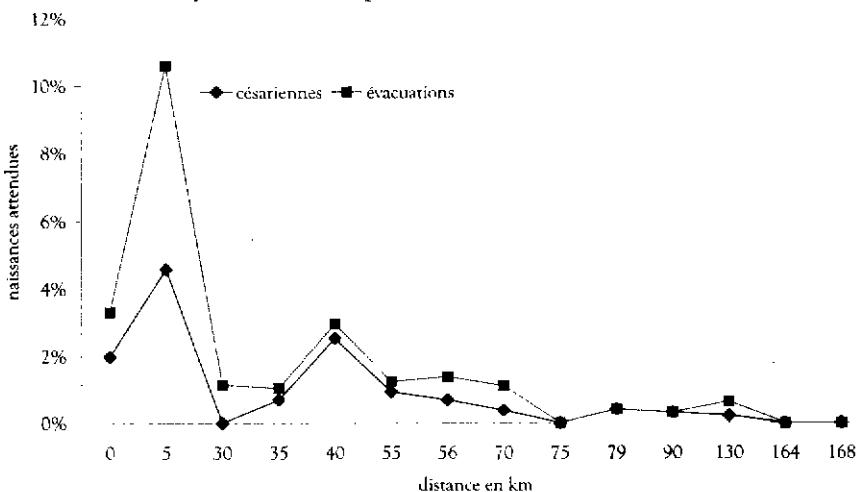
⁵⁶ Van den Broek, N, Van Lerberghe, W, Pangu, KA (1989) Cesarean sections for maternal indications in Kasongo (Zaïre). *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 28, 337-342. De Brouwere, V, Laabid, A, Van Lerberghe, W (1996) Estimation des besoins en interventions obstétricales au Maroc. Une approche fondée sur l'analyse spatiale des déficits. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 44, 111-124. De Brouwere, V, and Van Lerberghe W (1998). Les besoins obstétricaux au Maroc. Paris: L'Harmattan. De Brouwere, V, Tonglet, R, Van Lerberghe W (1998). Strategies for reducing maternal mortality in developing countries: what can we learn from the history of the industrialised West? *Tropical medicine and International Health*, 3 (10), 771-782.

⁵⁷ Etard JF (1995) Etude de la mortalité maternelle dans le quartier de Banconi à Bamako. 31p. Bamako: Institut National de Recherche en Santé Publique.

⁵⁸ Garbouj Mounira (1986). Le système de prese en charge des parturientes en Tunisie : l'expérience de la région de Nabeul. Thèse de doctorat d'Etat en Médecine. Faculté de médecine de Tunis.

lité en offrait l'opportunité, alors que les financements prévus pour l'ensemble du niveau de référence ne seraient effectivement opérants que plus tard, à partir de 1996.

Figure 12. Urgences obstétricales parvenues et césariennes réalisées à l'hôpital, en fonction de leur provenance (Koulikoro, 1995)



SOURCE : données collectées par F. Guidetti, G. Kanako et A. El Abassi

On s'est vite aperçu que les facteurs liés à la compétence technique du personnel, si importants soient ils, n'étaient pas le goulot d'étranglement majeur.⁵⁹ Au terme de l'analyse de chaque situation cercle par cercle, d'autres éléments semblaient plus importants: l'organisation du travail des équipes de santé en périphérie et au centre de santé de cercle, la communication entre le centre en périphérie et le plateaux de référence, la logistique et les voies de communication entre la périphérie et l'hôpital, l'accessibilité financière, tant pour l'évacuation que pour l'intervention urgente.

Il était clair qu'il faudrait impliquer les communautés pour résoudre des problèmes dont la solution n'est pas de nature technique. Il fallait prendre en compte la problématique de la référence dans les approches des communautés. En tout cas réduire l'obstacle financier à l'accès du niveau de référence et améliorer son fonctionnement étaient des conditions nécessaires

⁵⁹ Direction Nationale de la Santé Publique (1993) Programme National de Périnatalité. 25p. Bamako: Direction Nationale de la Santé Publique, Division Santé Familiale - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

pour pouvoir développer le système de santé et renforcer son impact.⁶⁰

Des progrès importants ont été réalisés. Le développement des CSCOM et CSAR a permis d'améliorer de la communication entre le premier échelon et les Centres de Santé de Cercle, avec un système de radiocommunication. L'organisation et le financement des évacuations et des références a été négocié avec tous les partenaires.

*Tableau 13. Taux de césariennes réalisées selon la provenance,
Cercle de Bla, année 1995*

Distance du Centre de Santé de Cercle	Accouchements attendus	Aire de santé fonctionnelle	Aire de santé non fonctionnelle	Total
< 30 km	4535	1%	0,5%	0,8%
30-50 km	1689	0,5%	0%	0,5%
> 50 km	3243		0,3%	0,3%
Total	9467	0,85%	0,35%	0,55%

SOURCES : F Giudetti, G Kanoko, A El Abassi.

Outre la classique différenciation de couverture selon l'éloignement de l'hôpital, l'analyse de la provenance des césariennes réalisées à Bla (Tableau 13) montre une nette différence entre les aires avec CSCOM ou CSAR et les aires de santé non encore transformées.⁶¹ Dans le cercle de Koulikoro (Tableau 14), l'amélioration de la qualité du plateau technique tant sur le plan équipement que sur celui des compétences et des qualifications du personnel a permis de faire en 1994 un bond considérable dans la couverture des besoins. Le début d'organisation du système de référence et la transformation de 4 aires de santé ont contribué à maintenir la tendance vers la hausse.

Tableau 14. Les césariennes dans le Cercle de Koulikoro 1993-1995

Année	1993	1994	1995
Naissance attendues	7000	7150	7300
Césariennes réalisées	6 (0.1%)	56 (0.8%)	71 (1 %)

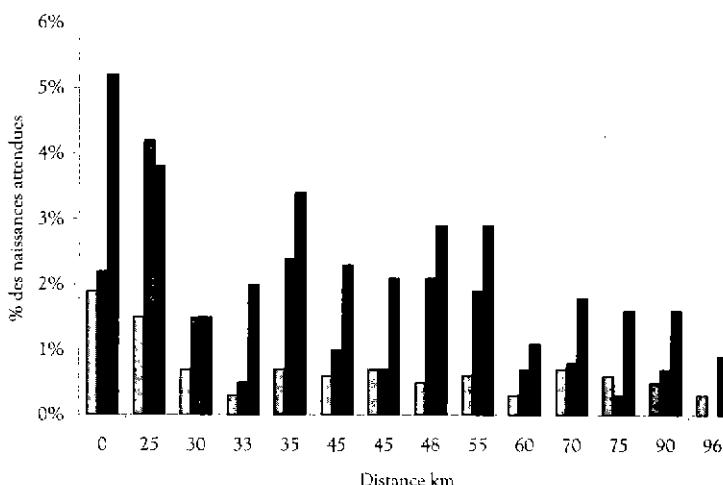
SOURCE : rapports de supervision des Services Socio-Santaires de Cercle de 1993-1996.

⁶⁰ Gouvernement de la République du Mali et UNICEF (1994) Programme Santé Mali - UNICEF, 92p. Bamako: Gouvernement de la République du Mali - UNICEF. UNICEF-Mali (1992) La situation des femmes et enfants au Mali. 50p. UNICEF. Blaise P, Kegels G & Van Lerberghe W (1997) Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali. *Studies in Health Service Organisation & Policy* 5, 1-130.

⁶¹ Voir les rapports de supervision des Services Socio-Santaires de Cercle de 1993-1996.

Pour rendre les évacuations accessibles financièrement (leur coût pouvait dépasser 20.000 FCFA), certaines équipes de cercles ont pu arrêter des modalités de partage de coûts. Ainsi à Bla 4.000 FCFA constitue le forfait à payer pour assurer une évacuation par l'ambulance du service de santé. A Djenné, les ASACO ont préfinancé les évacuations avec des dotations en carburant renouvelables après bilan en conseil de gestion, levant ainsi tout obstacle financier à l'évacuation des malades.⁶² Une revue semestrielle des progrès et des problèmes y est organisé avec les associations de santé communautaire et l'ensemble de l'équipe de santé de cercle.

Figure 13. Evacuations obstétricales urgentes en fonction de la distance, Cercle de Kolondiéba, années 1994, 1995 & 1996



SOURCE: Données collectées par Bamba & El Abassi.

Les coûts des prises en charge chirurgicales, même quand ils étaient rationalisés (25 à 40.000 FCFA pour une césarienne⁶³), constituaient encore un obstacle important, difficile à franchir pour des franges importantes de la population. Pour financer les urgences chirurgicales et particulièrement les urgences obstétricales, des initiatives se développent pour la création de fond

⁶² Alfani S & Maiga O (1996) Cadre conceptuel pour une organisation du système de santé de référence. 65p. Mopti: Région de Mopti, Cercle de Djenné, Centre de Santé de Cercle de Djenné.

⁶³ Touré Bouka (1995) Les coûts des soins obstétricaux d'urgence au Mali. Bamako: Institut National de Recherche en Santé Publique - UNICEF.

de solidarité ou de mutuelles. A Kolondiéba 14 ASACO se sont engagées dans cette voie et ont mis en place un mécanisme de solidarité pour la prise en charge des urgences obstétricales réduisant considérablement l'obstacle financier.⁶⁴ Le nombre d'évacuations obstétricales urgentes parvenues à l'hôpital y a nettement augmenté. Cette augmentation peut être attribuée à l'organisation de la référence mise en place tant elle est spectaculaire pour les aires relativement éloignée de l'hôpital.

Les textes réglementaires et les contrats: la cristallisation du débat

L'Arrêté Interministériel fixant les modalités de gestion des services socio-sanitaires a été signé le 15 mars 1991. Il constituait un préalable à la signature par la Banque Mondiale de l'accord de crédit. Le texte portait organisation et fonctionnement des conseils et comités de gestion des différents niveaux (communautaire, arrondissement, cercle) pour la programmation et la gestion des ressources. Il prévoyait l'exonération de tous les impôts et taxe pour les recettes générées par les prestations de services. Bien que marquant un progrès certain, le document était caractérisé par l'importance de la hiérarchie traditionnelle (chef de village ou de quartier) et de l'administration dans la composition des conseils (chef d'arrondissement, commandant de cercle).

Le comité de gestion y était désigné et non pas élu par le conseil de gestion. Les responsables techniques à chaque niveau, n'étaient membres de droit, avec voix consultative, que des niveaux immédiatement inférieurs: le médecin fait partie du conseil de santé de l'arrondissement, l'infirmier de l'arrondissement fait partie des conseils de santé du niveau communautaire.

Ce texte fut fort critiqué et contesté lors de l'instauration du multipartisme, après les événements politiques du mois de mars 1991. Les critiques portaient essentiellement sur le mode de désignation des membres du conseil, sur la non appartenance au conseil des responsables techniques du même niveau, sur le fait que l'arrêté liait les mesures prises au contexte du projet (PSPHR), au lieu de les présenter comme des mesures générales d'une politique nationale (comme c'était prévu dans le Cadre Conceptuel de l'Initiative de Bamako).

L'ASACOBA, l'Association de Santé Communautaire du quartier de

⁶⁴ Direction Nationale de la Santé Publique (1993-1996) Série de rapports de missions centrales conjointes (DNSP - PSPHR - UNICEF - Partenaires) de supervision des CSCOM/CSA dans les régions. Bamako: Direction Nationale de la Santé Publique - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

Bankoni à Bamako, avait été la première à être créée au Mali.⁶⁵ Elle gérait un Centre de Santé Communautaire dans un quartier à Bamako. Association à but non lucratif, constituée par des adhérents habitant le quartier, elle bénéficiait des autorisations officielles lui conférant, la personnalité morale et de fait et le droit de gérer un centre de santé public non étatique.

Cette forme d'organisation et d'autonomie pour gérer un centre de santé (ni confessionnel, ni privé lucratif) constituait une innovation majeure. Elle ne fut néanmoins pas la référence dans l'arrêté interministériel de Mars 1991 qui était plus l'expression d'une logique de décentralisation avec les limites inhérentes au système du parti unique. Il faudra attendre avril 1994 pour l'adoption du nouvel arrêté interministériel qui prendra en compte les changements politiques survenus au Mali et les acquis des expériences innovantes.

Les groupes de réflexion sur les CSCOM mis en place par le Ministère de la Santé ont recommandé, en référence à l'expérience de l'ASACOBA, une institutionnalisation de la gestion communautaire des centres de santé et l'organisation de la population en ASACO.

Le développement rapide d'ASACO et de CSCOM à Bamako n'a pas formalisé une relation de partenariat avec les services publics. La direction régionale de la santé était dépassée par une dynamique qui a bénéficié de l'appui direct de partenaires extérieurs et du dynamisme de jeunes médecins en quête d'emploi (le recrutement dans la fonction publique n'étant plus assuré pour les promotions sortantes de l'école de médecine et la médecine libérale restant peu développée).

Les premières expériences dans le cadre du PSPHR ont repris le même principe d'organisation. Elles ont cependant également initié des conventions liant les ASACO aux services publics de la santé. Les conventions mettaient en exergue l'obligation d'assurer toutes les activités du PMA et les engagements bien spécifiés de chaque partie, avec une responsabilisation explicite de l'ASACO pour la santé de la population d'une aire bien définie.

Les changements politiques intervenus au Mali, avec le multipartisme et la tenue d'élections démocratiques, ont indiscutablement influencé l'évolution du débat et favorisé la création d'espaces non étatiques pour l'organisation et la prestation de soins de santé. L'espace communautaire et l'espace privé (surtout dans le secteur du médicament) ont connu un développement très important, prenant une avance significative sur la réglementation en vigueur. Les interprétations différentes de l'organisation de la gestion et des objectifs de l'espace communautaire ont donné lieu à une grande confusion.

⁶⁵ Iknane A (1995) Place de la santé communautaire dans l'offre de soins de qualité avec la participation active et volontaire de la population: le cas de ASACOBA. 19p. Bamako: Association de Santé Communautaire Banconi.

Le non étatique était-il simplement privé ou bien est-il constitué du privé non lucratif et du privé lucratif? La distinction de finalité entre le lucratif et le non lucratif n'avait-elle pas tendance à se perdre? Le communautaire n'était-il pas une forme de décentralisation et de responsabilisation effective de la population plutôt qu'un secteur privé associatif? La relation des services étatiques avec les autres espaces serait-elle une relation de pure réglementation et contrôle ou bien une relation de partenariat pour les missions publiques en matière de santé? L'état était-il en mesure (sur le plan financier et technique) de gérer une relation dans un cadre conventionnel avec une multitude de contrats spécifiques pour l'exécution des activités des programmes nationaux dits prioritaires? Fallait-il lier l'exécution, par des institutions d'intérêt public ou à but lucratif, des activités répondant à des besoins réels et dorénavant de plus en plus primés par la population elle-même (comme les vaccinations), à des financements supplémentaires (autres que la mise à disposition des intrants)? Ce faisant ne risquait-on pas d'éclater l'approche globale et intégrée de soins au profit d'une priorisation des activités rentables (curatif) et de conditionner les autres activités à la disponibilité adéquate de financement spécifiques (aléatoires), en provenance du service public (Etat ou partenaires extérieurs) ?

Ce débat fut, par moments, très passionné, en particulier dans le District de Bamako. Certaines associations et de nombreux CSCOM dirigés par de jeunes médecins s'y situaient plus dans une logique d'entreprise privée que dans celle d'Association de Santé Communautaire. L'enjeu était de drainer des ressources supplémentaires à partir des structures de financement existantes au niveau central (les programmes nationaux) au profit des CSCOM.

Mais ces positions ne prenaient pas appui sur une logique d'organisation de la prestation des soins en fonction de la demande et des besoins d'une population définie. C'était manquer de vision de long terme, parce que c'était précisément cela qui permettait de négocier les appuis, et de travailler à partir des coûts réels des prestations et selon un partage équitable de ces coûts entre population, utilisateurs, collectivités décentralisées et Etat. Cela évitait en plus de lier les appuis aux CSCOM à des structures de financements au niveau central qui peuvent changer dans le temps et sont fortement dépendantes de partenaires extérieurs.

Paradoxalement en milieu rural où les activités préventives représentent un sur coût important (stratégie avancée), les ASACO se sont parfois organisées pour assurer sur la base de cotisations le financement des activités préventives itinérantes (Guétéma, Gagna) et pour s'assurer de leurs réalisations avec une bonne fréquence et sans que cela ne constitue une quelconque menace pour les capacités du centre à se réapprovisionner en médicaments. Ces cas n'étaient pas légion mais ils illustraient parfaitement les différences d'attitudes avec l'urbain.

La mise au point des textes réglementaires, fixant les conditions de création des CSCOM et les modalités de gestion des services socio-sanitaires, a vu ce débat s'exacerber. La formulation des textes a ainsi accusé un retard et la mise en oeuvre de la nouvelle politique en a subi les conséquences. Certains cadres ont freiné leurs initiatives pour ne pas s'exposer au risque de se trouver en porte-à-faux avec l'arbitrage du niveau politique et de perdre la face devant les populations ou les partenaires locaux.

Dans les nouveaux textes le gouvernement prenait non seulement acte de l'évolution, mais faisait de la constitution d'une Association de Santé Communautaire une condition majeure pour la création d'un CSCOM. Ce dernier était défini comme un établissement sanitaire de premier échelon, créé sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une Association de Santé Communautaire. Ainsi l'association est nécessairement l'émanation d'une population définie à laquelle elle est tenue de rendre compte (ce qui la différencie d'une association classique). Cette spécification fait davantage prévaloir une vision de la décentralisation effective qu'une démarche qui considère la population seulement comme cible ou clientèle. Dans d'autres contextes de pays en développement que celui du Mali les problématiques ne sont pas moins complexes.⁶⁶

Selon l'arrêté interministériel du 21 avril 1994 le CSCOM devait être composé d'un dispensaire, d'une maternité et d'un dépôt de médicaments essentiels. L'infirmier devait avoir une qualification minimale de premier cycle. Les missions du CSCOM faisaient obligation de dispenser l'ensemble du paquet minimum d'activités. Pour la création du CSCOM, l'ASACO devait se conformer à la carte sanitaire du cercle, compter au moins 10% de la population parmi ses adhérents et signer une convention d'assistance mutuelle avec le Ministère de la Santé. Ainsi les choix étaient clarifiés et c'était bien une relation de partenariat que le Gouvernement entendait développer.

Mieux encore, les textes faisaient obligation à chaque ASACO d'être représentée dans le conseil de santé du cercle constitué par l'ensemble des ASACO du cercle et/ou de la commune et, présidé non pas par un responsable administratif, mais par le président (élu) du conseil de développement du cercle ou le maire (élu) de la commune. Chaque ASACO avait ainsi une voix délibérative dans un conseil qui gérait l'ensemble du système de santé du

⁶⁶ Broomeberg J (1994) Managing the health care market in developing countries, prospects and problems. *Health Policy and Planning* 9, 237-251. Frenk J (1993) The public/private mix and human resources for health. *Health Policy and Planning* 8, 315-326. Mogedal S & Sissel HS (1995) Health sector reform and organization issues at the local level: lessons from selected African countries. *Journal of International Development* 3, 349-367.

cercle. Les responsables techniques et administratifs participaient au conseil de santé du cercle (médecin chef, représentant de l'administration locale, représentant des ONG et responsables techniques des CSCOM), avec seulement voix consultative. Pour mieux faire comprendre le message, les centres de santé d'arrondissement seraient également organisés et gérés comme des Centres de Santé Communautaires. L'administration renonçait donc à gérer directement des structures de premier échelon, mais gardait des moyens et se réservait le droit de s'assurer que les CSCOM contribuent effectivement à résoudre les problèmes de santé de la population et à améliorer la couverture sanitaire du pays. Par la même occasion, elle décentralisait effectivement la gestion des centres de santé de cercles et de commune avec la participation des ASACO au conseil de gestion de ces centres de santé de référence.

Ces principes distinguaient nettement ce type d'organisation à but non lucratif du privé classique, lequel n'est pas tenu à des engagements conventionnels et se développe dans un contexte de concurrence. Il était probablement illusoire de croire que le privé lucratif puisse contribuer significativement à ces objectifs dans un pays ne disposant ni de beaucoup de moyens financiers, ni de caisses d'assurance maladie à même de le soutenir. Des expériences rapportées dans d'autres pays confirment la tendance du secteur privé à ne se développer que dans les zones et créneaux où sont réunis les conditions de rentabilité et de profit.⁶⁷

A la mobilisation accrue de financements directs des populations, l'Etat répondait en leur conférant la possibilité de s'organiser pour gérer elles-mêmes les centres de santé de premier échelon et de cogérer le niveau de référence. Il précisait les relations et les engagements de chaque partie dans le cadre d'une convention liant les services publics et l'ASACO. Cette convention devait faire l'objet de revues aussi régulières que fréquentes. La finalité non lucrative restait dans ce contexte une condition nécessaire pour assurer l'accessibilité géographique et financière des services de santé.

Un problème restait toutefois posé, celui de la motivation financière du personnel. Outre les considérations que nous verrons dans le chapitre suivant, plus la motivation du personnel dépend de financements liés à des programmes centraux, plus le pouvoir de contrôle local de l'ASACO sera affaibli. Or, des contrats spécifiques avec des programmes particuliers offraient, dans le contexte malien, certaines perspectives de compléments de salaires pour les personnels. Si le choix de la modalité de convention globale pour le PMA était privilégiée, cela n'est pas sans conséquences pour la motivation du personnel (Tableau 15) Le champ reste ouvert pour tester des méca-

⁶⁷ Nittayarumphong S & Tangcharoensathien V (1994) Private health care out of control. *Health Policy and Planning* 9, 31-40.

nismes permettant de motiver le personnel et le protéger sans déresponsabiliser l'ASACO tout en évitant les effets pervers.

Tableau 15. Effets des modalités contractuelles entre l'Etat et les CSCOM sur la motivation du personnel

Eléments de base courant à la motivation du personnel	Convention globale PMA	Contrats spécifiques
. Perception d'un modèle (savoir où on va)	. CSCOM avec PMA et tableaux de bords	. Objectifs spécifiques aux activités sous contrats
. Capacités réelles à faire ce qui est attendu (se sentir à la hauteur)	. Formation spécifique, supervision, référence et rétro-information pour ensemble PMA	. Pour les activités sous contrat.
. Disposer des instruments adéquats pour la réalisation	. Mis en place d'emblée de l'ensemble des instruments dans le cadre du lancement et permettent de faire face à l'ensemble des activités du PMA	. Mis en place d'instruments spécifiques à chaque fois qu'un contrat lié à une activité est signé. Ne tiennent pas ou peu compte des autres activités
. Etre en mesure d'assurer la survie de sa famille	. Assurer l'équilibre financier du CSCOM	. Liée à la continuité des contrats
. Se sentir valorisé	. Rémunération correcte du personnel . Valorisation par la population et par les autorités sanitaires locales selon qualité et résultats globaux des prestations.	. Valorisation par les techniciens en charge du programme selon les résultats spécifiques

Acquis et problèmes après les premières réalisations

Le premier acquis était indiscutablement la réalisation de modèles fonctionnels dans chaque région. Les différents acteurs avaient gagné de l'expérience et des capacités. La mise en oeuvre était devenue plus claire, et la politique moins abstraite pour les régions comme pour le niveau central. C'était avec plus de confiance et beaucoup plus de réalisme que les étapes ultérieures étaient envisagées.

L'interaction entre le personnel de santé et la population n'était plus seulement celle de la prestation directe de soins ou de « l'éducation sanitaire ». Cela a changé les perceptions des uns et des autres, notamment par le souci d'éviter de décevoir les attentes de l'autre. Les équipes qui ont participé aux approches communautaires, de la négociation de la carte sanitaire jus-

qu'à l'ouverture des CSCOM, n'étaient plus celles du passé tout récent, elles avaient changé, et étaient plus aptes à poursuivre le chemin engagé.

Les outils et méthodes utilisés pour introduire le changement ont été testés et enrichis. Leur appropriation par les cadres en était devenue plus forte, d'autant que les services centraux avaient veillé à ne pas imposer une uniformisation appauvrissante et déresponsabilisante.

La carte sanitaire était reconnue par tous comme l'instrument incontournable pour négocier l'extension de couverture dans les cercles; elle avait même suscité l'intérêt du Ministère de l'Administration Territoriale qui travaillait sur la question de la décentralisation et la création de communes rurales. Au delà de l'unité villageoise un espace intervillageois non administratif s'était avéré possible et prometteur pour le développement à la base. Il semblait pouvoir influencer la démarche pour la constitution des communes rurales envisagées par la politique de décentralisation.

Les modèles réalisés faisaient très nettement la différence avec les expériences passées, tant du point de vue de la qualité de la couverture que de l'accessibilité financière des soins.⁶⁸ Ils apportèrent la preuve de capacités réelles en milieu rural à autofinancer les coûts récurrents, y compris les coûts locaux des activités préventives et une partie de l'investissement. Les débats, passionnés par moments, ont renforcé les attitudes de tolérance, d'ouverture et une dynamique de synthèse réelle. Les textes réglementant les modalités de création des CSCOM et de fonctionnement des services socio-sanitaires constituaient une innovation d'autant plus précieuse qu'elle fut le fruit d'expériences de terrain et de concertations très larges et soutenues.

L'adéquation de la formation de base avec les nouvelles missions dévolues aux médecins et aux infirmiers constituait un problème perçu avec d'avantage d'acuité. La qualité même de la formation de base, particulièrement celle des infirmiers, restait une préoccupation pressante. Les formations initiales pour le lancement des CSCOM ou la formation continue ne

⁶⁸ Direction Nationale de la Santé Publique (1993-1996) Série de rapports de missions centrales conjointes (DNSP - PSPHR - UNICEF - Partenaires) de supervision des CSCOM/CSA dans les régions. Bamako: Direction Nationale de la Santé Publique - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Directions Régionales de la Santé et de l'Action Sociale de Bamako, Mopti, Segou, Kayes, Sikasso, Koulikoro, Mali (1993-1996) Etat d'avancement, études de cas, séries de notes techniques et de rapports de supervision des centres de santé de cercle et CSCOM/CSAR. Bamako: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Magassa N, Dembele R, Guindo I et al. (1995) Etude de cas: le centre de santé communautaire de Dougouolo; 22 mois de fonctionnement. 25p. Ségué: Direction Régionale de l'Action Sociale. Samake S, Dakono G & Guidetti F (1995) Etude de cas du CSCOM de Monzombala. Rapport. Koulikoro: Direction Régionale de la Santé.

pouvaient y pallier totalement.

La motivation du personnel de santé n'a pas bénéficié d'une attention privilégiée. Les modalités de motivation, en particulier ceux des CSCOM et des CSA revitalisés, restaient à développer et à tester, même si certaines expériences étaient tentées ici ou là. Les nouvelles relations entre les responsables techniques des centres de santé et les ASACO étaient aussi inédites qu'insuffisamment stabilisées. L'autorité non technique appartenait désormais à l'ASACO et l'infirmier devait user de ses compétences techniques et du dialogue avec les populations pour asseoir son autorité. Il n'était pas contraint à cet effort dans les situations passées, n'ayant de comptes à rendre qu'à son médecin chef, et dérivant une autorité administrative de son statut de fonctionnaire. Certains ont pu assumer ce changement, pour d'autres cela a été nettement plus difficile.

Un autre problème était la confusion persistante sur les modalités d'appui des partenaires extérieurs lorsqu'ils privilégièrent systématiquement les canaux d'ONG et les opposent à ceux de l'administration. Souvent la critique, justifiée, de la bureaucratie administrative servait d'alibi pour mettre en place des mécanismes d'intervention directement contrôlés à travers des ONG clientes. Il n'est pas sûr que ces mécanismes étaient porteurs de développement, surtout quand ils ne contribuaient pas à réaliser une masse critique de savoir faire et de compétences. Ils reproduisaient en quantité et en volume variables les défauts de l'administration.

Tableau 16. Acquis et problèmes après les premières réalisations

Acquis	Problèmes
. Des modèles fonctionnels existent dans les régions	. La formation de base du personnel de santé est inadéquate
. Interaction féconde et soutenue entre personnel de santé et population	. La viabilité des CSCOM reste une préoccupation
. Outils et méthodes testés	. Capacités limitées des ASACO
. L'outil carte sanitaire est adopté et formalisé	. Relations entre le personnel de santé et les ASACO inédite et non stabilisée
. Nouvel espace intervillageois non étatique	. Tous les partenaires extérieurs n'ont pas rejoint la dynamique
. Les CSCOM réalisés font la différence	. Situation complexe du milieu urbain
. Atmosphère positive d'échange et de débats	. Certaines réserves sont exprimées sur l'obligation faite aux ASACO de signer une convention avec l'Etat
. Textes réglementaires fruits de l'expérience et de la concertation	

La situation complexe en milieu urbain, où coexistaient une pluralité de systèmes de santé formels et informels, causait des tensions difficiles à gérer. L'obligation pour l'ASACO de signer une convention avec le Ministère de la

Santé a été considérée par certains comme trop contraignante. La réponse des cadres du Ministère a été que par la convention, le Ministère s'assurait de la conduite des missions de santé publique, d'autant qu'il n'aurait plus de structures de santé de premier niveau directement en charge. La publication de textes réglementaires a néanmoins permis de débloquer la situation et de relancer la mise en oeuvre dans les régions et dans les cercles.

La viabilité des CSCOM restait néanmoins une préoccupation dans tous les cas de figures: par rapport à la structure des charges (médecin ou infirmier employé par l'ASACO) et par rapport au contexte (urbain, rural, rural à densité faible de population). Rendre les ASACO capables d'assurer leurs nouvelles responsabilités constituait encore un défi, particulièrement en milieu rural.⁶⁹

⁶⁹ Fassin D, Jeannée E, Salem G & Réveillon M (1986) Les enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à Pikine (Sénégal). *Sciences Sociales et Santé* 4, 205-221.

Financement du secteur et viabilité des CSCOM

Des doutes sur la viabilité des CSCOM

En 1990 l'Etat finançait 20% et l'aide extérieure 5% des dépenses de fonctionnement de la santé. Les budgets des ménages prenaient 75% pour leur compte,⁷⁰ l'achat des médicaments restant le poste le plus important avec plus de 60% de l'ensemble des dépenses de fonctionnement. Les dépenses moyennes de santé par habitant et par an étaient estimées à 2.700 FCFA (environ 10 \$EU) à la fin des années 1980, mais avec d'importantes variations selon les régions (Tableau 17).

Tableau 17. Dépenses moyennes par habitant selon les régions

Lieu de résidence	Dépenses moyennes/habitant/an
Bamako	16.760 FCFA (61 \$EU)
Sikasso	1.300 FCFA (4,75 \$EU)
Ségou	1.000 FCFA (3,65 \$EU)
Autres Régions	900 FCFA (3,28 \$EU)

NOTE: 1 \$EU=273.58 FCFA (1990)

Les dépenses moyennes en médicaments par région à partir des ventes de la Pharmacie Populaire du Mali en 1990 confirment l'existence de disparités régionales significatives et l'importance considérable que prend la capitale dans les dépenses de santé (Tableau 18).⁷¹

Tableau 18. Dépenses moyennes par habitant et par an en médicaments

Régions	Dépenses moyennes en médicaments/ habitant/an
Kayes	461 FCFA (1,7 \$EU)
Koulikoro	617 FCFA (2,25 \$EU)
Ségou	467 FCFA (1,7 \$EU)
Mopti	211 FCFA (0,77 \$EU)
Tombouctou	138 FCFA (0,50 \$EU)
Gao	376 FCFA (1,37 \$EU)
Bamako	5 272 FCFA (19,2 \$EU)

NOTE: 1 \$EU=273.58 FCFA (1990)

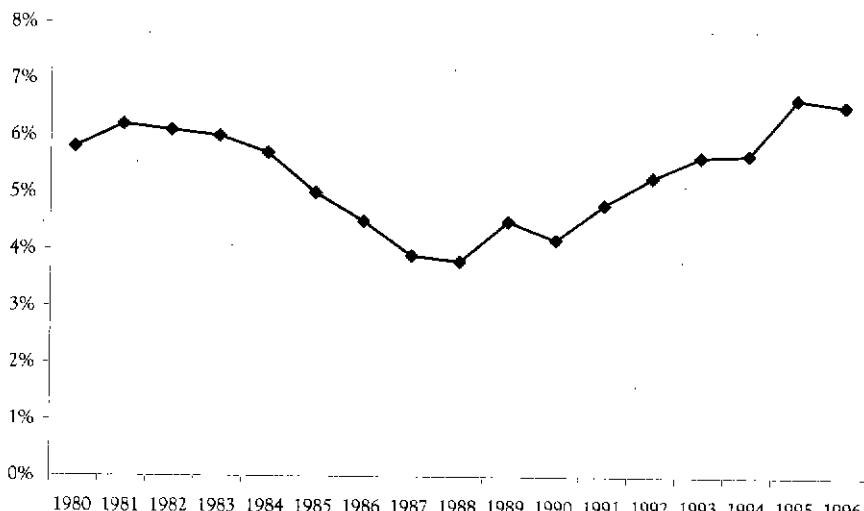
Comme la plupart des pays en voie de développement le Mali avait connu la crise économique et financière des années 1980. Les secteurs sociaux

⁷⁰ Coulibaly S & Keita M (1993) Les comptes nationaux de la santé au Mali. 1988-1991. Initiative de Bamako. Rapport Technique N°18. 71p. New York: UNICEF.

⁷¹ Brunet-Jailly J (1990) La Pharmacie Populaire du Mali dans le contexte de l'Initiative de Bamako. 137p. Bamako: Institut National de Recherche en Santé Publique - UNICEF.

tels que la santé et l'éducation avaient été particulièrement touchés par cette crise. La part du budget de la Santé dans le budget de l'Etat était passée de plus de 8% dans les années 1970 à 4% à la fin des années 1980. Une reprise de croissance est amorcée en 1989-1991⁷² (Figure 14).⁷³

Figure 14. Evolution de la part du budget de la santé dans le budget de l'Etat



SOURCES : CPS Ministère de la Santé

Pour faire face à la diminution des ressources financières, il fallait trouver des alternatives de financement. Vers la fin des années 1980 des expériences pilotes de recouvrement des coûts récurrents avaient été menées dans plusieurs régions du pays, avec un certain succès.⁷⁴ Toutefois, quand en

⁷² La dévaluation du FCFA en 1994 est suivi d'un fléchissement auquel fait suite une nette reprise en 1995 avec une part du budget de la santé représentant 6,68% du budget de l'Etat. Cette reprise trouve son explication en grande partie dans l'accélération de la mise en oeuvre de la politique sectorielle de santé.

⁷³ Koita A, Brunet-Jailly J, Coulibaly S & Diarra K (1989) Recurrent costs in the health sector. Mali. In Abel-Smith B & Creese A (éd) Recurrent costs in the health sector. Problems and policy options in Three countries (Costa-Rica, Jamaica, Mali) 45-92 Genève: World Health Organisation. (WHO/SHS/NHP/89.10).

⁷⁴ Berche T & Mariko M (1991) Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Bandiagara; analyse économique et santé publique. Rapport. 112p. Bamako: Institut National de Recherche en Santé Publique. Blaise P, Kegels G & Van Lerberghe W (1997) Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali. *Studies in Health Service Organisation & Policy* 5, 1-130. Koita A, Brunet-Jailly J,

1989-1990 on évoquait l'hypothèse de l'autofinancement quasi total des CSCOM, cela paraissait pour le moins une hypothèse hasardeuse. Elle l'était d'autant plus qu'il s'agissait d'étendre la couverture assurée par les centres de santé d'arrondissement et que les études de faisabilité tablaient sur des tarifications de 500 FCFA par épisode curatif (médicaments non inclus). Ces scénarios ne prenaient en compte que les contributions directes des utilisateurs de la consultation curative à travers la tarification. Ils ont du reste été sévèrement critiqués.⁷⁵ Figurant dans l'annexe du cadre programmatique que constitue le PSPHR, ils furent perçus comme l'option officielle choisie. Ils laissaient planer de sérieux doutes sur la viabilité des futurs CSCOM.

La pratique apprendrait que ces hypothèses n'étaient pas les seules envisageables. La réalité et les possibilités d'application du principe de partage des coûts étaient beaucoup plus riches. En effet, les modalités du financement et de partage des coûts des centres de santé communautaires, tout en reposant sur les principes définis par la nouvelle politique sectorielle de santé, ont permis d'équilibrer les comptes d'exploitation sans jamais utiliser des tarifications aussi élevées.⁷⁶ Elles ont mobilisé des financements locaux

Coulibaly S & Diarra K (1989) Recurrent costs in the health sector. Mali. In Abel-Smith B & Creese A (éd) Recurrent costs in the health sector. Problems and policy options in Three countries (Costa-Rica, Jamaica, Mali) 45-92 Genève: World Health Organisation. (WHO-SHS/NHP/89.10). Oepen C, Coulibaly F & Neuhaus E (1997) Combien pourraient coûter des soins de qualité. In: Brunet-Jailly E (éd) Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest. 257-270. Paris: Editions Karthala. Diakite SL & Dubdeldam RH (1991) La gestion des médicaments essentiels dans le cercle de Niono, Mali: réflexions sur la gestion communautaire. Rapport. 24p. Ségou: Direction Régionale de la Santé. Diarra K & Robez-Masson D (1992) Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Djenné au Mali. Initiative de Bamako. Rapport Technique N°14. 34p. New York: UNICEF. Kegels G (1994) Paying for health instead of buying drugs: an experience from western Mali. *Annales de la Société belge de Médecine Tropicale* 74, 149-160. Mariko M (1990) Diagnostic du système de recouvrement des coûts de la région de Koulikoro. Rapport. 98p. Bamako. Koita A, Brunet-Jailly J, Coulibaly S & Diarra K (1989) Recurrent costs in the health sector. Mali. In Abel-Smith B & Creese A (éd) Recurrent costs in the health sector. Problems and policy options in three countries (Costa-Rica, Jamaica, Mali) 45-92 Genève: World Health Organisation. (WHO-SHS-NHP-89.10). Diarra K & Robez-Masson D (1992) Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Djenné au Mali. Initiative de Bamako. Rapport Technique N°14. 34p. New York: UNICEF.

⁷⁵ Brunet-Jailly J (1995) L'ajustement macro-économique et le secteur de la santé au Mali. In: Environnement macro-économique et santé, avec études dans les pays les plus démunis. 219-248. Paris: Organisation Mondiale de la Santé, AUPELF - UREF, ESTEM.

⁷⁶ Blaise P, Kegels G & Van Lerberghe W (1997) Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali. *Studies in Health Service Organisation & Policy* 5, 1-130.

(marge limitée sur les ventes de médicaments en contribution au fonctionnement, subvention du comité local de développement, cotisation annuelle des populations) autres que ceux assurés par la tarification des actes des seuls utilisateurs du centre. D'autre part on ne se situait pas dans une logique libérale pure et dure qui développerait les centres de santé selon les lois du marché. Une telle approche aurait abouti à fermer de nombreux centres de santé existants et à en développer encore davantage dans les zones à viabilité certaine (milieu urbain et certaines zones rurales riches).

L'Etat ne s'est pas désengagé totalement du financement du réseau de santé du premier échelon. Sa contribution restait significative à travers des programmes nationaux comme le programme élargi de vaccination. Néanmoins le problème de la viabilité des CSCOM restait réel dans un pays où l'accès géographique aux services de santé est très modeste.

Un nouveau partage des coûts

Pour de multiples raisons, les partenaires extérieurs du Mali et le Gouvernement partageaient un souci réel d'amélioration et d'extension de la couverture sanitaire, dans le cadre d'une redéfinition des rôles de l'Etat, des collectivités décentralisées, des associations et des populations. La nouvelle politique de santé a préconisé un nouveau partage des coûts pour le système de santé.⁷⁷ Les utilisateurs et les collectivités décentralisées devaient prendre en charge une part fort importante des coûts récurrents du premier échelon (souvent à travers la prise en charge de certains salaires) et l'Etat se chargerait des coûts fixes des structures de référence. Les populations contribueraient directement au financement du fonctionnement courant et aux médicaments aussi bien au premier échelon qu'au deuxième (Tableau 19).

Ce nouveau partage des coûts prenait acte de ce que l'Etat n'était plus,

Dirección Nacional de la Salud Pública (1993-1996) Série de rapportos de misiones centrales conjuntas (DNSP - PSPHR - UNICEF - Partenaires) de supervisión des CSCOM/CSA dans les régions. Bamako: Dirección Nacional de la Salud Pública - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Guiteye AM & Coulibaly S (1993) Centres de Santé Communautaires dans le District de Bamako: de la philosophie aux réalités dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé au Mali. Rapport. 60p. Bamako. Magassa N, Dembele R, Guindo I et al. (1995) Etude de cas: le centre de santé communautaire de Dougouolo; 22 mois de fonctionnement. 25p. Séguo: Direction Régionale de l'Action Sociale. de Champaieux A, Hours B, Maiga M, Simpara CAT & Stroobant A (1994) Evaluation à mi parcours du PSPHR. 5-23 décembre 1994. Rapport d'évaluation. 144p. Bamako: Projet Santé Population et Hydraulique Rurale.

⁷⁷ Blaise P, Kegels G & Van Lerberghe W (1997) Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali. *Studies in Health Service Organisation & Policy* 5, 1-130.

depuis fort longtemps, seul en mesure d'assurer le bon fonctionnement du système de santé - ni d'ailleurs de recruter automatiquement les promotions sortantes des écoles de formation de base. Les moyens limités de l'Etat, même renforcés, devaient être orientés de plus en plus vers l'investissement et l'amortissement aux structures de premier échelon et vers les équipes cadres de cercle. Une attention particulière de l'Etat à l'endroit des structures de références, complexes et coûteuses, rendrait celles-ci plus accessibles et renforcerait l'efficacité globale du système de santé. Enfin, une mission importante de l'Etat consisterait à prendre les dispositions pour assurer la disponibilité des médicaments essentiels en DCI en vue de garantir une bonne accessibilité financière aux soins.

Tableau 19. Principes de partages des coûts

	Investissement Amortissement	Salaires	Fonctionne- ment	Médica- ments	Divers
Equipe cadre	Gouvernement Partenaires	Gouverne- ment	Gouverne- ment	-	Gouverne- ment
Niveau de référence	Gouvernement Partenaires	Gouverne- ment	Tarification Usagers	Usagers	Gouverne- ment
Premier échelon	Gouvernement Partenaires Populations, Collectivités Appui ONG	Usagers & Collectivités	Tarification Usagers	Usagers	Usagers & collectivités

Ce nouveau partage des coûts constituait une innovation: l'Etat ne s'engageait plus à prendre en charge le salaire du personnel de santé des CSCOM. C'était introduire une inéquité patente au sein des populations des aires de CSCOM. C'était également engager le personnel du CSCOM à rendre compte à la population à travers l'association de santé communautaire qui l'emploie. Il est évident que de telles orientations de partage apparaissaient pour beaucoup comme un désengagement formalisé de l'Etat. Il est indiscutable qu'elles représentent un fardeau difficile à porter pour la population de nombreuses aires de santé. Mais dans le contexte il n'y avait pas de propositions alternatives réalistes sans renouer avec l'Etat providence.

Les recettes se répartissaient entre deux caisses distinctes: la Caisse Médicament et la Caisse Tarification. Cette séparation s'était imposée pour protéger la capacité de réapprovisionnement en médicaments et échapper aux fausses impressions de disponibilité financière que procure parfois une caisse commune. Ces fausses impressions ont, par le passé, conduit nombre d'expériences de recouvrement des coûts à la faillite par décapitalisation. De façon générale, il a été proposé de prélever un pourcentage fixe sur la caisse «

médicaments » pour contribuer au fonctionnement global du centre (entre 10 à 15 %). La caisse "tarification", de son côté, perçoit les recettes de la tarification des actes (par épisode) et des subventions, en particulier celles provenant des collectivités locales et décentralisées.

De la simulation au compte d'exploitation prévisionnel

Dans ce contexte, la création du CSCOM apparaissait comme une entreprise difficile et à risque; elle ne pouvait se faire sans une étude de faisabilité prenant en compte les charges, les recettes prévisionnelles, et la négociation de programmes de subvention (par l'Etat et le comité local de développement par exemple). Pour ces études de faisabilité un logiciel simple a été élaboré sur la base d'observations des premiers cas.⁷⁸ Il permettait de simuler la viabilité prévisionnelle des aires de santé en fonction de la configuration de l'aire (population totale et population vivant à moins de 5 km du centre, nombre de villages), des charges fixes, des fréquentation attendues pour les populations vivant à proximité du centre et celle vivant à plus de 5 km, des couvertures préventives à réaliser et du choix des tarifications ainsi que de la marge pour la vente des médicaments.⁷⁹

POPULATION VIVANT A MOINS DE 5 KM DU CENTRE DE SANTE. La Figure 15 utilise des hypothèses de fréquentation pour les populations vivant à moins de 5 km de 0.45 nouveau cas par habitant et par an et de 0.20 nouveau cas par habitant et par an pour la population vivant à plus de 5 km du centre de santé. Au-delà de 5 km du centre de santé la population fréquente à un niveau très faible la consultation curative et ne contribue que de façon marginale aux recettes pour en assurer la viabilité.

On s'est aperçu par la suite que l'hypothèse de 0.20 nouveau cas par habitant par an était trop optimiste. La réalité se situait autour de 0.10. L'hypothèse de 0.45 pour la population à moins de 5 km du centre, par contre, était une sous-estimation dans nombre de centres de santé ruraux. La simulation testait différentes hypothèses en fonction de l'importance de la population totale de l'aire de santé et de sa répartition exprimée en pourcen-

⁷⁸ Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées - UNICEF (1994) Le financement des centres de santé communautaires: utilisation d'un modèle de simulation basé sur des expériences en République du Mali: description du modèle. 7p. Bamako: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées - UNICEF.

⁷⁹ Traore Nafo F, de Bethune X & El Abassi A (1997) Le financement des centres de santé périphériques; enseignement d'un modèle de simulation. In: Brunet-Jailly E (éd) Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest. 241-256. sParis: Editions Karthala.

tage de population vivant à moins de 5 km du centre de santé (respectivement 30%, 50% et 70%). Le résultat compte l'exploitation prévisionel ne devenait franchement positif qu'à partir de 10.000 habitants dont 50% vivant à moins de 5 km du centre. En réalité, et compte tenu du fait que l'Etat devait garantir les amortissements, une masse critique de 3 à 4.000 habitants vivant à moins de 5 km pouvait assurer la viabilité de l'aire.

LA MARGE SUR LES MEDICAMENTS. Un autre aspect testé dans les simulations était l'influence des marges perçues sur le médicament. En milieu rural le résultat global ne devenait positif qu'à partir d'une marge de 40% pour une fréquentation de 29% (Figure 16). Cela montrait l'importance que pouvait représenter une marge sur les médicaments pour la viabilité des CSCOM et aussi les dérapages possibles par l'utilisation de marges élevées.

LES CHARGES FIXES ET L'ADEQUATION CHARGE DE TRAVAIL-PERSONNEL DISPONIBLE. Les charges salariales en milieu rural et en milieu urbain devaient être ajustées au volume de travail (activités curatives, préventives et promotionnelles). Des méthodes d'estimation ont été développées pour déterminer les charges optimales compatibles avec l'équilibre financier du centre et une bonne accessibilité financière du service pour la population. Une des conséquences claires des exercices de simulation a été que la plupart des centres de santé communautaires ruraux ne pouvaient pas équilibrer leurs comptes s'ils devaient payer le salaire d'un médecin. La Figure 17 présente la charge de travail attendue dans un centre comptant deux agents assurant l'ensemble des activités du PMA (stratégie avancée comprise). Elle montre les variations qui peuvent affecter le nombre de contacts selon la proportion de population de l'aire vivant à moins de 5 km du centre (30%, 50% et 70%) du fait de la plus grande utilisation de la consultation curative par cette population. Les hypothèses de fréquentation sont les mêmes que celles utilisées pour la Figure 15.

Figure 15. Bilan du CSCOM rural selon la proportion de la population vivant à moins de 5 km du centre (simulation)

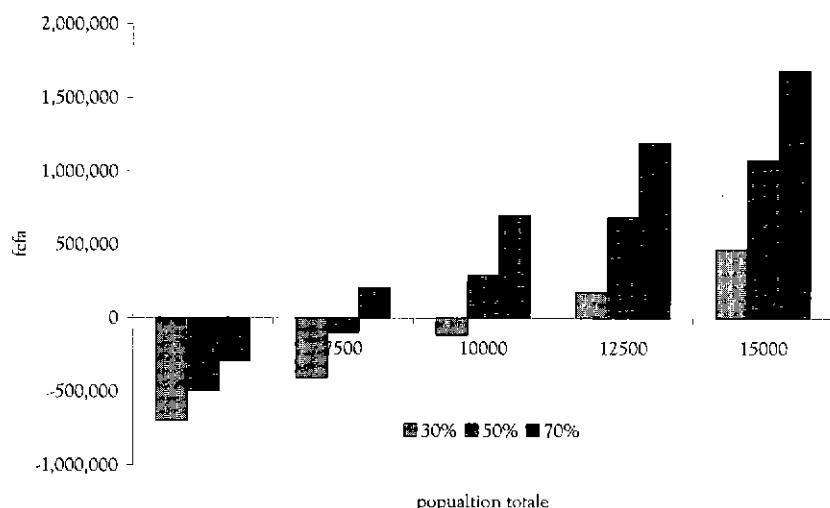


Figure 16. Influence de la marge (coefficients de 1 à 1.8) sur les médicaments sur le bilan du CSCOM ; trois hypothèses de fréquentation : 0.23, 0.29 et 0.35 de la consultation curative (simulation)

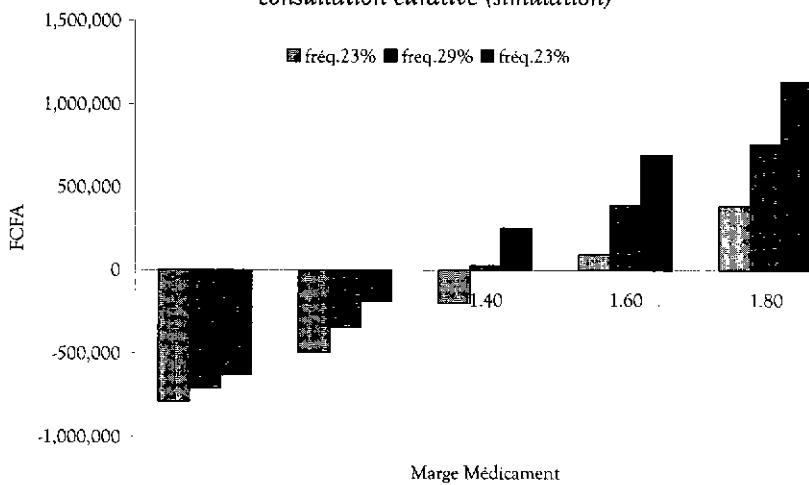
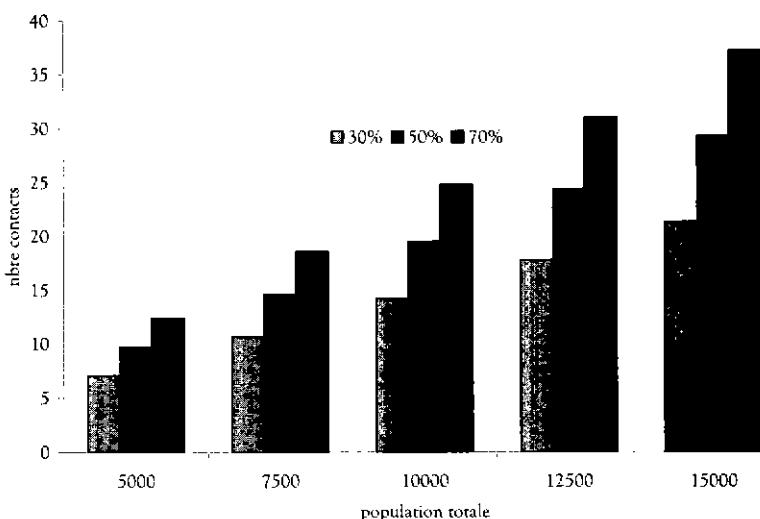


Figure 17. Charge de travail d'un CSCOM rural en fonction de l'importance de la population vivant à moins de 5 km (simulation)



Ces simulations ont délibérément privilégié l'option d'une détermination globale des coûts de fonctionnement au dépend de l'option alternative qui les détermine activité par activité. Ce choix avait pour objet de limiter les conséquences négatives de la détermination rigide des coûts par activité sur l'intégration des différents éléments du PMA. Il devait aider à éviter que les CSCOM soient tentés de favoriser les activités dites rentables et de négliger les autres.

Pour passer de la simulation au budget prévisionnel d'un Centre de Santé particulier, la microplanification des activités itinérantes dans les villages était indispensable. Elle permettait d'estimer le coût de la stratégie avancée. La structure de l'aire, la dispersion des villages et leur nombre, ainsi que la périodicité des visites déterminent le coût de la stratégie avancée (carburant, entretien motocycle). En intégrant ces informations concrètes dans le modèle, le compte d'exploitation prévisionnel permettait de responsabiliser les différentes parties pour la prestation de l'ensemble des activités du PMA et pour l'équilibre du compte d'exploitation. Avec le microplan, il constituait un instrument de base pour l'établissement de la convention de partenariat liant l'ASACO et l'Etat et pour l'évaluation des performances du centre à l'occasion des revues périodiques.

L'examen attentif du compte d'exploitation prévisionnel a été une étape cruciale, permettant aux parties concernées (ASACO, collectivités décentrali-

sées, Etat), de déterminer leurs responsabilités respectives, et leurs engagements réciproques. Bien vite, cependant, les premières simulations ont fait place aux coûts observés. Ceux-ci ont permis de rassurer ceux qui auparavant doutaient de la viabilité des CSCOM.

Du budget prévisionnel à l'équilibre budgétaire

Les coûts d'investissement étaient estimés à 17.000 \$EU, sans le bâtiment et à 40.000 \$EU coût de construction compris (Tableau 20). Pour un CSCOM couvrant une population de 10.000 habitants cela devait revenir à respectivement 1.7 \$EU et 4 \$EU par habitant.

La contribution directe de la population et des collectivités décentralisées à l'investissement était estimée à environ 0.7 \$EU par habitant. Cette contribution pouvait être en nature (main d'œuvre, matériaux de construction), et/ou en espèces. Ces coûts étaient beaucoup moins importants s'il n'y avait pas de nouvelle construction à réaliser (location, ou locaux anciens en bon état).

Les coûts de fonctionnement annuels des CSCOM varient très fortement entre les milieux urbain et rural. Le Tableau 21 reflète ceux d'un Centre de santé rural. En milieu rural, le CSCOM est généralement dirigé par un infirmier et compte rarement plus de 3 agents, infirmier compris. La population de l'aire est très variable, généralement comprise entre 5.000 et 15.000 habitants dont plus de la moitié habite à plus de 5 km du centre de santé.

En milieu urbain, le CSCOM est généralement dirigé par un médecin et compte au moins 5 autres agents. La population de l'aire est généralement de plus de 15.000 habitants. Pour les CSCOM urbains les estimations de coûts sont de 35.000 \$EU par an, soit en moyenne 2,5 \$EU par habitant et par an et pour le CSCOM rural de 13.000 \$EU par an, soit en moyenne 1,3 \$EU par habitant et par an.

L'Etat et ses partenaires continuent à financer une partie des coûts récurrents des CSCOM. Cette contribution est parfois passée inaperçue et n'est souvent pas chiffrée. Elle peut représenter jusqu'à 25% des coûts récurrents. Pour une aire de santé de 10.000 habitants, cette contribution se chiffre à environ 3.000 \$EU par an (vaccins, médicaments antituberculeux et antilépreux, supports, supervision). Le comité local de développement subventionne généralement les charges salariales (salaire d'une matrone et/ou d'un aide soignant).

Tableau 20. Répartition des coûts d'investissement

Rubriques	Communauté et collectivités	Gouvernement	Coût moyen observé (\$EU)
Approche communautaire: négociation & animation	Inauguration du CSCOM	Approche communautaire	300
Bâtiment	Construction 25%	Construction 75%	25.000
Ressources humaines		Formation personnel Formation ASACO Supervision	550 300 150
Consommables	Dotation initiale de fournitures courantes	Dotation initiale de . Médicaments . Vaccins . Support de gestion	4 780* 1 112 250
Matériel et équipement	Mobilier de fabrication locale	Equipement médical Logistique Mobilier	6 350 1 400 120
<i>Total</i>			40 072

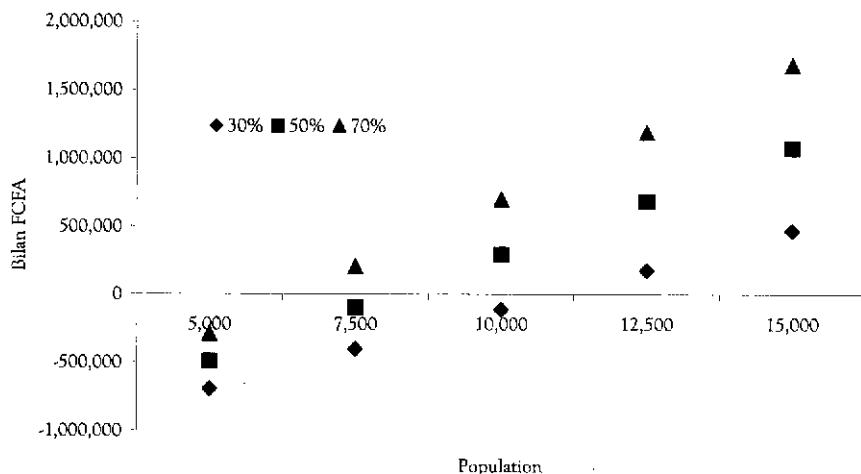
SOURCES: PSPHR & UNICEF. NOTES: 1 \$EU=520 FCFA. *La dotation de médicaments prend en compte la contribution au dépôt répartiteur du district.

Tableau 21. Répartition des coûts de fonctionnement d'un CSCOM rural (amortissements inclus)

	Communauté Collectivité	Gouvernement et partenaires extérieurs	Coûts moyens (\$EU)
Bâtiment	. Entretien – charges	. Pas d'engagement	50
Mobilier et équipement	. Entretien . Amortissement petit matériel	. Amortissement gros équipement et matériel PEV	851
Consommables	. Médicaments . Vaccins . Réactifs et Consommables médicaux . Fournitures courantes . Supports	. Vaccins . Contraceptifs – Antituberculeux . Supports du Système d'Information sanitaire	6 436
Personnel	. Salaires . Logement personnel	. Supervision . Formation continue	4 694*
Transport	. Entretien et Carburant	. Amortissement motocycle (?)	656
Communication	. Entretien	. Amortissement radiocommunication	360
<i>Total</i>			13 047

* comprend le salaire de 4 agents

Figure 18. Résultats financiers des CSCOM ruraux selon simulation



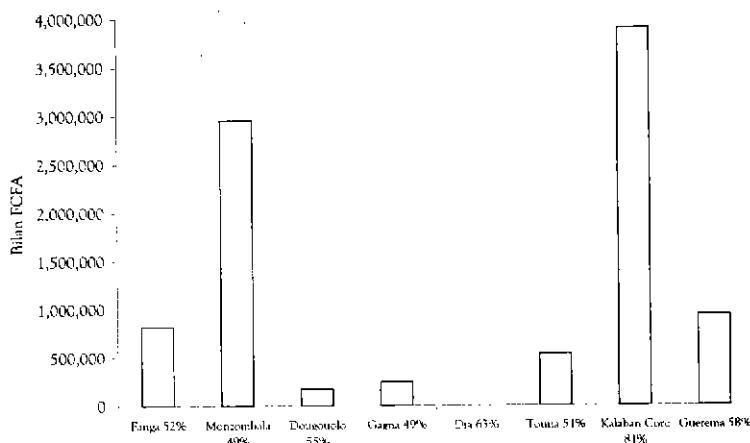
Les résultats des premiers CSCOM ont montré des comptes d'exploitation équilibrés ou excédentaires, bien qu'ils assuraient l'ensemble des activités du PMA. La Figure 18 et la Figure 19 montrent que l'importance de la population vivant à moins de 5 kilomètre du centre de santé était déterminante pour la viabilité du centre.

Trois aires de santé présentent un bilan excédentaire qui s'écarte nettement de la ligne prévisionnelle (Monzombala, Kalabankoro, Fanga avec respectivement 52, 49 et 81% de leur population totale vivant à moins de 5 km du centre). Trois aires de santé se situent en dessous de la ligne prévisionnelle, sans pour autant être déficitaires (Touna, Dia et Guétéma) avec respectivement 51 et 63 et 58% de la population vivant à moins de 5 km du centre de santé.

Les 2 aires restantes sont proches des lignes prévisionnelles correspondant à la proportion de leur population vivant à moins de 5 km du centre de santé (Dougoulo et Gagna avec respectivement 55 et 49 % de leur population vivant à moins de 5 km).

Au total, aucune des 8 aires n'était déficitaire et 6 étaient proches ou excédentaires par rapport aux prévisions. Ces résultats plutôt rassurants ont montré les limites des simulations. Celle-ci ne prenait pas en compte des variables comme la compétence et la qualité relationnelle du personnel soignant ou la motivation et le degré d'engagement de la population. D'un autre côté les associations de santé communautaires n'ont pas toujours arrêté des tarifications identiques à celles utilisées dans les simulations.

Figure 19. Résultats financiers observés dans 8 aires
(le % indique la proportion de la population qui habite à moins de 5 km)



Les points de discussion

La présentation de ces résultats à l'occasion de revues annuelles et autres réunions d'échanges a suscité beaucoup de questions. *Ne risquait-on pas de trop augmenter la marge des médicaments et d'en réduire l'accessibilité financière? Pourquoi ne pas uniformiser les marges et les prix de vente des médicaments? Certains centres n'ont pas prévu un mécanisme explicite pour la prise en charge des indigents, ne faudrait-il pas proposer un mécanisme identique pour tous? Pourquoi ne pas faire financer par des contrats spécifiques les activités des programmes nationaux prioritaires? Il s'agit bien de priorités de l'Etat et cela permettrait d'éviter le risque de déficit et d'envisager des primes de motivations au personnel selon les résultats obtenus. La stratégie avancée coûte très cher, ne faudrait-il pas continuer à la faire financer par le Programme Elargi de Vaccination? Pourquoi faire diriger les CSCOM urbains par des médecins avec les conséquences que cela peut avoir sur les charges fixes du centre? Pourquoi se contenter de la qualification d'infirmier alors que le pays produit des dizaines de médecins chaque année? Que faire pour les aires non viables?*

A ces nombreuses questions, les réponses se sont organisées dans une dynamique où le débat enrichit l'expérience et celle-ci nourrit le débat. Généralement le bon sens a prévalu et les impasses des grandes discussions théoriques, où chacun campe sur ses positions, ont pu être évitées, mais non sans mal.

LA MARGE SUR LES MEDICAMENTS. La marge sur les médicaments était au moins aussi nécessaire pour le CSCOM que pour les officines privées. La contribution des recettes des médicaments au fonctionnement du centre de santé se justifiait tant sur le plan économique que sur le plan de la finalité sociale. Seulement, cette contribution devait être plafonnée et ne pouvait pas excéder un pourcentage raisonnable sinon elle constituerait un obstacle supplémentaire à l'accessibilité. La disponibilité des médicaments essentiels sous forme générique et leur prescription effective constituent les facteurs les plus déterminants de l'accessibilité financière aux médicaments. L'application d'une marge unique et un prix de vente unique pour chaque produit dans tout le pays par souci d'équité, pouvait devenir contreproductifs si des mécanismes de péréquations n'étaient pas pris en compte et pas efficacement gérés pour les centres de santé défavorisés par leur éloignement ou la dispersion de leur population. Les ajustements de la marge cas par cas dans une fourchette raisonnable devaient permettre dans chaque situation de fixer le juste prix de vente et d'éviter les effets pervers des prix de vente différents dans un même marché. C'est en fin de compte cette dernière démarche qui a été retenue dans l'expérience malienne.

LA PRISE EN CHARGE DES INDIGENTS a été laissée à la discrétion des ASACO. Certaines l'ont formellement prévue (crédits, autorisation du comité). D'autres l'ont exclue, arguant que la famille ou la grande famille et éventuellement la caisse de solidarité villageoise sont en toutes circonstances en mesure d'assurer cette solidarité. Ils considéraient peu sage et prématuré d'introduire cette facilité dans la gestion du centre risquant et de mettre en danger sa pérennité. Dans les faits, le taux d'ordonnances prescrites et non desservies donne une certaine indication sur l'importance de l'incapacité de payer parmi ceux qui ont eu recours au centres de santé. Souvent inférieur à 5%, cette proportion dépasse les 10% dans la région de Mopti (particulièrement après la dévaluation du FCFA) et dans les endroits où les médicaments essentiels ne sont pas toujours effectivement disponibles.

Le problème des indigents prenait une acuité plus importante et parfois dramatique dans les situations de références urgentes, le malades devant faire face à des dépenses de plusieurs dizaines de milliers de FCFA. Des expériences sont en cours pour développer et organiser la solidarité pour la prise en charge des évacuations et des interventions chirurgicales urgentes. Elles rencontrent un écho très favorable parmi les ASACO et les populations. Il est permis de penser que le taux faible de cas référés, qui constitue un facteur d'inefficacité globale du système de santé, trouvait en partie son explication dans l'incapacité de faire face au coût élevé de la référence. En tout cas il est

apparu important de distinguer la gestion efficiente du centre de la nécessaire organisation de la solidarité pour augmenter l'accès aux indigents. Il faudra agir sur les deux dimensions sans les confondre.

LA STRATEGIE AVANCEE. L'amortissement du réfrigérateur, la fourniture et l'acheminement des vaccins constituaient près de 90% des coûts réels de l'activité de vaccination et de stratégie avancée. Ces coûts étaient assurés par l'Etat et semblaient devoir le rester avec la prise en charge totale ou partielle de l'amortissement de la motocyclette. Les coûts locaux de la stratégie avancée étaient de l'ordre 160.000 FCFA par an pour l'entretien et le carburant (320 \$EU au taux moyen de change de 1995), et de 90.000 FCFA par an (180 \$EU) pour le pétrole pour les réfrigérateurs. Cela représente moins de 20 FCFA par habitant et par an et guère plus que 3 à 4% du coût total de fonctionnement du centre de santé. C'est à l'évidence modeste par rapport à un budget de plus de 6 millions de FCFA. L'avantage de faire porter ces coûts locaux par le CSCOM réside dans la plus grande autonomie du centre de santé vis à vis des intrants disponibles dans les régions et dans le contrôle local et communautaire effectif de ces dépenses. On peut citer l'exemple du CSAR de Touna où l'infirmier avait arrêté les activités de vaccination durant un mois. Il n'avait pas été approvisionné en pétrole par le programme, alors que la trésorerie du centre était très bonne, le pétrole disponible dans le village et le comité parfaitement disposé à payer pour assurer la continuité de l'activité vaccinale.

Les ASACO rurales accordent beaucoup d'importance aux activités itinérantes (qui ne se réduisent pas aux vaccinations, mais toutefois ne comprennent pas d'activités curatives) et veillent à ce que l'infirmier les assure conformément au calendrier arrêté par la microplanification. C'est en quelque sorte une façon de réduire l'inéquité dans l'accessibilité au centre de santé et de renforcer la solidarité de groupe des villages autour de leur centre. Cette perception ne serait pas concrétisée si le financement des coûts locaux restait à la charge de programmes verticaux. Dans ce cas le personnel de santé n'aurait pas de comptes à rendre à la population. Certaines ASACO ont même organisé des cotisations annuelles renouvelées pour garantir ces activités, d'autres ont prôné que 3 séances par semaine soient consacrées à l'activité itinérante au risque de porter préjudice à la permanence des soins curatifs dans le centre de santé.⁸⁰

⁸⁰ Direction Nationale de la Santé Publique (1993-1996) Série de rapports de missions centrales conjointes (DNSP - PSPHR - UNICEF - Partenaires) de supervision des CSCOM/CSA dans les régions. Bamako: Direction Nationale de la Santé Publique - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Directions Régionales

LES CONTRATS SPECIFIQUES n'avaient pas de raison d'être si l'activité à réaliser faisait partie du PMA. La convention et les revues périodiques étaient l'occasion d'examiner les engagements réciproques de chaque partie (Ministère de la Santé et ASACO) et prendre en compte les situations spécifiques de déficit structurel. Introduire la notion de contrats séparés pour des activités de base aurait risqué de déresponsabiliser les ASACO et d'induire des effets pervers en relation avec la recherche des financements liés à ces contrats.

PRIMES ET AVANTAGES. La motivation financière du personnel ne pouvait se faire en utilisant l'ASACO comme courroie de transmission automatique, sans remettre en cause les principes de décentralisation et de participation communautaire. Certaines ASACO ont octroyé des primes, d'autres ont fait des efforts pour le logement; la population gratifie traditionnellement le personnel qui la visite dans le village pour la réalisation des activités. Ces initiatives ne constituent cependant pas une réponse suffisante à un problème qui se pose avec de plus en plus d'acuité.

LA MEDICALISATION DU PREMIER ECHELON. Le recrutement d'un médecin occasionne des charges plus importantes pour une ASACO que celui d'un infirmier. Tôt ou tard, cependant, le premier échelon urbain sera médicalisé et probablement aussi, dans un avenir prévisible, certaines zones rurales relativement riches - ce sera inévitable vu le nombre de médecins en formation. D'autre part, être engagé par une ASACO n'est souvent pas le premier choix pour un médecin, ni même pour un infirmier. Dans la réalité les CSCOM ruraux ont rencontré des difficultés à recruter les infirmiers qui semblent préférer l'informel florissant dans le milieu urbain comme position d'attente pour un éventuel recrutement dans la fonction publique. Il y a eu des cas où un CSCOM n'était pas lancé faute de pouvoir recruter un infirmier⁸¹. Les CSCOM urbains n'arrivent pas toujours à garder leur médecins qui semblent pour leur part préférer soit un emploi dans la fonction publique, même s'ils y sont deux fois moins bien payés, soit être recruté par une ONG. Les besoins du secteur public pour assurer la disponibilité de l'effectif nécessaire de médecins par cercle (3 à 5 médecins par cercle ne seront pas de trop) sont loin

de la Santé et de l'Action Sociale de Bamako, Mopti, Segou, Kayes, Sikasso, Koulikoro, Mali (1993-1996) Etat d'avancement, études de cas, séries de notes techniques et de rapports de supervision des centres de santé de cercle et CSCOM/CSAR. Bamako: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

⁸¹ Le Mali ne produit pas assez d'infirmiers pour pouvoir satisfaire la planification de l'extension de la couverture. La centralisation de la formations de cadres moyens à Bamako ne favorise pas leur affectation dans les régions rurales.

d'être comblés. La contrainte que pose l'ajustement structurel pour le recrutement du personnel dans les secteurs de la santé et de l'éducation reste une réalité⁸². Il est permis de penser que pour longtemps encore les CSCOM ruraux ne seront pas pris d'assaut par des médecins en quête d'emploi.

QUELLES SOLUTIONS POUR LES AIRES NON VIABLES ? Avec à peine 30% de la population à moins de 5 km d'un centre de santé – proportion stable depuis plus de 15 ans – il n'était pas raisonnable de prétendre à une couverture totale en moins de cinq ans. Il était donc légitime de donner la priorité aux aires qui *a priori* semblaient structurellement viables. Les revitalisations des CSA transformeront dans les quelques années à venir l'accessibilité et la qualité des soins au Mali. Avant l'année 2000 plus de 45% de la population vivra à moins de 5 km d'un centre de santé offrant le PMA et géré par la population. Il sera temps de faire les évaluations nécessaires dans les aires que cet effort initial aura contribué à transformer, pour que chacun mesure mieux les implications, mobilise les ressources (financières et humaines) et s'emploie à organiser la solidarité à tous les niveaux pour assurer la création de CSCOM dans les aires non encore couvertes.

Selon les cartes sanitaires disponibles au niveau central en décembre 1995, sur un total de 614 aires de santé comptant 6.350.000 habitants, 425 étaient programmées avant l'échéance de l'an 2000. Elles comptaient 4.675.000 habitants et représentaient 74% des aires de santé prévisionnelles. Les aires programmées comptant moins de 7.500 habitants étaient au nombre de 133 (31%). Sur les 189 aires non encore programmées, 104, soit 55%, comptaient moins de 7.500 habitants. Ceci traduit la prise en compte du critère de viabilité financière dans la programmation, mais montre aussi que ce critère n'est pas absolu. D'autres critères ont été pris en compte localement, dont celui de l'engagement et la détermination des populations de l'aire.

L'épreuve de la dévaluation

MENACES SUR LA REFORME

Le 12 janvier 1994 le FCFA a été dévalué de 50%. Il était clair que ce serait une épreuve difficile qui pourrait compromettre la mise en oeuvre de la politique sectorielle et hypothéquer la viabilité des CSCOM. Fallait-il faire face en priorité aux conséquences de la dévaluation dans le secteur de la santé, ou poursuivre la réforme? Fallait-il subventionner les médicaments? Comment rendre les médica-

⁸² Même si elle a pu être allégée après la dévaluation du FCFA.

ments en DCI disponibles à toute la population? Quelle serait la conséquence de la dévaluation sur la fréquentation des services, et sur leur viabilité?

Il y a eu quasi unanimité, mais non sans hésitation, pour répondre à la dévaluation par une volonté d'accélération de la mise en oeuvre de la nouvelle politique et mieux encore, pour faire en sorte que les mesures d'accompagnement la renforcent plutôt qu'elle ne la fragilisent. Le gros problème était celui des médicaments.⁸³ Répercutee directement sur le prix de vente des médicaments, la dévaluation aurait provoqué une augmentation des prix de plus de 60%. Cela aurait rendu les médicaments pratiquement hors de portée pour une frange importante de la population. La tentation était forte de mettre des dotations de médicaments dans tous les centres de santé en dehors de la dynamique d'encadrement technique et communautaire en cours, ou, au moins, de les subsidier.

A l'époque le nombre de centres utilisant les médicaments en DCI n'excédait pas quelques dizaines. Pour la majeure partie de la population malienne, renforcer la disponibilité des médicaments génériques était, à terme, une meilleure réponse que la subvention. La subvention trouvait néanmoins son utilité pour éviter la décapitalisation des dépôts de médicaments existants, vu que le gouvernement avait décidé un gel des prix à la vente. Finalement il y a eu subvention grâce à un don canadien de 1 milliard de FCFA octroyé au gouvernement par l'entremise de la Pharmacie Populaire du Mali.⁸⁴ Il a permis de stabiliser les prix de vente de 15 médicaments essentiels par la PPM durant une année et d'en fournir aux officines privées à des conditions avantageuses. Ces mesures furent fortement controversées. Elles n'ont pas empêché la décapitalisation des dépôts de médicaments des centres de santé en périphérie et n'ont pas résolu le problème de la disponibilité des médicaments essentiels.

Le contrat plan entre l'Etat et la Pharmacie Populaire du Mali n'a jamais répondu aux attentes. Des subventions massives ont permis à la PPM de commander des quantités considérables de médicaments en DCI (plus de 2 milliards de FCFA). La disponibilité dans les régions de ces médicaments s'organisait, non sans précipitation. Il était permis de penser que les CSCOM ne manqueraient pas de médicaments dans le proche avenir. Le problème de

⁸³ Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées (1994) Assurer la disponibilité du médicament essentiel au prix le plus bas après la dévaluation. Rapport du groupe de travail constitué le 4 Mars 1994. 69p. Bamako: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

⁸⁴ Gouvernements de la République du Mali et du Canada (1994) Protocole d'entente concernant la livraison de médicaments essentiels. Bamako: Gouvernements de la République du Mali et du Canada.

l'organisation durable de cet approvisionnement restait toutefois posé. Le marché était très loin d'être saturé malgré l'effet de la dévaluation.

LA VIABILITE PRIME SUR L'ACCESSIBILITE

Après une décapitalisation initiale les CSCOM ont répercuté les conséquences de la dévaluation sur les prix de vente des médicaments. Les tarifications des actes par contre n'ont pas changé. Il n'y a pas eu de baisse de la fréquentation, mais il n'est pas exclu que le nombre d'ordonnances prescrites et non dispensées ait augmenté⁸⁵. La situation financière s'est améliorée après l'ajustement des prix de vente, mais au détriment de l'accessibilité financière pour la population. La viabilité a prévalu sur l'accessibilité.⁸⁶

En 1995, l'année suivant la dévaluation, il n'y avait que 3 centres de santé déficitaires (amortissement du réfrigérateur et de l'équipement médical à la charge de l'Etat) sur 39 pour lesquels des comptes d'exploitation détaillés étaient disponibles (Tableau 22). La plupart des CSCOM avaient été créés après la dévaluation et n'avaient donc pas eu à affronter le risque de décapi-

⁸⁵ Ce phénomène a surtout été constaté dans la région de Mopti où la mise en oeuvre de la nouvelle politique de santé devait assurer la continuité d'un système de distribution de médicaments essentiels déjà mis en place à travers un projet régional. Ce système a été déstabilisé par la dévaluation, mais également par le réapprovisionnement dans les magasins de la Pharmacie Populaire du Mali. Quand ils étaient disponibles, les médicaments sous forme générique y étaient nettement plus cher que ceux de l'ancien circuit d'approvisionnement lié au projet, ou que ceux du GIE Santé pour Tous. A Mopti le coût moyen des ordonnances est ainsi passé à plus de 1.200 FCFA, alors qu'il n'était que de 700 FCFA dans d'autres régions. Un malade sur cinq n'y était pas en mesure d'acheter les médicaments prescrits. Voir Berche T & Mariko M (1991) Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Bandiagara; analyse économique et santé publique. Rapport. 112p. Bamako: Institut National de Recherche en Santé Publique. Oepen C, Coulibaly F & Neuhaus E (1997) Combien pourraient coûter des soins de qualité. In: Brunet-Jailly E (éd) Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest. 257-270. Paris: Editions Karthala. Diarra K & Robez-Masson D (1992) Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Djenné au Mali. Initiative de Bamako. Rapport Technique N°14. 34p. New York: UNICEF.

⁸⁶ Direction Nationale de la Santé Publique (1993-1996) Série de rapports de missions centrales conjointes (DNSP - PSPHR - UNICEF - Partenaires) de supervision des CSCOM/CSA dans les régions. Bamako: Direction Nationale de la Santé Publique - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Directions Régionales de la Santé et de l'Action Sociale de Bamako, Mopti, Segou, Kayes, Sikasso, Koulikoro, Mali (1993-1996) Etat d'avancement, études de cas, séries de notes techniques et de rapports de supervision des centres de santé de cercle et CSCOM/CSAR. Bamako: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. UNICEF-Mali (1989-1996) Série de rapports de revues annuelles et à mi-parcours et notes techniques. Bamako: UNICEF.

talisation du dépôt de médicament. Ces centres continuaient à assurer des prestations fort appréciées avec des comptes équilibrés, voire excédentaires, prenant en charge tous les coûts locaux de fonctionnement (pétrole de la chaîne du froid, carburant pour la logistique compris). Les coûts des prestations avaient certes augmenté dans les anciens centres (en particulier dans la région de Mopti). Mais les nouveaux centres (les plus nombreux) ont constitué une opportunité nouvelle et un progrès inestimable pour la population qui était dépourvue d'accès facile aux services de soins et qui, en cas de nécessité, devait payer une fortune pour avoir quelques médicaments en spécialité.

Tableau 22. Compte d'exploitation de 23 CSCOM et 16 CSAR l'année suivant celle de la dévaluation

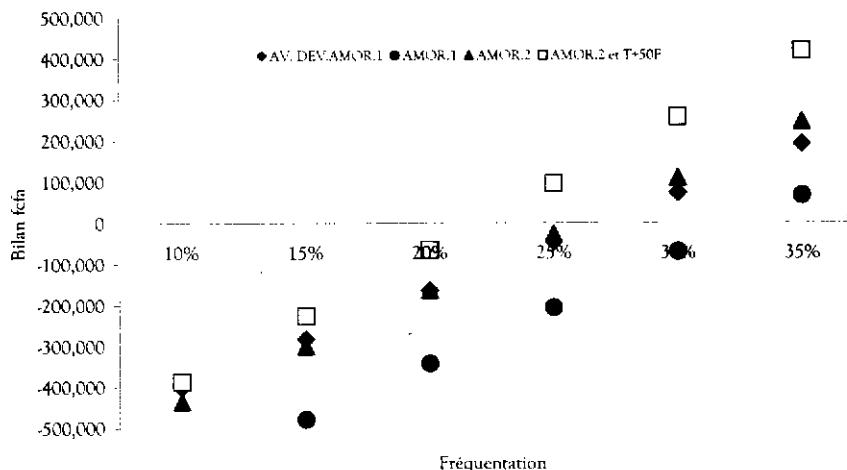
	CSCOM		CSAR			
	Excédentaire	Équilibré	Déficitaire	Excédentaire	Équilibré	
Kayes	1	5	1	0	1	0
Koulakoro	1	2	1	2	1	0
Ségou	5	3	1	4	1	0
Mopti	1	1	0	7	0	0
Sikasso	1	0	0	0	0	0
Total	9	11	3	13	3	0

NOTE : les centres de santé d'arrondissement (CSAR) disposent d'un infirmier payé par l'Etat ; les CSCOM doivent assurer eux-mêmes le salaire de l'infirmier. SOURCES : S Samaké, F Giudetti, A El Abassi.

Une augmentation de 50 FCFA de la tarification aurait amélioré significativement les chances de rester en équilibre (Figure 20). Elle réduirait cependant l'accessibilité financière et préjuge de l'élasticité de la demande. Les grandes conséquences de la dévaluation sont en réalité à venir et concernent l'amortissement des équipements (pratiquement tous importés) et la logistique. Amortir un réfrigérateur à pétrole de près de 2.000 \$ EU et une motocyclette de 1.000 \$ EU, est devenu illusoire pour les centres de santé ruraux, alors que certains l'avaient envisagé au départ. Pour que le CSCOM puissent assurer les amortissements qui lui étaient attribués il faudrait que le niveau de fréquentation dépasse largement les 0.35 (Figure 20). Or, les taux de fréquentations observés avant dévaluation étaient compris entre 0.15 et 0.25 dans les CSCOM et les CSA revitalisés ; ailleurs ils étaient souvent inférieurs à 0.10. Il n'est pas imaginable de penser que les CSCOM, en particulier les ruraux, puissent survivre et répondre aux objectifs pour lesquels ils ont été créés sans que l'Etat ne garantisse (avec l'appui des partenaires extérieurs) l'amortissement des équipements et ne contribue à la logistique. Après la dévaluation cet engagement de l'Etat était devenu incontournable. Il devait

s'organiser très rapidement pour éviter les impasses prévisibles lorsque le matériel serait à remplacer.

Figure 20. Amortissement et dévaluation : les effets sur l'équilibre financier d'un CSCOM rural



NOTE : CSCOM avec une Population de 9631 habitants dont 55% est à moins de 5 km du centre de Santé. Amortissements à la charge du CSCOM: Amortissement 1= réfrigérateur sur cinq ans, petite instrumentation sur trois ans, mobylette sur trois ans. Amortissement 2= petite instrumentation sur 3 ans, mobylette sur 3 ans. Option = augmentation de 50 FCFA de la tarification

Le financement du système de santé de cercle

Dans les cercles où un système de recouvrement des coûts était organisé, près de 50% du budget de fonctionnement provenait des recettes propres, l'Etat continuant à assurer les salaires. Les aires de santé non fonctionnelles étaient et restent couvertes par les Centres de Santé de l'Arrondissement, du moins pour les activités préventives. Les CSAR reçoivent pour cela une modeste subvention. Dans le cadre du nouveau programme, l'Etat devait faire augmenter de 4% en 1991 à 9% en 1995 la part de la santé dans le budget de l'Etat. Bien qu'amorcée, cette évolution est restée en deçà des objectifs (6.56% en 1996) (Figure 14).

Cette augmentation devait permettre d'améliorer le fonctionnement de base du système et en particulier celui de la référence. Le problème à ce niveau est plus dans la fluidité et la flexibilité de la mobilisation de ces ressources par le niveau décentralisé. Il n'était pas rare de constater qu'au 3^{ème} trimestre, le budget de la santé accusait un retard d'exécution très important,

alors que les besoins étaient loin d'être couverts. Là, il s'agissait d'un problème de structuration et de décentralisation effective des budgets. Dans beaucoup de pays les ministères de finances ne regardent pas toujours d'un bon oeil cet aspect de la décentralisation. Les cadres chargés des finances ne sont pas facilement enclins à modifier les procédures et les supports. Pourtant, une solution est indispensable pour que les centres de référence, et l'équipe cadre du cercle, puissent bénéficier effectivement et en fonction des besoins de sa programmation, des ressources budgétaires garantissant un fonctionnement de base correct. Faute de quoi, l'utilisateur devra payer le prix fort pour chaque hospitalisation ou intervention chirurgicale, d'autant qu'il n'y a pas encore de mécanisme de solidarité pour prendre en charge les cas référés, en dehors de quelques expériences prometteuses.

Une évaluation portant sur les coûts et le financement du système de santé de cercle fut entreprise en 1996.⁸⁷ Elle a concerné 3 cercles et une commune de Bamako. Les coûts de fonctionnement, hors amortissement, de la première référence variaient de 530 FCFA par habitant pour la Commune V de Bamako à 108 FCFA par habitant pour Djenné. L'évaluation passe systématiquement en revue les différents mécanismes permettant de financer le système de santé de cercle avec le souci de l'équité. Sa conclusion était qu'il n'y a que deux façons d'assurer la viabilité des hôpitaux de première référence : les subventions de l'Etat et la créativité des populations et des équipes de santé pour la recherche de nouvelles formes de solidarité. Pour que cette deuxième dimension puisse se développer, il faudra éviter les approches parachutées ou généralisées. Les efforts pour progresser vers un budget consolidé par cercle et pour mettre en place des nouveaux mécanismes de solidarité (pré-mutuelles et mutuelles) permettront de mieux appréhender le financement du système de santé de cercle dans sa globalité et dans sa complexité.⁸⁸

Le grand problème reste celui de la structure de financement du CSCOM, qui dépend de l'importance de la population avec un accès facile. Si l'Etat garantit les amortissements pour tous, comme cela semble devoir se réaliser, il sera nécessaire de mettre en place des mécanismes de solidarité par niveau (cercle, région et central), pour progresser dans l'extension de la couverture du pays par les CSCOM. Les aires non viables ou à viabilité incertaine

⁸⁷ Blaise P, Kegels G & Van Lerberghe W (1997) Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali. *Studies in Health Service Organisation & Policy* 5, 1-130.

⁸⁸ Camara I (1997) Une expérience mutualiste de gestion directe: le Centre de Santé MUTEC. In: Brunet-Jailly E (éd) Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest. 360-366. Paris: Editions Karthala. Chalamet P & Diakite K (1997) Bâtir sur l'initiative: l'exemple des ressortissants émigrés. In: Brunet-Jailly E (éd) Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest. 167-178. Paris: Editions Karthala.

vont constituer bientôt la grande majorité des CSCOM à programmer. Une surenchère serait de conditionner tout progrès actuel à une solution pour les aires non viables. Le bon sens pousse plutôt à progresser dans la réalisation des aires viables, négocier cas par cas les aires limites, ne pas fermer la porte aux aires non viables bénéficiant d'une forte dynamique communautaire et les réaliser en fonction des engagements réciproques. Il s'agit d'organiser le système de santé de cercle et son financement, pour finalement se trouver dans une situation nouvelle qui constitue une différence majeure en termes de qualité et d'accès au soins. Ceci devrait permettre, en connaissance de cause, de mobiliser les ressources et la solidarité pour l'extension de la couverture aux aires présumées non viables.

Le problème des aires non viables reste important. Il faudra trouver des mécanismes d'allocation de ressources plus équitables, sans pour autant dé-mobiliser ceux qui ont fait des efforts malgré des conditions défavorables, ni revenir à la centralisation dont l'échec en la matière est patent. Apprendre des expériences en cours, amener chaque partenaire à respecter tous ses engagements, organiser et développer la solidarité à la base permettront assurément de progresser dans la création de CSCOM dans les aires défavorisées. Certaines aires de santé *a priori* non viables ont montré le chemin. Kaara dans la région de Sikasso, avec moins de 5000 habitants et Gagna dans la zone inondée de la région de Mopti ont assuré la viabilité de leur CSCOM grâce à des cotisations annuelles de la population.⁸⁹

⁸⁹ Direction Nationale de la Santé Publique (1993-1996) Série de rapports de missions centrales conjointes (DNSP - PSPHR - UNICEF - Partenaires) de supervision des CSCOM/CSA dans les régions. Bamako: Direction Nationale de la Santé Publique - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Directions Régionales de la Santé et de l'Action Sociale de Bamako, Mopti, Segou, Kayes, Sikasso, Koulikoro, Mali (1993-1996) Etat d'avancement, études de cas, séries de notes techniques et de rapports de supervision des centres de santé de cercle et CSCOM/CSAR. Bamako: Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

1994-1995 : Aller à échelle & améliorer la qualité

Des pressions pour accélérer

La toute grande majorité des intervenants a bien apprécié les réalisations du début des années 1990. Les plans de développement de cercle étaient élaborés en concertation avec les partenaires locaux et avec l'appui de la région. Les plans de couverture prenaient en compte des éléments démographiques, géographiques, sociologiques et économiques. Cartes non figées, elles étaient utilisées comme outils de négociation pour le développement et la couverture sanitaire du cercle. Les CSCOM assuraient le PMA avec des activités itinérantes dans les villages, réalisant dans leur aire de responsabilité les objectifs qui sous-tendent la politique sectorielle (accessibilité financière, amélioration de la qualité des soins, bonne couverture préventive, gestion par la population, viabilité sans perfusion financière de l'aide extérieure).

Bien sûr, on s'interrogeait sur la reproductibilité et sur la fragilité des engagements de chaque partie (Etat, populations), particulièrement après la dévaluation. Mais on se rendait compte qu'il n'y avait pas vraiment d'alternative valable, et certainement pas dans les formules du passé.

Très vite des pressions pour aller plus vite et étendre la couverture à tout le pays commencèrent à se faire sentir. Tout en appréciant la qualité et les performances, certaines parties mettaient en avant le temps trop important que prenait chacune de ces réalisations : 18 mois pour le plan de développement sanitaire du cercle, 12 mois environ pour un CSCOM. S'il y avait des CSCOM qui pouvaient démarrer 6 mois après le début des négociations, d'autres prenaient jusqu'à 24 mois (Tableau 23).

D'aucuns demandaient la révision des stratégies pour qu'elles répondent mieux à leurs préoccupations, que ce soit en termes de couverture, de décaissement ou de satisfaction politique. Il est évident que s'il fallait mettre bout à bout les durées pour chaque réalisation dans chaque région, il faudrait attendre jusqu'à bien au-delà de l'an 2000 avant de faire des différences substantielles en termes de couverture. Cette perspective n'était évidemment pas acceptable pour tous, en particulier pour ceux qui s'étaient engagés à atteindre des objectifs institutionnels et politiques.

*Tableau 23. Durée de la préparation du lancement
des CSCOM et CSAR dans le région de Koulikoro*

Durée en mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Tougouni (CSA)																								
Baguinéda (CSA)																								
Boron (CSA)																								
Mourdiah (CSA)																								
Ballé (CSA)																								
Monzombala																								
Nossombougou CSA																								
Kalabancoro																								
Koula (CSA)																								
Chola																								
Sirakorola (CSA)																								
Massantola (CSA)																								
Didiéni (CSA)																								
Nangola																								
Sabougou																								
Kolébougou																								
Nyamina (CSA)																								
Moribabougou																								
Keniégue																								
Madina Sako (CSA)																								
Naréna (CSA)																								
Goumbou																								
Dilly (CSA)																								
Kerouané																								
Cola Bamanam																								
Massigui (CSA)																								

LEGENDE: N = Début des négociations ; I= Formation des agents du CSCOM ; C= Crédation de l'ASACO ; A= Formation de l'ASACO. NOTES : Tougouni (CSA) 1995 ; Baguinéda: 1996 ; Boron: 1995 ; Moudiah: 1996 ; Ballé: 1996 ; Monzombala: 1994 ; Nossombougou: 1995 ; Kalabancoro: 1994, l'ASACO existait avant le début de l'approche de la communauté; Koula: 1995 ; Chola: 1995 ; Sirakorola: 1996 ; Massantola: 1995 ; Didiéni: 1996 ASACO refuse de garder l'infirmier du CSA ; Nangola 1995 problèmes recrutement infirmier ; Sabougou: 1995, problèmes négociation ; Kolébougou: 1994, problèmes de recrutement du personnel ; Nyamina: 1995, saison de pluies et retard de l'ESSC ; Moribabougou: 1995, négociation conver sion maternité/en CSCOM ; Keniégué: 1995, retard dans la mobilisation des ressources par SNV ; Madina Sako: 1995, retard de l'ESSC ; Naréna: 1995, négociation difficile et problèmes avec l'infirmier ; Goumbou: 1995, difficulté appui à cause des distances ; Dilly: 1995, difficulté appui à cause des distances ; Kerouané: 1995 problème de recrutement infirmier ; Cola Bamanam: 1995, négociation difficile ; Massigui: 1996, retard dans la mobilisation des ressources par SNV.

A L'INTERIEUR DU MALI les pressions provenaient du niveau politique qui voulait faire bénéficier rapidement la population des avantages du nouveau système. Le Gouvernement s'était engagé à atteindre des objectifs dans un cadre national et international. Il voulait montrer les progrès réalisés dans cette voie et avancer vers la réalisation de ces objectifs. Les performances des premières réalisations et leur acceptabilité par la population avaient conduit l'autorité sanitaire à appuyer les stratégies d'opérationnalisation en mettant la pression pour aller plus vite.

Les ASACO de Bamako et le GIE Santé pour Tous comptaient de nombreux cadres supérieurs, dont certains étaient militants de partis politiques. Ainsi, il n'est pas étonnant que les problèmes de la progression de la mise en oeuvre et les débats sur les stratégies aient résonné à des niveaux politiques élevés et contribué à mettre la pression. Une autre source de pression politique interne provenait de la volonté de mobiliser effectivement les ressources allouées par les bailleurs, notamment dans un souci macro-économique.

Les pressions venaient aussi de la population. Après les formations, les échanges sur les cartes sanitaires et surtout avec le bouche à oreille au sujet des premiers CSCOM, les populations s'adressaient de plus en plus aux médecins-chefs et aux directions régionales pour que des CSCOM soient rapidement ouverts chez eux. Par l'intermédiaire de leurs ressortissants à Bamako, ils adressaient des demandes directes à certains partenaires extérieurs – par exemple à de petites ONG françaises ou dans le cadre de jumelages.

LES PRESSIONS DE L'EXTERIEUR. La Banque Mondiale et l'UNICEF ont été les partenaires exprimant le plus d'inquiétude et d'impatience pour les retards de mise en oeuvre. Les autres partenaires l'ont manifesté à des degrés moindres, ou pas du tout⁹⁰. Il est vrai que l'USAID a développé des mécanismes permettant de progresser pour atteindre des objectifs d'éradication de la dracunculose et d'augmentation de la prévalence contraceptive. Toutefois, elle voulait veiller à ce que ces objectifs ne nuisent pas, ou le moins que possible, à la dynamique de création de CSCOM. Ce fut plus facile à dire qu'à faire.

Aux séminaires de lancement du PSPHR en novembre 1992 et de mise en œuvre en février 1993, la tentation avait été forte d'accélérer l'élaboration des plans de développement de cercle et d'en multiplier rapidement le nombre. Il y a certainement eu des pressions de la Banque Mondiale dans ce sens. L'étape préparatoire de mise en place des fondations du nouveau système de santé n'avait pas fait décaisser beaucoup d'argent, et ses réalisations

⁹⁰ A ce stade les autres partenaires extérieurs n'avaient pas encore commencé le dépassement pour la mise en oeuvre (FED, KFW), ou restaient en marge, voire en dehors du cofinancement (FAC, FNUAP).

n'étaient pas très visibles. Le message était clair : en l'absence de réalisations significatives dans les mois suivants, le PSPHR risquait d'être remis en question pour insuffisance manifeste dans le décaissement, conformément aux procédures en usage à la Banque. Il est vrai que ce message a été tempéré par la manifestation claire de la sympathie des missions successives de la Banque pour ce qui se faisait au Mali. Tant la Banque que l'UNICEF suivaient avec intérêt le lien établi entre l'évolution de l'accès au PMA et la réalisation d'objectifs de couvertures de programme.

Les nouvelles capacités démontrées par les médecins-chefs lors de ces séminaires, la maîtrise et l'engagement dont faisaient preuve les cadres régionaux ont cependant atténue les interpellations et les critiques. Donner du temps au temps devenait à terme rentable en créant un espace pour l'auto-apprentissage et l'appropriation. Les responsables du niveau central ont résisté aux tentations 'bulldozer', et respecté les dynamiques en cours sur le terrain.

L'UNICEF a joué un grand rôle d'abord pour l'immunisation universelle au cours de l'année 1990, puis dans l'animation et la mobilisation lors du Sommet Mondial pour l'Enfance. L'organisation avait un souci constant de vérifier systématiquement que les stratégies mises en oeuvre constituaient le meilleur moyen d'atteindre ses objectifs. Ayant joué un rôle clef dans la définition et la mise en oeuvre de la politique nationale, elle voulait montrer rapidement que les stratégies proposées étaient pertinentes et que la couverture progressait de façon régulière et significative. La pression de l'organisation s'exerçait à travers des canaux multiples, particulièrement à l'occasion des réunions et rencontres internationales. Particulièrement bien informé grâce à son engagement sur le terrain (conseillers techniques UNICEF auprès de cinq directions régionales de la santé), le Bureau de l'UNICEF à Bamako se gardait bien de mettre en danger la dynamique en cours par des pressions inconsidérées. Pour son siège cependant, ce type de préoccupations n'avaient pas la même importance que quelques points de couverture vaccinale gagnés ou perdus.

On pouvait raisonnablement espérer que les choses s'accéléreraient après les premières expériences dans chacune des régions. L'interpellation n'en était pas moins à prendre au sérieux. Cependant, ceux qui travaillaient près des réalités du terrain savaient qu'une politique de l'autruche ne lèverait en rien les contraintes.

Des contraintes réelles

Offrir à toute la population du Mali l'accessibilité, la qualité et le niveau de couverture sanitaire réalisés par les premiers CSCOM, était un objectif légi-

time et nécessaire. Y parvenir rapidement était plus que souhaitable.

Mais surtout, la mise en place des intrants devait s'accompagner de leur maîtrise par les acteurs. Or, la précipitation, bousculant ce processus, faisait courir le risque de compromettre le niveau de qualité minimal requis, conduisant à un nombre significatif d'échecs. En focalisant le jugement sur ces échecs c'est toute l'expérience qui risquait alors d'être mise en cause.

Il fallait accélérer l'extension de la couverture, pour prendre de l'envergure et gagner la crédibilité indispensable vis à vis des programmes nationaux. Ainsi les conditions seraient créées pour l'intégration de leurs interventions à la dynamique en cours. Il fallait accélérer aussi pour créer les conditions politiques d'un déblocage définitif et durable du problème des médicaments essentiels. Mais cette accélération, ce passage à l'échelle, était soumis à une série de contraintes objectives, trop souvent ignorées par ceux qui prônaient l'accélération de la mise en oeuvre.

En pratique, cependant, il s'agissait ni plus ni moins que d'une transformation profonde des services de santé et des relations entre la population et les services. Il fallait donc des cadres compétents expérimentés et motivés.

LE PROBLEME DU PERSONNEL. De nombreux cercles n'avaient qu'un seul médecin, et les infirmiers étaient difficiles à recruter en milieu rural pour les CSCOM. Cela apparaît paradoxal dans un pays où on parle de chômage de jeunes diplômés. Les limitations aux recrutements de médecins dans la fonction publique, l'inégalité dans le déploiement du personnel, et le développement de l'informel dans la ville de Bamako expliquent cette situation. Les infirmiers préfèrent de plus en plus rester dans la capitale où ils ont été formés plutôt que d'aller travailler en milieu rural qui plus est sans le statut de fonctionnaire.

Pour diriger un CSCOM il fallait au moins une qualification d'infirmier diplômé⁹¹. La formation de base était complétée par une formation initiale d'un mois sur la gestion du centre et du PMA et poursuivie par des supervisions mensuelles durant une année.

Les séances de formation initiale des infirmiers et des matrones ont révélé des niveaux de compétence très divers, mais généralement bas. Des lacunes graves étaient constatées à l'occasion des supervisions, y compris dans les CSCOM. La formation de base du personnel infirmier n'était pas du tout adaptée au rôle de « médecin » qu'il est appelé à jouer en brousse. De nombreuses matrones étaient incapables de lire ou d'écrire correctement. Une

⁹¹ Il fallait rétablir une crédibilité, non seulement par rapport la situation de dénuement des centres de santé du secteur publics, mais également vis-à-vis des expériences avec les « agents de santé villageois » des années 1980.

formation initiale d'un ou deux mois ne peut pallier des défaillances aussi sérieuses. Il n'est alors pas surprenant de constater que certains diagnostics ne figurent jamais sur les registres de consultations et que les rares références (souvent moins de 1% des consultants) soient essentiellement des évacuations d'urgence.⁹²

Si les séances de recyclage et les supervisions peuvent contribuer à améliorer les compétences du personnel en place, cet effort restera inefficace et inefficace à moyen et long terme sans une révision des programmes des écoles de formation du personnel infirmier, et sans une standardisation du recrutement des matrones à un niveau acceptable. Des propositions de révision des programmes de formation des écoles de santé ont été formulées (en particulier dans l'école d'infirmiers de Sikasso qui les a d'ailleurs mises en oeuvre). Mais les années passent et les phases préparatoires n'en finissent pas de perdurer pour l'école secondaire de santé de Bamako, principale institution de formation de cadres paramédicaux.

Le problème de la formation de base des médecins se posait également, mais de façon moins cruciale et moins critique. Le nouveau contexte exigeait d'eux une grande polyvalence. Ils devaient avoir des compétences chirurgicales et gestionnaires qui n'étaient généralement pas enseignées dans les écoles de médecine:

Dans certains cercles, et après que l'équipe ait franchi des étapes cruciales (élaboration du plan, négociation de la carte), des mesures de mutation ont été décidées sans tenir compte de leur impact sur le fonctionnement des équipes. Cela a ramené certains cercles à la case départ. Dans d'autres circonstances ce furent des cas malheureux de maladies graves ou de décès. Dans les pays où les cadres sont rares en milieu rural, ces phénomènes sont à prendre en considération.

DES CAPACITES LOGISTIQUES ET D'APPUI LIMITEES. Les premières réalisations ont bénéficié d'un appui logistique important de l'UNICEF. Les capacités d'appui logistique du Gouvernement n'étaient pas appropriées et constituaient une contrainte sérieuse pour aller plus loin et plus vite. Le rythme de développement, lent au début, cachait ces problèmes. Très vite les problèmes de logistique sont devenus un frein.

Les capacités d'appui des équipes régionales étaient forcément limitées. Leur rôle concernait le développement de l'ensemble du système de santé de cercle. L'accent devait être mis non seulement sur le CSCOM mais également

⁹² de Champeaux A, Hours B, Maiga M, Simpara CAT & Stroobant A (1994) Evaluation à mi parcours du PSPHR. 5-23 décembre 1994. Rapport d'évaluation. 144p. Bamako: Projet Santé Population et Hydraulique Rurale.

sur l'activité hospitalière de référence. Le recours systématique à l'assistance technique extérieure pour répondre à cette préoccupation aurait fait courir le risque de compromettre l'appropriation. La tendance naturelle des assistants techniques à réinventer la roue aurait pu amener plus de problèmes que de solutions.

La décentralisation constituait une des orientations essentielles de la nouvelle politique sectorielle. Il y avait un consensus sur sa nécessité et son bien fondé. Ne risquait-on pas, en voulant aller très vite, de finalement renforcer la centralisation?

LE TEMPS DISPONIBLE des cadres du niveau opérationnel devait se partager entre les activités découlant de la mise en oeuvre de la nouvelle politique, les activités des programmes verticaux (séminaires, supervisions centrales, ateliers nationaux, etc.) et les prestations de soins pour la population. Dans cette situation de compétition, la priorité était toujours donnée à l'activité imposée ou bien rémunérée au dépens de la permanence des prestations. La pénurie de ressources humaines, en particulier en milieu rural, accentuait encore ce phénomène.

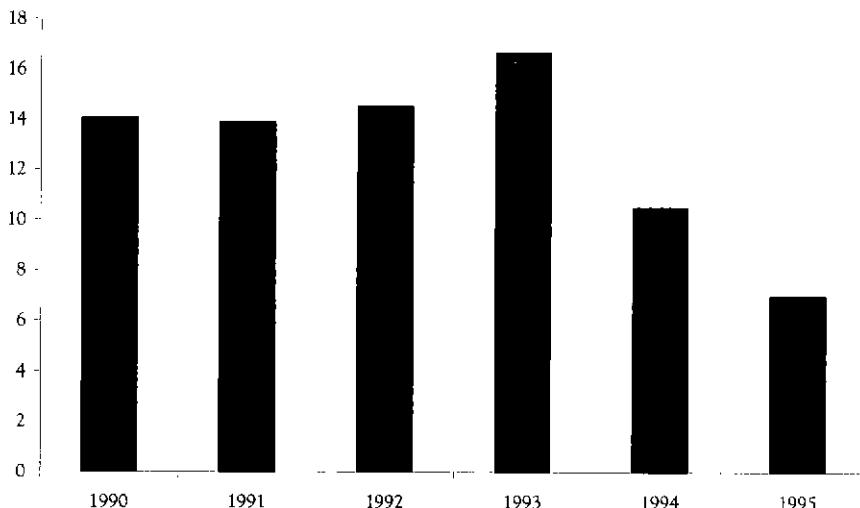
En effet, si on voulait assurer, dans les CSCOM en création, la qualité de soins et une gestion correcte, gage d'efficacité et de viabilité, il fallait apporter un minimum d'appui. Cet appui consistait en une série d'étapes successives: l'approche communautaire, la mise en place des intrants, la formation et le lancement du nouveau centre (CSCOM ou CSAR), les supervisions techniques et le suivi et l'évaluation. Dix huit mois (y compris les 6 premiers mois de fonctionnement) se sont avérés nécessaire pour créer un CSCOM et l'amener à un niveau opérationnel acceptable. Le niveau de performance ainsi obtenu apparaissait alors compatible avec l'atteinte des objectifs fixés. La charge pour l'équipe de cercle est estimée à 10 semaines pleines de travail au minimum par CSCOM. Cela constitue un goulot d'étranglement. On ne peut le réduire qu'au détriment de la qualité de l'appui et du potentiel d'appropriation par les acteurs.

Peu nombreux étaient les cadres qui avaient acquis une expérience suffisante durant les deux premières années de mise en oeuvre. Leur nombre augmentera progressivement en fonction des progrès réalisés dans les cercles élus. Ils bénéficieront alors de l'appui de ceux qui ont déjà acquis cette expérience.

LES LIMITES DE LA DÉCENTRALISATION BUDGTAIRE. La décentralisation budgétaire n'accompagne et ne renforce pas encore le processus (Figure 21). Ce sont les projets, et notamment le PSPHR, qui soutiennent l'effort actuel. Les

dernières années montrent que l'augmentation globale du budget de la santé a bénéficié essentiellement aux exécutions financières réalisées par le niveau central et non à celles réalisées par les régions. Il semble qu'à l'heure actuelle il y ait plus de recentralisation que de décentralisation budgétaire.

Figure 21. La part des budgets régionaux dans le budget santé 1990-1996



SOURCES : CPS Ministère de la Santé

Le problème persistant de l'intégration des programmes verticaux

La nouvelle politique n'a pas été mise en oeuvre d'un bloc: tous les anciens programmes verticaux ont continué à fonctionner, d'autres se sont même rajoutés (dracunculose, distribution à base communautaire de contraceptifs). Officiellement il s'agissait d'une situation transitoire, dans l'attente de leur décentralisation et de leur intégration progressive. Cette volonté de changement dans la continuité cachait en réalité toute une série de problèmes plus ou moins explicites et la réalité relevait plus du statut quo, voire du retour en arrière.

La confusion persistait concernant l'intégration et la décentralisation effective des activités constitutives du Paquet Minimum d'Activités. Aucun des programmes verticaux n'avait amorcé une transition explicite. Hésitant à mettre en question les modalités de gestion et d'intégration, ils continuaient à bénéficier de financements de partenaires extérieurs qui ne voyaient pas

toujours d'un bon oeil le processus en cours. Préoccupés par leurs programmes ou projets spécifiques ces derniers étaient soucieux de conserver un interlocuteur aux bras longs.

Lorsque le nombre de réalisations est devenu significatif, les médecins-chefs et les cadres régionaux ont commencé à critiquer les sollicitations intempestives des programmes verticaux. La Direction Nationale de la Santé a alors pris des mesures formelles afin que la priorité soit donnée à l'exécution des plans de développement sanitaire de cercle. Pourtant les partenaires extérieurs et les responsables des programmes au niveau central prenaient prétexte de la couverture encore insuffisante, pour justifier leurs interventions parallèles.

Malgré la volonté des uns et des autres, les problèmes de coordination et d'harmonisation des interventions du niveau central n'étaient pas faciles à résoudre. Au début de 1994 la Direction Nationale de la Santé a organisé des journées de concertation avec la participation de toutes les divisions et des directions régionales. Les différences de niveaux d'information et de logique ont apparu en pleine lumière. Ces concertations ont fait progresser les choses, mais sans résoudre tous les problèmes. Les logiques qui sous-tendaient les divisions et les programmes de la Direction Nationale de la Santé étaient trop influencées par les traditions et l'interférence des partenaires extérieurs. Les personnes les plus impliquées dans la mise en oeuvre de la nouvelle politique n'avaient pas de solution miracle à proposer. Elles ont néanmoins pu corriger les incohérences majeures et résoudre les conflits de priorité.

Au delà de l'arbitrage ferme du niveau central, le terrain ne pouvait sortir vainqueur de l'épreuve sans proposition alternative. C'est ainsi qu'il a été suggéré à tous les programmes de canaliser leurs appuis vers les formations initiales pour le lancement des CSCOM. Quand le nombre d'aires de santé fonctionnelles a dépassé la centaine, un nouveau rapport de force s'est établi. Les partenaires extérieurs et les responsables de programmes nationaux ont pris des attitudes nettement plus positives à l'égard du nouveau système de santé en développement. Il fallait dorénavant gérer le nouveau risque représenté par le trop plein de propositions d'intégration en provenance de projets ou programmes.

Accélérer sans déraper

Les responsables techniques nationaux et expatriés ont tous émis des doutes sur les chances de réussite d'une accélération précipitée. Leurs positions convergentes ont tempéré l'effet démobilisateur des pressions.

Il était possible d'aménager certaines mesures d'accélération. La création d'un premier CSCOM était une condition de démarrage. Ceci permettait à l'équipe de cercle de ne pas composer trop vite avec les inerties qu'elle pouvait rencontrer (y compris en son sein), quand il s'agit de transformer un centre de santé étatique. Après cela, revitaliser des CSA pouvait aller plus vite que créer d'autres CSCOM : l'infrastructure et le personnel étaient déjà en place.

Le regroupement des formations initiales pour 3 à 4 centres de 2 ou 3 cercles d'une région présentait des avantages. On gagnait du temps sur le processus d'appui et on créait une dynamique de groupe et une émulation tant parmi les personnes en formation que parmi les médecins-chefs. Ce fut, semble-t-il, une bonne manière de mettre dans le bain les nouveaux venus. La concentration des formations faisait courir des risques. Des solutions spécifiques devaient être envisagées. Pour pallier le risque de négliger le lancement du centre, un accompagnement d'une semaine était explicitement prévu à l'ouverture de chaque centre ainsi qu'un stage de quelques jours dans un CSCOM opérationnel (Tableau 8). Un autre risque tenait à la gestion des priorités par les cadres régionaux et de cercle. Certaines formations groupées n'ont pas été suivies suffisamment rapidement par l'ouverture des centres. Un délai trop long entre formation et ouverture du centre, en réduit considérablement l'efficacité. Enfin, la supervision rapprochée, dite de démarrage, restait le complément indispensable à toutes ces mesures.

Ces mesures étaient nécessaires pour ne pas tomber dans les facilités et les déboires des classiques formations en cascades. La formation par la pratique, l'auto-évaluation avec un appui par ceux qui ont acquis l'expérience pratique de ce qui est enseigné, et l'échange d'expériences : tous ces facteurs ont été décisifs pour obtenir le changement.

La mise en place du nouveau Système d'Information Sanitaire (SIS) a favorisé la prise de décision à chaque niveau. Sa mise en place s'est avérée particulièrement difficile en raison de la résistance des projets et programmes nationaux qui avaient chacun leur propre système.⁹³ Malgré le consensus qui a prévalu durant tout le processus d'élaboration du nouveau SIS (qui a duré plus de 3 ans), la mise en place piétinait. Le maintien de l'ancien système à

⁹³ Van Lerberghe W, Coulibaly CO, Sidibe O & Franklin C (1995) Etat d'avancement de la réforme du système d'information (SIS) au Mali. Rapport de mission. 28p. Bamako: Projet Santé Population et Hydraulique Rurale - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées. Van Lerberghe W (1993) Proposition pour une réforme du SIS: mise en place d'un système local d'information sanitaire. Rapport. 132p Bamako: Projet Santé Population et Hydraulique Rurale - Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées.

titre transitoire devenait un obstacle au développement du nouveau. La Direction Nationale de la Santé a par conséquent décidé de le généraliser à l'ensemble du pays, même s'il restait à parfaire sur certains aspects. Cette mesure devait favoriser la dynamique d'accélération: on pouvait en faire le monitoring grâce au nouveau SIS⁹⁴.

Face aux pressions de plus en plus insistantes les responsables techniques ont développé des scénarios de couverture pour illustrer, à partir des performances des premiers CSCOM, ce que l'on serait en droit d'attendre de l'achèvement des plans de cercle. Ces illustrations se sont avérées très utiles pour les supporters et les acteurs directs en apportant des arguments attestant du bien fondé des stratégies. On n'en était plus à se demander s'il était possible ou non de réaliser telle couverture ou tel résultat. On savait que c'était faisable. La question était plutôt de mettre des échéances plus raisonnables.

En décembre 1994 une évaluation externe a précédé la revue à mi-parcours du PSPHR. Elle a apprécié l'importance et la qualité des progrès réalisés.⁹⁵ Les risques d'aller trop vite et l'existence de certains blocages (dossier du médicament et disponibilité des cadres au niveau opérationnel) ont été particulièrement soulevés. Une attention soutenue devait être accordée au développement des capacités des communautés. Il ne fallait pas considérer comme un résultat ce qui n'était que le début d'un processus. Les pressions ont alors diminué et les partenaires extérieurs ont tenu à exprimer une position commune avec le Gouvernement pour se féliciter des progrès réalisés.⁹⁶ Cette manifestation d'unanimité était la première du genre depuis la déclaration de la nouvelle politique sectorielle en décembre 1990. Elle impliquait les principaux partenaires extérieurs qui appuyaient le secteur santé.

Des résultats visibles

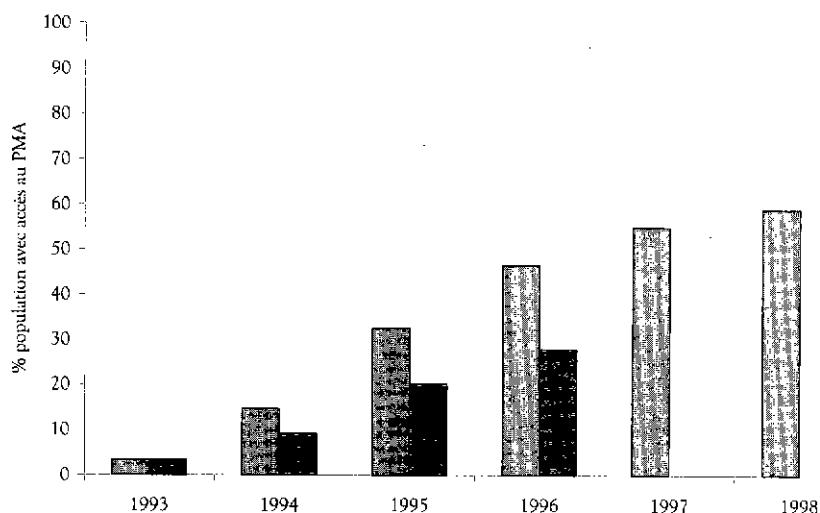
Les choses avançaient. L'accélération effective était en cours. On estimait à 900.000 habitants la population bénéficiant des services d'un centre de santé assurant le PMA, soit plus de 1/10 de la population malienne.

⁹⁴ Et au logiciel DESAM, une base de données géographique et cartographique qui met en relation les informations sur les ressources et celles du SIS sur la production de soins et la morbidité.

⁹⁵ de Champeaux A, Hours B, Maiga M, Simpara CAT & Stroobant A (1994) Evaluation à mi parcours du PSPHR. 5-23 décembre 1994. Rapport d'évaluation. 144p. Bamako: Projet Santé Population et Hydraulique Rurale.

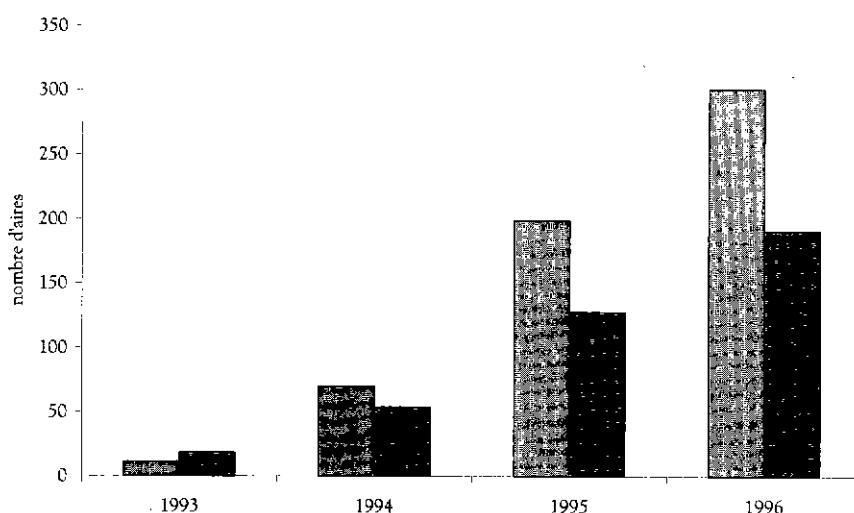
⁹⁶ Gouvernement de la République du Mali (1995) Communiqué de presse conjoint gouvernement - bailleurs de fonds dans le cadre du Projet Santé Population et Hydraulique Rurale. 2p.

Figure 22. Proportion de la population totale avec accès à un CS qui offre le PMA avec gestion communautaire : planification et réalisations



SOURCES : DESAM/SIS Ministère de la Santé

Figure 23. Nombre des aires de santé transformées : planification et réalisations



SOURCES : DESAM/SIS Ministère de la Santé

Figure 24. Performances réalisées dans 18 aires de santé, avant et après transformation

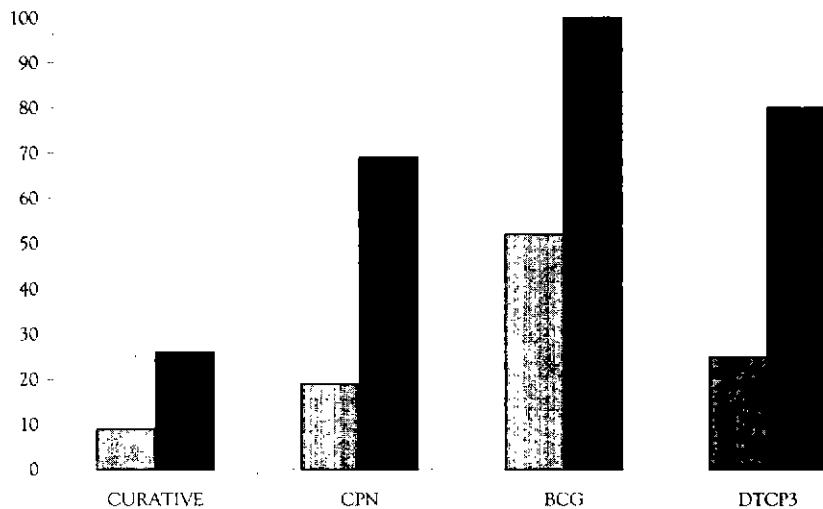
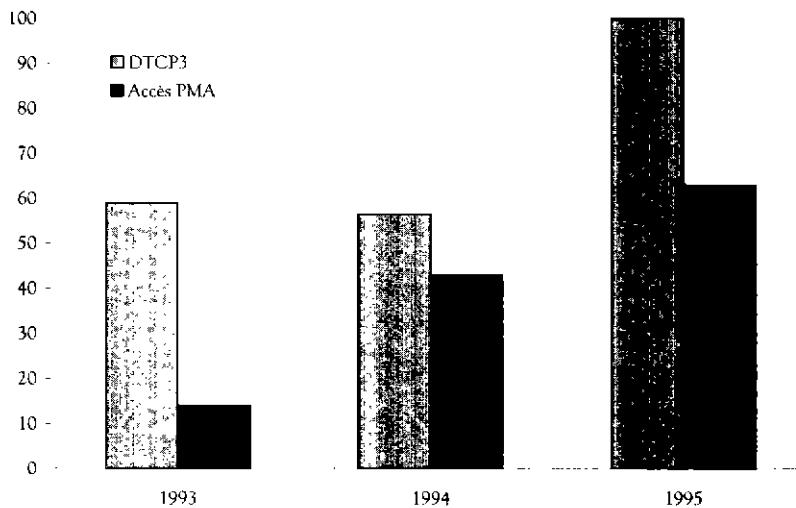


Figure 25. Evolution de l'accès au PMA et des performances dans le cercle de Bla (93-95)



Selon la programmation des plans de développement sanitaire, la population vivant à moins de 15 km d'un centre de santé géré par les communautés et offrant le PMA, devait passer de 3.35% en 1993 à 65% en l'an 2000. Elle a de fait progressé de près de 24.5% entre 1993 et 1996. Le nombre d'aires transformées a progressé de 173 unités au cours de la même période.

Cette progression était certes inférieure aux prévisions. Elle n'en n'était pas moins effective et soutenue. Le décalage entre réalisation et programmation était réel, mais une accélération était en cours depuis le 2^{ème} semestre 1994. La vitesse de croisière atteinte devait se poursuivre jusqu'au début de l'année 1997, terme auquel tous les CSA programmés ont été effectivement revitalisés (Figure 22 et Figure 23). Au delà de cette échéance, la progression de l'accessibilité au PMA sera tributaire de la capacité de créer des nouveaux CSCOM dans des aires de santé dont la viabilité n'est pas assurée.

Les performances réalisées par les aires de santé transformées en CSCOM ou revitalisées ont montré des améliorations très importantes par rapport à la situation antérieure.

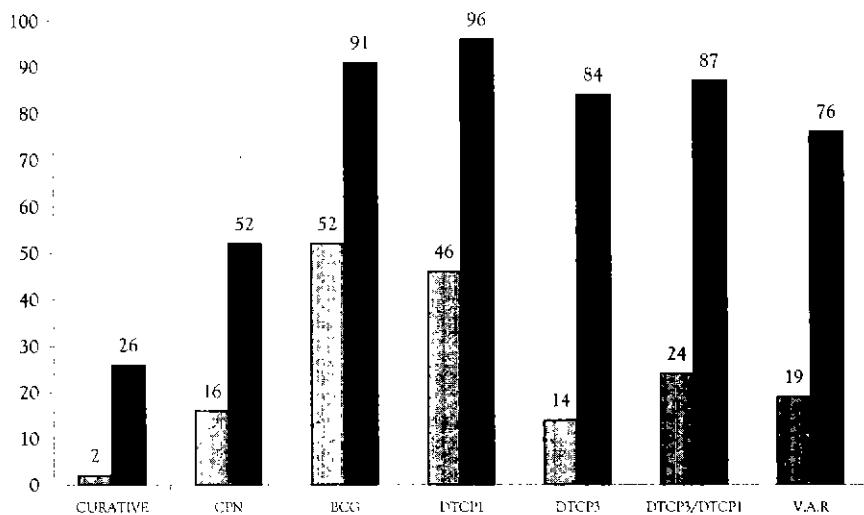
La Figure 24 compare les niveaux de performances pour 195.000 habitants dans 18 aires de santé, avant et après l'introduction des CSCOM ou la revitalisation des CSA. L'amélioration s'est faite à un coût acceptable. Le coût moyen de l'ordonnance dans ces aires de santé était de 734 FCFA en 1995.⁹⁷

Dans les cercles de Bla et de Djenné où l'accessibilité au PMA avec gestion communautaire a fort augmenté, cette progression a eu un impact très significatif sur les performances globales de l'ensemble du cercle (Figure 25).

Le cas de l'arrondissement de Mozambala illustre l'impact du nouveau système. Cet arrondissement a été divisé en deux aires de santé : l'une restait sous la responsabilité du CSA, dans l'autre un CSCOM a été lancé. La Figure 26 montre les différences entre les services pour la population couverte par le CSCOM et celle qui dépendait toujours du CSA (non revitalisé, et fonctionnait toujours comme avant).

⁹⁷ UNICEF-Mali (1989-1996) Série de rapports de revues annuelles et à mi-parcours et notes techniques. Bamako: UNICEF.

Figure 26. Les services à la population dans l'arrondissement de Mozambala : à gauche la partie de l'arrondissement (17.401 habitants) restée sous la responsabilité du CSA, à droite l'aire devenue responsabilité du nouveau CSCOM (8.000 habitants)



La progression de l'accès au PMA dépendra des capacités à surmonter les difficultés dans les aires de santé dont la viabilité financière n'est pas assurée. L'autre difficulté sera de trouver du personnel qualifié disposé à aller travailler en milieu rural sans le statut de fonctionnaire de l'Etat. Les mécanismes de solidarité devront être plus explicites pour que les ressources (y compris le personnel existant) soient réparties équitablement dans chaque cercle. Il faudra tenir compte des conditions structurelles permettant d'équilibrer les comptes des aires de santé fonctionnelles et éviter toute tentation de fuite en avant si les ressources ne permettent pas d'envisager la transformation de toutes les aires prévues par la carte sanitaire. Le mieux est parfois l'ennemi du bien. Il faudra consolider les progrès réalisés et asseoir les nouvelles règles du jeu avant de pouvoir aborder la dernière phase d'extension de la couverture. Ce n'est qu'ainsi qu'on évitera une fragilisation de l'ensemble des réalisations, et le gâchis que ne manqueraient pas de provoquer des échecs clairement prévisibles.

L'accélération initiale avait cependant mis en évidence certaines fragilités. Très peu de réalisations avaient concerné le système de référence. Son organisation effective et son renforcement restaient indispensables pour garantir la qualité et l'efficacité d'ensemble du système de santé de cercle. Le système d'information sanitaire était mis en place, mais nécessitait une atten-

tion soutenue à tous les niveaux pour qu'il contribue effectivement aux objectifs pour lesquels il avait été instauré.⁹⁸ La qualité des prestations restait encore insuffisante. Le problème de la formation de base du personnel de santé restait entièrement posé.

D'une stratégie d'extension de couverture au changement du rapport entre services et usagers

Le problème de la formation n'était cependant pas le seul. On reprochait souvent au personnel de santé fonctionnaire de l'Etat de faire passer son statut de « fonctionnaire représentant » de l'administration de la santé, voire de l'administration tout court, avant son métier de soignant. Il n'avait de comptes à rendre ni à la population locale, ni à sa propre administration en dehors des rapports statistiques.

Le bouleversement introduit par les CSCOM dans cette relation traditionnelle était considérable: le personnel de santé n'était plus forcément fonctionnaire de l'Etat, il devait rendre compte à l'ASACO qui dirigeait le centre et était souvent son employeur. L'ASACO était conseillée par le médecin-chef du cercle mais pouvait également recourir à toute autre expertise. L'infirmier n'avait plus le monopole de l'accès aux autorités sanitaires.

Dans cette nouvelle situation, la relation du personnel de santé avec la population était plus équilibrée. Le personnel de santé devait, désormais, se baser sur ses compétences et sa capacité d'écoute pour « s'imposer » .

Le nouveau rôle joué par la population dans la gestion de sa santé représente un acquis majeur de la nouvelle politique sectorielle. Cette situation nouvelle ouvre des perspectives de dynamique de développement inter-villageoise, qui vont au-delà de la santé. Autant la nouvelle situation est prometteuse, autant elle est fragile et les contraintes à lever sont nombreuses. Les capacités gestionnaires et le taux d'alphabétisation sont très faibles dans le Mali rural. L'expérience en cours offre une porte d'entrée pour améliorer les capacités des communautés, mais montre en même temps les limites ac-

⁹⁸ Des supports facilitent l'auto-évaluation et la revue des performances de certaines activités (couvertures préventives, nature des prescriptions, coût moyen des ordonnances, NOMBRE de cas référés, causes et retro-information, etc.). Leur utilisation pourrait s'estomper s'ils n'alimentent pas les réunions périodiques des ASACO. Un obstacle à surmonter dans cette perspective est l'inadaptation de ces outils à une utilisation directe par l'ASACO, particulièrement quand celle-ci est composée d'analphabètes. Les supports et outils ne permettent pas d'apprécier correctement la qualité des soins si le point de vue des bénéficiaires ne fait pas partie intégrante d'un ensemble de critères de qualité à établir et réviser périodiquement.

tuelles du changement et les risques qui l'entourent.

L'évolution décisive vers la responsabilisation de la population a été rendue possible grâce à l'établissement d'une nouvelle relation avec le personnel de santé. La communication qui s'est ainsi développée a supporté cette évolution. Des progrès ont été faits dans le domaine de la participation, mais ils restent cantonnés aux aspects de gestion, ou de couverture par village de certaines activités préventives. Un chemin important reste à parcourir, tant pour le développement de supports appropriés, l'encouragement d'attitudes nouvelles chez le personnel, que pour renforcer les capacités des communautés à les déchiffrer et en tirer profit.

On a souvent observé que les ASACO ne rendent pas compte à leurs villages respectifs des activités de leur comité et du conseil de gestion. Le risque est réel que l'ASACO se réduise à un nouveau maillon bureaucratique entre les services de santé et la population. Son rôle de contre-pouvoir n'en est pas moins réel vis-à-vis des techniciens des services de santé.⁹⁹

Une insuffisance importante des modèles mis en place réside dans le faible développement de la relation entre le CSCOM et la population villageoise. Les activités de stratégies avancées à elle seule ne suffiront pas pour maximiser l'impact et diversifier les opportunités. Des efforts étaient entrepris, partant des enseignements tirés des projets de nutrition, pour renforcer les activités à base communautaire. Mais là aussi, la démarche, certes résolue, devra éviter la précipitation pour ne pas devenir contre productive. L'aire de santé du fait de son existence et du fait de la dynamique d'organisation qu'elle induit, peut être utilisée comme porte d'entrée pour un développement communautaire plus large allant au delà des seules questions de santé.¹⁰⁰

Telle est l'hypothèse majeure qui sous tend la stratégie des CSCOM. Il est certe prématûré de l'évaluer. Elle ne se réalisera pas spontanément. Il faudra l'appui et l'encadrement de tous ceux qui ont une perception claire des avantages potentiels e cette nouvelle situation. Alors seulement sera-t-il possible

⁹⁹ Fassin D, Jeannée E, Salem G & Réveillon M (1986) Les enjeux sociaux de la participation communautaire. Les comités de santé à Pikine (Sénégal). *Sciences Sociales et Santé* 4, 205-221.

¹⁰⁰ Barret N, Magassa N, Clarisse G & El Abassi A (1994) Evaluation de la dynamique liée à l'existence des Centres de Santé Communautaires; constats et enjeux. Rapport d'étude. 23p. Bamako: UNICEF. Maiga M, Sissoko A, Niangaly A et al. (1995) Quel rôle joue la femme dans la création et la gestion des associations de santé communautaires et des CSCOM au Mali. 45p. Bamako: Institut National de la Recherche en Santé Publique - Centre National d'Information, Education et Communication pour la Santé.

de surmonter les obstacles et les difficultés¹⁰¹ inhérentes au processus de changement avec la participation de chacun de ses acteurs à des changements inédits chez chacun des acteurs

Les progrès dans ce domaine seront tributaires de l'évolution de la société malienne dans son ensemble, des progrès de la décentralisation effective, loin des idéalismes vains, et des théories lénifiantes. Il ne fait pas de doute que plus les capacités des populations à négocier avec les services de santé et avec l'administration seront effectivement renforcées, plus les progrès dans la responsabilisation de la population seront réels.

L'autonomie des ASACO est une nécessité si l'on veut promouvoir une relation saine de partenariat.. Le regroupement en Fédération a renforcé leur capacité de négociation. La Fédération des Associations de Santé Communautaire (la « FENASCom ») a tenu son premier congrès constitutif en juillet 1994. Elle constitue un acquis précieux, mais n'est pas à l'abri d'une politisation artificielle.

La définition de la relation entre les ASACO et les futures communes rurales sera très importante pour le développement du secteur. La délégation contractuelle de la gestion du CSCOM, par l'état et la communauté, aux associations, représentés par les ASACO constitue l'originalité de l'expérience Malienne. Cette approche s'inscrit plus dans une logique de décentralisation effective et d'autonomie des communautés, que dans une logique de privatisation au sens libéral du terme. Ces CSCOM ont une mission de service public. Les ASACO n'en doivent pas moins rendre compte à la communauté dont ils sont l'émanation et à l'administration dans le cadre des revues périodiques des conventions.

¹⁰¹ Le Jean Y (1997) L'expérience associative: vulnérable et irremplaçable. In: Brunet-Jailly E (éd) Innover dans les systèmes de santé. Expériences d'Afrique de l'Ouest. 117-131. Paris: Editions Karthala.

Gérer le changement

Sans les projets et les expériences des années 1980 et leur contribution à la formation de cadres sur le terrain, il n'aurait pas été possible d'envisager la mise en œuvre ou même de formuler une nouvelle politique sectorielle de santé au Mali. Celle-ci était d'autant plus crédible qu'elle prenait appui sur les acquis et les enseignements du passé – et que la nécessité du changement était devenue une évidence pour tous les acteurs. C'est la conception du système de santé et du rôle que devait y jouer l'Etat qui a fait la différence avec le passé. Mais le passage d'une multiplicité d'actions parallèles et souvent contradictoires, à une tentative de coordination de tous les intervenants a été tout aussi important.

Il faut avoir les moyens de sa politique. Au Mali l'engagement des principaux partenaires du secteur a de toute évidence constitué un facteur de succès pour sa mise en œuvre effective. Cet engagement a fait la différence avec les appuis disparates et non coordonnés des années 1980. L'implication des divers acteurs nationaux a également été déterminante. Le système de santé au Mali était bien trop en faillite pour supporter un changement imposé de façon administrative, et faisant fide de la collaboration de tous.

Les changements consécutifs à la nouvelle politique bousculaient traditions et intérêts établis. Il fallait compter avec la motivation de certains acteurs et l'inertie ou la résistance des autres. L'expérience a montré que les positions n'étaient pas immuables. Elles changeaient d'une étape à l'autre.

Chaque étape – on peut en distinguer quatre – avait ses enjeux et ses alliances. La première étape a été celle de la définition de la politique, et va de 1989 à début 1991. La deuxième a été la période des expérimentations et de l'élaboration de la stratégie. C'est la phase de recherche de méthodes, outils et approches pour la mise en œuvre. C'est aussi celle de la réalisation des premiers CSCOM et des plans de développement sanitaire de cercle. Elle a commencé en 1991 et s'est achevée en 1993. La troisième étape a été celle des premiers résultats : les premières réalisations de CSCOM et l'acceptation pour financement des premiers plans de développement sanitaires de cercle. Elle a débuté au milieu de l'année 1993 et s'est achevée fin 1994. Elle a été suivie, fin 1994, par le passage à échelle de la mise en œuvre et était marquée par l'évaluation externe et la revue à mi-parcours du PSPHR.

Au début il n'y avait que fort peu d'opposition aux principes de la politique sectorielle, mise à part la résistance active de certaines organisations professionnelles, surtout due à la question des médicaments (Figure 27- Figure 30). Le cadre de référence était politiquement acceptable, et que les

détails étaient suffisamment restés dans le vague pour ne pas susciter les inquiétudes. Cela a changé dès qu'on a commencé à experimenter et formuler la stratégie de changement. Les enthousiasmes se sont tassés : chez certains par peur de l'inconnu, chez d'autres par peur de perdre du pouvoir.

Les étapes préparatoires pour la mise en œuvre ont été plus longues et plus complexes que ce qui avait initialement été imaginé. Le fait qu'il y avait un modèle de référence explicite a facilité la construction de la stratégie pour le changement. Le développement d'un espace d'expérience et d'innovation fut décisif pour la poursuite du dialogue au niveau stratégique. Ceci implique proximité du terrain, expertise, expériences, échanges : une excellente école d'apprentissage et de formation de cadre. La planification initiale, si approfondie fut-elle, ne prenait pas en compte les réalités d'une situation complexe et dynamique. Son application rigide aurait conduit à une impasse. Rien n'était, de fait, figé d'avance et les mesures réglementaires majeures ont souvent suivi plutôt que précédé les premiers pas.

Même au sein du Ministère les réserves étaient perceptibles au moment de l'élaboration des stratégies (Figure 28). Le peu d'enthousiasme des cadres régionaux non impliqués dans les premières étapes montre combien il est important de veiller à la bonne circulation de l'information et de développer de façon active les échanges. Une grande difficulté rencontrée pour la mise en œuvre consistait à gérer positivement la coexistence entre la nouvelle organisation du système de santé et les appuis traditionnels de programmes verticaux. Les nouveaux développements (PMA, gestion communautaire, décentralisation et intégration) devaient s'étendre progressivement pour assurer une couverture nationale. Les zones non encore couvertes continuaient donc de bénéficier des appuis traditionnels des programmes verticaux.

La mise en œuvre ne pouvait pas être une juxtaposition des programmes existants. La négociation pour la décentralisation de la gestion et l'intégration des activités des Programmes dans le nouveau système qui se mettait en place s'est avérée une véritable épreuve de force où les aspects techniques et d'efficacité étaient rarement au premier plan. Les enjeux et les influences de cette épreuve ne se jouaient pas seulement sur le terrain malien. La décentralisation et l'intégration progressaient pratiquement à contre courant et se trouvaient souvent mises au défi de résoudre des problèmes nouveaux causés par de nouveaux programmes proposés dans le format classique des anciens.¹⁰²

¹⁰² El Abassi A (1998) Le processus d'intégration de programmes au sein d'un Paquet Minimum d'Activités pour les Centres de Santé: l'expérience du Mali. In: Van Lerberghe W & de Béthune X (éd) Intégrations et Recherche. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 8, 109-121.

Figure 27. La position des acteurs nationaux au cours des quatre étapes

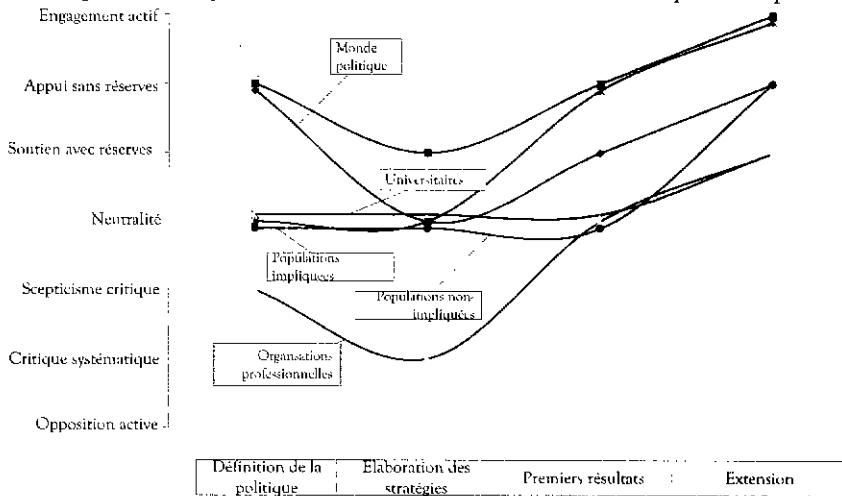


Figure 28. La position des cadres de la santé au cours des quatre étapes

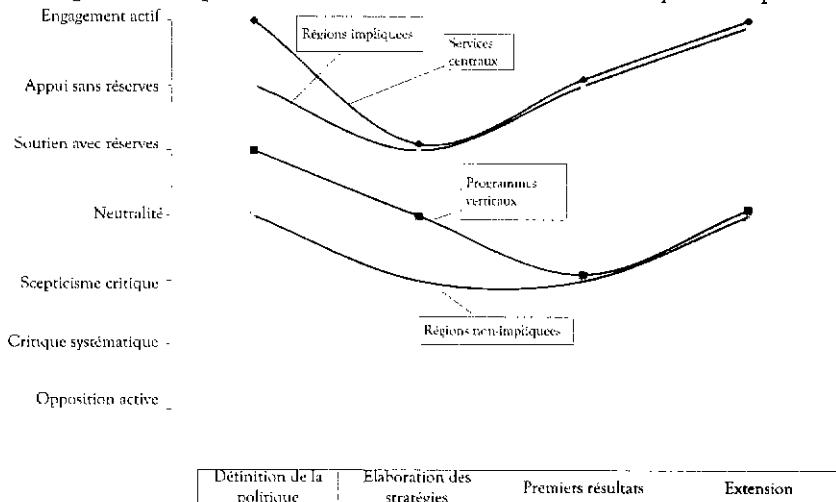


Figure 29. La position des partenaires bilatéraux au cours des quatre étapes

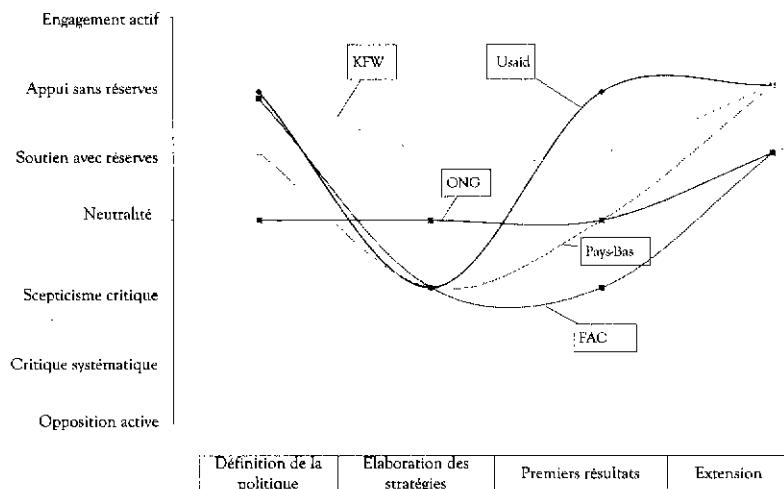
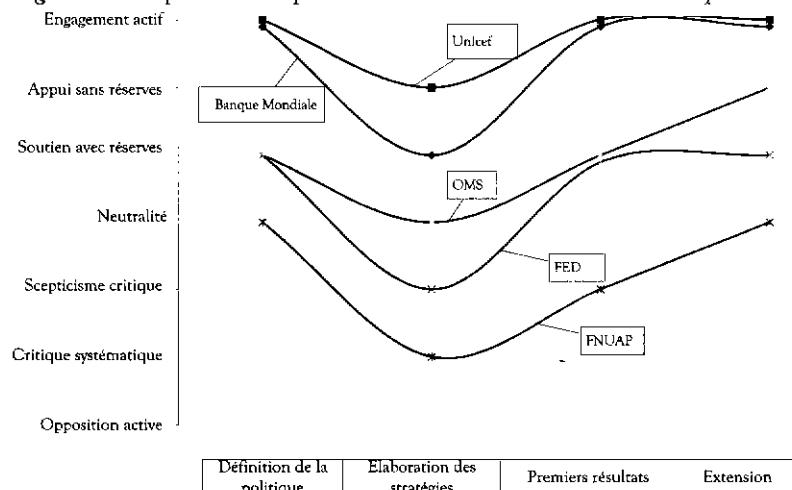


Figure 30. La position des partenaires multilatéraux au cours des quatre étapes



Les réalisations initiales sur le terrain ont eu un effet de levier. Les capacités des cadres à défendre et promouvoir leurs nouvelles expériences ont mobilisé les acteurs indécis et en rallié les opposants. Elles ont eu un effet certain sur l'évolution de la position des partenaires extérieurs, élargi les alliances et favorisé une plus grande mobilisation. Elles ont aussi permis de mieux gérer les pressions en rassurant les partenaires et en donnant davantage de confiance aux acteurs eux-mêmes. Progressivement le bouche à oreille à la suite des premières expériences réussies a changé le climat.

Les positions des partenaires extérieurs étaient, elles-aussi, loin d'être homogènes. Ce n'est qu'à la revue à mi-parcours qu'il y a eu un consensus d'appui. Comme pour les acteurs nationaux, l'étape d'élaboration de stratégies pour le changement et, à un moindre degré, celle des premiers résultats n'a pas entraîné l'enthousiasme. Il est fort possible que s'il n'y avait pas eu la situation de transition politique par laquelle passait le Mali, les inquiétudes, impatiences et intérêts institutionnels des différentes parties auraient eu raison des tentatives de changement. L'attentisme manifesté par de nombreux partenaires a donné le temps d'ancrer la nouvelle politique sur le terrain.

La multiplicité des centres et des niveaux de décision chez les partenaires extérieurs¹⁰³ a constitué une contrainte sérieuse pour coordonner les appuis pour la mise en œuvre de la politique nationale. Les procédures d'exécution financière sont très différentes d'un partenaire à l'autre ; cela ne favorise pas toujours la coordination opérationnelle du cofinancement. Ce dernier est devenu un système de financements parallèles, chacun cherchant à développer ses marges, pour réaliser un projet cohérent en soi, quitte à empiéter sur l'appui assuré par un autre partenaire. Au lieu de renforcer la convergence, la complémentarité et la flexibilité, les financements parallèles ont marqué un retour en arrière. Il est vrai que la centralisation des budgets nationaux d'une part et l'absence encore de budget consolidé par cercle d'autre part n'ont pas favorisé l'évolution souhaitée.

Le collectif des partenaires extérieurs, quand il est associé à la définition

¹⁰³ L'insistance des partenaires extérieurs pour que les contributions passent à travers les ONG plutôt que par l'administration, constitue-t-il la panacée ? Nul ne peut nier l'importance des contributions des ONG, mais elles doivent se situer dans le cadre de la politique nationale. On voit mal cette condition assurée par des relations partenaires extérieurs – ONG sans prendre en compte le rôle de régulation et d'orientation de l'administration publique. Il y a certainement un juste milieu à chercher sur cette voie qui évite les contraintes bureaucratiques, encourage l'innovation et l'initiative, mais s'intègre dans une dynamique nationale de développement. La politique sectorielle a offert au Ministère de la santé le cadre adéquat pour cette coordination. La progression réalisée dans la mise en œuvre lui a conféré une crédibilité pour négocier les appuis extérieurs fournis par les ONG.

des domaines d'intervention peut jouer le rôle de garde-fou utile pour tous, et avant tout pour le gouvernement et le pays lui-même, en veillant à la cohérence et à la complémentarité effective de l'ensemble des appuis. Une coordination effective des partenaires extérieurs avec un pouvoir réel de leurs délégations dans le pays facilite la négociation et rapproche les décisions du lieu même de la mise en œuvre. La négociation séparée des accords de financement n'a pas toujours préservé la cohésion de départ.

La coordination et la complémentarité des appuis du gouvernement du Mali, de la Banque Mondiale et de l'UNICEF ont été décisifs pour traduire la nouvelle politique dans le concret. La conception flexible du Programme Santé Mali-UNICEF a permis de préparer les choses, et en particulier d'élaborer les plans de développement de cercle et de créer les premiers CSCOM.

Les supervisions centrales conjointes¹⁰⁴ ont joué un rôle très important dans la dynamique du changement et sa diffusion. Elles étaient réalisées par la Direction Nationale de la Santé, avec le PSPHR et l'UNICEF. Elles associaient souvent l'un ou l'autre des partenaires extérieurs en particulier l'OMS. Ces supervisions ont permis au niveau central de mieux s'imprégnner des réalités du terrain. Elles ont aussi par leur démarche participative impliqué tous les acteurs concernés (ASACO, équipe de santé de CSCOM, équipe de santé de cercle, équipe régionale). Les restitutions se faisaient sur place, et un rapport de consolidation était systématiquement partagé avec toutes les régions et les directions centrales. Ce faisant, cela a beaucoup aidé à aborder et souvent résoudre à temps des problèmes de mise en œuvre. La démarche était partagée avec les équipes régionales qui assuraient en permanence l'appui au terrain. Le leadership était représenté par une masse critique de cadres partageant les mêmes principes et une bonne dynamique de collaboration, de négociation et de partenariat, dans le contexte politique favorable de la démocratisation du Mali. Il s'était créé les alliances nécessaires parmi les partenaires extérieurs pour lui permettre de surmonter les obstacles.

Mettre en place une telle réforme se fait dans la durée. Les négociations, l'appropriation, l'apprentissage demandent du temps. Plus la masse critique de cadres est limitée, plus le temps est long pour mener à terme la transformation du système de santé. Il s'agit dans chaque situation de trouver le bon rythme pour progresser sans perdre la substance. Les négociations, l'appropriation, l'apprentissage demandent du temps. L'implication des acteurs de la société civile peut alors permettre de réconcilier services de santé et populations, en les mettant côte à côte pour lever les défis du développement.

¹⁰⁴ Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (1992-1996) Série de rapports de revues conjointes, gouvernement - bailleurs de fonds du projet. Bamako: Projet Santé Population et Hydraulique Rurale.

Table des matières

UNE NOUVELLE POLITIQUE DE SANTÉ AU MALI	3
LES LIMITES DES EXPÉRIENCES PASSÉES	3
DES OPPORTUNITÉS NOUVELLES	5
UNE NOUVELLE POLITIQUE NATIONALE	7
OBJECTIFS AMBITIEUX ET NOUVELLES ORIENTATIONS	9
LES PRINCIPAUX ACTEURS	10
LES ACQUIS ET LES PROBLÈMES	15
1990-1992 : VERS UNE STRATÉGIE DE CHANGEMENT	17
MOBILISATION DANS DES CONDITIONS PLUTÔT DÉFAVORABLES	17
<i>Quels appuis pour faire accéder les cercles à l'éligibilité?</i>	17
<i>Les nouveaux rôles des acteurs du niveau central</i>	19
FORMULER UNE STRATÉGIE OPÉRATIONNELLE EXPLICITE	20
<i>Organiser l'appui régional</i>	21
<i>La carte sanitaire, outil de négociation</i>	24
<i>Le Paquet Minimum d'Activités</i>	30
<i>La question des médicaments essentiels</i>	32
<i>Une programmation unitaire par aire de santé</i>	35
<i>Une stratégie de formation</i>	38
<i>L'ancre par le système local d'information sanitaire</i>	41
<i>Echanges et coordination</i>	41
LES ACQUIS DE LA PHASE DE MOBILISATION	44
1993-1995 : LES PREMIÈRES RÉALISATIONS	47
LES PLANS DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE DE CERCLE	47
LES PREMIERS CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES	49
<i>L'approche communautaire : frayer un chemin à la négociation</i>	50
<i>Lancer un CScom</i>	53
<i>Les performances</i>	54
<i>Les réactions</i>	59
LA « REVITALISATION » DES CENTRES DE SANTÉ D'ARRONDISSEMENT	60
LES PROBLÈMES SPÉCIFIQUES AU CONTEXTE URBAIN	62
L'ORGANISATION ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA RÉFÉRENCE EN MILIEU RURAL	65
<i>D'abord le premier échelon</i>	65
<i>Une équipe polyvalente à la direction du cercle</i>	65
<i>Distinguer les fonctions de premier échelon et référence</i>	66
<i>Renforcer le niveau de référence à partir des soins obstétricaux</i>	67
LES TEXTES RÉGLEMENTAIRES ET LES CONTRATS: LA CRISTALLISATION DU DÉBAT	72

ACQUIS ET PROBLÈMES APRÈS LES PREMIÈRES RÉALISATIONS	77
FINANCEMENT DU SECTEUR ET VIABILITÉ DES CSCOM	81
DES DOUTES SUR LA VIABILITÉ DES CSCOM	81
UN NOUVEAU PARTAGE DES COÛTS	84
DE LA SIMULATION AU COMPTE D'EXPLOITATION PRÉVISIONNEL	86
DU BUDGET PRÉVISIONNEL À L'ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE	90
LES POINTS DE DISCUSSION	93
L'ÉPREUVE DE LA DÉVALUATION	97
<i>Menaces sur la réforme</i>	97
<i>La viabilité prime sur l'accessibilité</i>	99
LE FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ DE CERCLE	101
1994-1995 : ALLER À ÉCHELLE & AMÉLIORER LA QUALITÉ	105
DES PRESSIONS POUR ACCÉLÉRER	105
DES CONTRAINTES RÉELLES	108
LE PROBLÈME PERSISTANT DE L'INTÉGRATION DES PROGRAMMES VERTICAUX	112
ACCÉLÉRER SANS DÉRAPER	113
DES RÉSULTATS VISIBLES	115
D'UNE STRATÉGIE D'EXTENSION DE COUVERTURE AU CHANGEMENT DU RAPPORT ENTRE SERVICES ET USAGERS	120
GÉRER LE CHANGEMENT	123



Studies in Health Services Organisation & Policy, 12, 1999
Series editors: W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere
©ITGPress, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerp, Belgium. E-mail : isa@itg.be

Zakaria Maiga, Fatoumata Traoré Nafo et Abdelwahed El Abassi
La réforme du secteur santé au Mali 1989-1996
D/1999/0450/3
ISBN 90-76070-13-X
ISSN 1370-6462

Zakaria Maiga occupe actuellement les fonctions de secrétaire général du Ministère de la Santé. Fatoumata Traoré Nafo était directeur du PSPHR durant la majeure partie de la période couverte par le travail. Elle travaille actuellement dans la mission résidente de la Banque Mondiale au Mali. Abdelwahed El Abassi était en charge du programme santé au bureau UNICEF au Mali. Il est actuellement conseiller régional santé au sein de la direction régionale de l'UNICEF à Abidjan.

Cette publication a été réalisée avec l'appui d'Unicef et de la Nationale Bank van België. Les opinions exprimées et les statistiques publiées ne reflètent pas nécessairement celles de l'Unicef.

