

Région Afrique
Département du développement humain
Document de travail

**Utilisation des
services de santé
de premier niveau
au Mali :**
*Analyse de la situation
et perspectives*

Martine Audibert
Eric de Roodenbeke

Avec la contribution de

Ismail Samba Traore
Aude Pavy-Letourmy

Et l'appui de

Daouda Malle
Amadou Sogodogo
Sidi Sidibe

Région Afrique
Banque mondiale

© Avril 2005
Département du développement humain
Région Afrique
Banque mondiale

Les opinions et conclusions exprimées dans ce rapport n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement les opinions de la Banque mondiale ou des institutions qui lui sont affiliées.

Photos de couverture : Martine Audibert
Maquette de couverture : Word Express
Typographie : Word Design, Inc.

Table des matières

Avant Propos .....	.vii
Foreword .....	.ix
Remerciements .....	.xi
Liste des abreviations .....	.xii
Résumé analytique .....	.1
Executive summary .....	.4
Introduction : Perspective historique et problématique .....	.7
Perspective historique .....	.7
Problematique .....	.8
I Méthodologie .....	.10
Recueil de la documentation et des données .....	.10
Enquête sur le terrain .....	.11
II Financement des soins de santé de premier niveau au Mali et incidence sur les plus pauvres .....	.13
Financement des soins de premier niveau .....	.13
Incidence sur les plus pauvres .....	.18
III Situation de l'offre de soins de premier niveau au Mali .....	.20
Schema d'ensemble .....	.20
Centres de santé communautaires .....	.21
Historique .....	.21
Personnel .....	.21
Fonctionnement et activités .....	.25
Prestataires de soins ou de services en relation avec les CSCOM .....	.29
Complément de l'utilisation des centres de premier niveau :	
l'approvisionnement en médicaments à moindre coût .....	.29
Structures de soins menant des activités de soins obstétricaux d'urgence (DSR, 2003) .....	.31
Prestataires de soins ou de services en concurrence avec les CSCOM :	
les structures privées et informelles .....	.32

	Les cabinets privés	33
	Les structures confessionnelles	33
	Les structures informelles	34
	Le secteur traditionnel	34
IV	Revue de la littérature sur l'utilisation des services de santé et les déterminants de la demande de soins	35
	Déterminants de l'utilisation des structures sanitaires de premier niveau en Afrique	36
	Déterminants financiers de l'utilisation des services de santé de base	37
	Déterminants liés à la qualité des soins	38
	Prolongement des déterminants financiers	39
	Autres déterminants	41
	Déterminants de l'utilisation des structures sanitaires de premier niveau au Mali	42
	Déterminants financiers	44
	Déterminants liés à la qualité des soins	44
	Prolongement des facteurs financiers	45
	Autres déterminants	46
	Déterminants spécifiques de l'utilisation des soins préventifs de la mère et de l'enfant en Afrique et au Mali	47
V	Résultats des entretiens et enquêtes menées dans les cscom	48
	Etudes de 1997	48
	Synthese des enquêtes menées dans six cscom (Bamako, Kati et Fana)	49
	Du côté de l'offre	50
	Du côté des usagers	51
VI	Recommandations	52
	Considérations d'ordre institutionnel	52
	Du côté des usagers (et de la communauté)	53
	Utilisation des soins préventifs de la mère et de l'enfant	53
	Utilisation des CSCOM	54
	Solidarité envers les pauvres	54
	Du côté de l'offre (ASACO et CSCOM)	55
	Améliorer la stabilité du personnel des CSCOM	56
	Garantir la qualité	56
	Réduire les inégalités entre les CSCOM : Faculté de médecine et écoles d'infirmiers	58
	Système de référence	58
VII	Conclusion	66
	Annexes	68
	Annexe I : Convention d'assistance mutuelle entre le Ministère de la santé et les ASACO	68
	Annexe II : Complément d'informations sur l'étude : l'initiative equite au Mali	69

Annexe III :	Effectif des médecins de campagne† par district et par statut	70
Annexe IV :	Tableaux	71
Tableau A-II :	Coût total moyen* (inclut frais de consultation, laboratoire, médicaments, référence et évacuation) payé par les usagers selon le type de fournisseur (toutes structures confondues).	69
Tableau A1 :	Nombre de formations, effectif de personnel et taux de couverture par activité dans les CSCOM par district de santé.	72
Tableau A2 :	Déterminants du fonctionnement des structures de soins	75
Tableau A3 :	Couverture des aires par type d'activité dans le district de Fana, en 2003.	79
Tableau A4 :	Déterminants de l'utilisation des structures sanitaires de premier niveau 1981–2003 en Afrique	80
Tableau A5 :	Déterminants de l'utilisation des structures de soins de premier niveau au Mali	87
Annexe V :	Les Mutuelles	92
	L'UTM	92
	Résultats du mouvement mutualiste malien	92
	Expériences récentes	93
Annexe VI :	Association malienne pour la protection et la promotion de la famille : AMPPF	95
Annexe VII :	Constats et propositions du collectif Santé Nord	96
Annexe VIII :	Liste des personnes rencontrées	98
Annexe IX :	Monographie de quelques CSCOM	99
	District sanitaire de Fana	99
	District sanitaire de Kati	103
Notes	.....	105
Références	.....	110
Liste de tableaux		
Tableau 1 :	Dépenses de santé dans quelques pays de la sous-région 1990-97 / 2001	14
Tableau 2 :	Structure du budget du ministère de la santé du Mali entre 1997 et 2001 (en %)*	14
Tableau 3 :	Types et sources de financement des activités du PRODESS menées en 2002 (en %)*	15
Tableau 4 :	Dépense publique de santé par habitant par grand poste de dépenses, en 1999 (Fcfa)	16
Tableau 5 :	Exemples de tarification (en Fcfa) pratiquée dans les CSCOM en 2004	17
Tableau 6 :	Dépenses privées de santé au Mali par poste en 1994 (en milliards de FCFA).	19
Tableau 7 :	Répartition des formations de premier niveau et du personnel par région en 1997 et 1998	22
Tableau 8 :	Répartition des formations de premier niveau par région, et répartition du personnel travaillant dans les structures de 1er et 2ème niveau, en 2002. ...	23

Tableau 9 : Taux de couverture par activité dans les CSCOM et quotient de mortalité par district de santé en 2002	28
Tableau 10 : Proportion des complications prises en charge dans les structures de SOU en 2002 par région	32
Tableau 11 : Etablissements privés en 2001	33
Tableau 12 : Répartition des structures sanitaires confessionnelles en 2001	34
Tableau 13 : Recours aux divers types de soins par zone et par quintile (en % des recours)	41

Avant Propos

L'accès aux services de santé de base pour les mères et les enfants est l'un des facteurs clefs favorisant une meilleure santé des populations. Durant de nombreuses années, du fait de la pénurie des services de santé de base, une grande partie de la population du Mali n'avait pas accès aux soins de santé. Cette situation prévalait aussi dans de nombreux pays de la sous-région. Améliorer l'accès physique, étant une priorité nationale, la Banque et de nombreux autres partenaires du développement ont soutenu d'importants investissements pour construire et équiper des centres de santé de base.

Pourtant, malgré une augmentation considérable du nombre de dispensaires, la fréquentation n'a pas beaucoup variée et les indicateurs de santé demeurent très préoccupants. La tendance actuelle ne permettra pas au Mali d'atteindre les objectifs du millénaire. Tant que la population n'utilisera pas davantage les services de soins préventifs et curatifs, il est fort probable que cette tendance ne se modifiera pas significativement. Tenter de se rapprocher des objectifs du millénaire exige des mesures permettant une évolution positive des taux de fréquentation des services de santé.

En réponse à la demande du ministère de la santé du Mali, cette étude cherche à com-

prendre pourquoi l'augmentation de l'offre de soins n'a pas entraîné une amélioration notable des taux d'utilisation. Son objectif est de souligner les facteurs pouvant stimuler une meilleure utilisation des services de santé et les mesures à adopter afin d'accroître les taux de fréquentation.

Ces dernières années, au Mali comme dans d'autres pays de la région, de nombreuses études ont examiné les causes de la faible fréquentation des services de santé. Au lieu d'engager une nouvelle étude sur le même sujet, ce travail s'est appuyé sur une revue de l'ensemble des résultats connus. Cette méta-analyse porte une attention identique aux facteurs affectant l'offre comme la demande et au rôle spécifique joué par le coût des services. Cependant, afin de compléter ce travail, une étude ciblée de quelques dispensaires a été conduite afin de fournir des explications qualitatives supplémentaires sur les facteurs d'utilisation.

Le Mali a fait de la promotion des centres de santé appartenant et gérés par la communauté (CESCOM), l'une des priorités de sa stratégie nationale pour améliorer l'accès aux soins de santé. Le bilan de cette expérience n'est pas seulement important pour le Mali mais aussi pour les autres pays de la région qui souhaiteraient suivre cet exemple. L'expérience

maliennne met en évidence quelques conditions assurant le succès d'une telle démarche ; une tutelle remplissant pleinement ses missions et une véritable mobilisation communautaire en sont deux qui jouent un rôle clef.

Si la qualité de service est l'une des explications du niveau d'utilisation, cette étude montre aussi l'importance d'un ensemble d'autres facteurs qui devraient être pris en compte pour améliorer la fréquentation des services. Parmi ceux-ci, l'éthique n'est pas le moindre. Accorder une place particulière à l'éthique dans les programmes de formation, tout comme au contrôle communautaire sur l'exercice des professionnels de santé sont des priorités pour reconstruire le capital de confiance entre population et prestataires de soins.

Bien que le coût joue un rôle important, ce facteur ne doit pas être surestimé dans l'analyse des conditions d'accès aux services de santé de base. Apporter un soutien financier aux plus pauvres est crucial pour diminuer les barrières à l'accès. Mais, lorsque les services sont de qualité, la majorité de la population les utilise, même si leur coût est relativement élevé. De nombreuses recherches ont montré le lien entre l'amélioration de la qualité et l'augmentation de la fréquentation. Cette hypothèse a fondé l'Initiative de Bamako. Malheureusement, la mise en place de celle-ci s'est souvent traduite par une augmentation du coût des services, sans véritable amélioration de leur qualité. De plus les services offerts ne répondent pas toujours bien à la demande des populations. Ces deux raisons majeures expliquent le succès globalement limité de l'Initiative de Bamako.

Ce rapport apporte une contribution tant aux Mali qu'aux autres pays de la Région.

Il décrit avec précision la situation du Mali ainsi que les mesures pouvant être adoptées pour améliorer les taux d'utilisation des services. Les propositions soulignent la responsabilité de tutelle relevant du Ministère de la

santé, le besoin d'engager des actions intersectorielles et l'importance de prêter autant d'attention aux facteurs de demande qu'aux facteurs d'offre.

Pour les pays de la Région, il apporte un cadre analytique pour mieux évaluer la situation et pour engager des mesures qui ont toutes les chances d'avoir une certaine portée. Par exemple, un programme d'IEC (Information, Education et Communication), pour la santé maternelle et infantile, uniquement dirigé vers les femmes aura peu de chance d'augmenter significativement l'utilisation des services tant que les hommes et les anciens estimeront peu utile de se rendre dans les centres de santé. Un changement du contenu du programme et de sa cible, rendant responsables les hommes et les anciens de la santé des enfants et petits-enfants, pourrait améliorer sensiblement la fréquentation.

Cette étude ne prétend pas apporter toutes les solutions pour améliorer la fréquentation, en particulier, elle ne détaille ni la stratégie d'amélioration de la qualité des soins, ni la recette pour la mobilisation communautaire. Cependant, elle nous permet de mieux comprendre l'importance des différents facteurs qui ont une influence positive sur la fréquentation et elle apporte des recommandations pratiques pour guider l'ensemble des parties prenantes.

Le Ministère de la santé du Mali a déjà engagé la mise en œuvre de certaines mesures préconisées par ce rapport et va continuer dans ce chemin. Il sera important, dans les années à venir, de suivre les progrès enregistrés et de s'appuyer sur les actions les mieux réussies pour accroître la fréquentation des services de santé de base.

Ok Pannenburg
Conseiller Principal
santé, nutrition et
population
Région Afrique
Banque mondiale

David Craig
Directeur des
opérations Mali
Région Afrique
Banque mondiale

Foreword

Access to primary health services, especially for maternal and infant care is a key factor to improving population health status. For many years, because of the lack of facilities, the access was not possible for a large part of population in Mali, like in most of the other Sub-Saharan African countries. Responding to the national priority to improve access to primary health care facilities, the Bank and other developing partners have supported the important investment efforts to build and equip primary health care centers.

But although the number of facilities have dramatically increased, the utilization rate has not significantly change and the population health status remains very poor. The current trend of evolution will not allow Mali to reach the MDGs. As long as the population will be reluctant to utilize both the preventive and curative health care services it is most likely that it will be very difficult to change this trend. To be able to come closer to the MDGs there is an urgent need to take actions on factors impacting health service utilization.

Responding to the demand of the Malian Ministry of Health, this study investigates why improving the supply of health care has not triggered a significant increase in utilization

rates. Its purpose it to highlight factors which could stimulate a better use of health care services, and measures to be taken to support a positive evolution of utilization rates.

In the last years, facility utilization has been widely covered by different studies in Mali like in other African countries. Rather than launching an additional study, this work has built on a comprehensive literature review. This meta-analysis gives an equal attention to factors affecting supply and demand, and to the specific role of cost of services. However a specific investigation covering some targeted health centers was undertaken to provide additional qualitative information on utilization patterns.

Mali has promoted community owned and run health centers (CSCOM) as one of its national health strategy priority to improve access to care. Lessons from this experience are important not only for Mali but also for countries of the region wishing to follow the same direction. The Mali experience indicates some conditions to success; good stewardship and community mobilization are two key elements.

If the quality of service is a major trigger to enhance utilization, this study also shows set of other factors that have to be taken into consideration to increase facility utilization rates. Among them, ethics should not be under-

mined. Making a more important place to ethics in the training curricula as well as through community control of professional behavior is a priority to rebuilt confidence between population and health centers.

Although the cost of service is a major issue, it should not be overestimated when analyzing access to basic health services. For the very poor, providing them financial support is crucial to lower the barrier to access. But, for most of the population when services are good people use them even if cost is relatively high. Many studies have proven the link between increase of utilization and quality improvement. This assumption was underlying the Bamako Initiative. Unfortunately implementing the Bamako Initiative has often lead to increasing cost of services without any effective quality improvement. Moreover, services are not always responding to population demand. These are two major reasons for the overall limited success of the Bamako Initiative.

This report is a contribution both to Mali and to countries of the Region.

The specific situation of Mali is fully detailed as well as measures that can be adopted to enhance utilization rates. The proposals highlight the specific stewardship role of the Ministry of health, the need of cross-sector actions and the importance of paying as much attention on demand than on supply.

For countries of the Region it gives a framework to better assess its own situation and undertake some measures that are likely to

have an impact. For example, if information, education and communication programs for maternal and child health target only women, scaling up access will remain unlikely as long as men and elderly believe that attending health services is useless. A shift of programs targets and content, making men and elderly more responsible for the health of their children and grandchildren could improve significantly utilization rates.

This study does not pretend to bring all the solutions to enhance facility utilization, it does not detail the strategy that could be undertaken to upgrade quality of care, it does not give the receipt for community mobilization. Nevertheless, it allows us to better understand the importance of various factors having a significant impact on utilization, and it provides to all stakeholders very practical suggestions on measures to take.

The Ministry of Health of Mali has already started to implement some measures outlined in this report and will continue to do so. It will be important to monitor progresses and to build on the most successful actions for achieving, in the coming years, a significant growth of primary health care facility utilization.

Ok Pannenberg
Senior Advisor for
Health, Nutrition,
and Population
Africa Region
World Bank

David Craig
Country director
for Mali
Africa Region
World Bank

Remerciements

Cette étude sur l'utilisation des centres de santé de premier niveau au MALI a été conduite à la demande du Ministère de la Santé, sur un financement Banque mondiale.

Le travail a été réalisé par Martine Audibert économiste de la santé au CERDI et Eric de Roodenbeke, Spécialiste senior en santé à la Banque Mondiale (chargé du projet) appuyée par Ismail Samba Traoré sociologue à la sahéenne consultance, Aude Pavy-Letourmy doctorante en économie de la santé au Cerdi, et avec le concours de Daouda Malle, spécialiste santé à la Banque Mondiale, Amadou Sogodogo Médecin à la direction Nationale de la santé du Ministère malien de la santé et Sidi Sidibé Médecin à la Cellule de Planification et Statistiques du Ministère malien de la santé .

L'équipe a bénéficié du soutien de Kees Kostermans, Spécialiste principal en santé publique, AFTH2-Région Afrique,- à la Banque mondiale.

Le rapport final a aussi bénéficié des commentaires constructifs et des suggestions des relecteurs : Stephane Legros (Spécialiste senior en santé—WBIHD) et Ousmane Bangoura (Spécialiste senior en santé, AFTH2), ainsi que d'Alexandre Abrantes (Directeur sectoriel, AFTH2), Tonia Marek (Spécialiste principale en santé- AFTH2), Alex Preker (Economiste principal en santé, HNP), Anne-Maryse Pierre-Louis (Spécialiste principale en santé, AFTH2).

Cette étude n'aurait pu se faire sans la participation de tous ceux qui oeuvrent pour la santé au Mali, qu'ils soient du Ministère de la Santé, de ses Directions et Services, partenaires nationaux et internationaux, professionnels publics ou privés. Nos remerciements vont tout d'abord au Ministère de la santé et au bureau local de la Banque mondiale qui nous ont aidé dans la réalisation de cette étude, en facilitant une rencontre avec tous les partenaires de la santé (réunion du 7 mai 2004) et en préparant avec soin l'organisation des visites dans les districts de santé.

Nous tenons également à remercier l'ensemble des partenaires, professionnels et personnalités rencontrés¹ tant à Bamako, que dans les districts de Fana et de Kati qui, en nous recevant, nous ont consacré tout le temps nécessaire avec amabilité, efficacité et intérêt, tout en mettant à notre disposition tous les documents et données dont nous avons besoin.

Les auteurs adressent aussi leur remerciements particuliers à Aline Cabal (AFC15) et Nicole Hamon (AFTH2) pour la relecture de ce document et l'édition finale ainsi qu'à Elsie Maka qui a conduit le processus de production et d'impression du rapport.

Enfin David Craig, Directeur des opérations pour le Mali a montré un intérêt constant à la fois pour la conduite de ce travail mais aussi pour ses résultats. Afin d'en permettre la meilleure diffusion possible, il a mobilisé les financements nécessaires à cette publication. Les auteurs de ce travail lui en sont particulièrement gré de son appui.

Liste des abreviations

ASACO	= Association de santé communautaire
CMDT	= Compagnie Malienne pour le Développement du Textile
CSAR	= Centre de santé d'arrondissement revitalisé
CSCOM	= Centre de santé communautaire
CPN	= Consultation prénatale
DCI	= Dénomination commune internationale
FAM	= Fonds d'aide médicale
FENASCOM	= Fédération nationale des associations de santé communautaire
GIE	= Groupement d'intérêt économique
IEC	= Information, éducation et communication
INPS	= Institut national de prévoyance sociale
PEV	= Programme élargi de vaccination
PMA	= Paquet minimum d'activités
PPM	= Pharmacie populaire du Mali
PNUD	= Programme des Nations-Unies pour le Développement
PRODESS	= Programme de développement sanitaire et social
PSPHR	= Projet santé, population et hydraulique rurale
RAC	= Réseau autonome de communication
SOU	= Service obstétrical d'urgence
UTM	= Union technique malienne
VAT	= Vaccination antitétanique

Résumé analytique

L'utilisation des services de santé de premier niveau en Afrique reste très faible malgré les efforts importants qui ont été consacrés, depuis plus d'une décennie, pour renforcer l'offre de soins. Un grand débat s'est instauré sur les facteurs de cette faible utilisation, les uns incriminant principalement la tarification, les autres montrant que les déterminants négatifs vont bien au-delà de cette seule tarification. L'objet de cette étude est de faire le point sur la question afin d'une part d'identifier les facteurs tant négatifs que positifs de l'utilisation de ces services en Afrique sub-saharienne et plus particulièrement au Mali et d'autre part, de faire des propositions concrètes et réalisables pour améliorer l'utilisation de ces services au Mali.

La démarche s'est déroulée en deux temps. Le premier temps a été celui de la collecte la plus exhaustive possible de toute l'information disponible. Une revue systématique de la littérature sur l'utilisation des services de santé de premier niveau au Mali et dans les pays de la sous-région, incluant les études sur la demande de soins et sur l'offre de soins, a été menée. Cette revue a été complétée par le recueil sur place, au Mali, de documents (rapports, études) et données disponibles. Le second temps a été consacré à la visite de six centres de

premier niveau (urbains et ruraux) dont l'objectif était de confronter ce qui se dégagerait de la littérature avec ce qu'on pouvait observer.

Comparé aux systèmes de santé des pays environnants, le système de santé malien présente une grande particularité. Tout d'abord, si les services de santé de second (niveau des districts) et de troisième niveaux (niveau régional et national) sont essentiellement publics, ceux du premier niveau (villages) sont de type privé communautaire à but non lucratif. Le secteur professionnel et privé libéral est peu développé. Ensuite, bien que les services de premier niveau relèvent du secteur privé communautaire, l'Etat est omniprésent et intervient tant dans la création des aires de santé, que dans la programmation des activités des centres qu'il planifie sans laisser beaucoup de manœuvres aux communautés.

Ce secteur privé communautaire (dans le sens où la population gère le centre de santé) assure donc les soins de premier niveau et est appelé à référer vers les centres publics de santé de district (appelés centres de santé de référence) selon un schéma proposé, les cas qu'il ne peut traiter. Malgré l'accroissement important de l'offre de ce type de soins (le nombre de centres de santé est passé d'environ 340 en 1998 à plus de 800 en 2003), et donc l'amélio-

ration de l'accessibilité géographique aux soins, l'utilisation des structures est restée faible et est inférieure à 0,25 contact par habitant et par an. Quelles en sont les raisons ?

Il ressort de la littérature, tant sur l'Afrique qu'au Mali que du 2 le facteur financier, bien que présent, n'est pas, sauf pour la partie de la population la plus pauvre, le facteur **bloquant** l'utilisation de ces services. Les principaux facteurs bloquant cette utilisation sont avant tout **l'absence de qualité**, tant **perçue**, (tels la non disponibilité en médicaments à moindre coût, le mauvais accueil, l'attitude méprisante et condescendante du personnel soignant, les pratiques illicites et la malhonnêteté du personnel), qu'**objective** (telles la faible **compétence** du personnel de santé ou encore **la non application des règles classiques** de conduite thérapeutique). Un certain nombre d'études, notamment celles menées au Mali, ont en effet montré une élasticité prix négative, mais relativement modérée qui tend à disparaître lorsque la qualité perçue ou objective est introduite. Ainsi, malgré un fort d'analphabétisme et une assez grande asymétrie de l'information, les usagers réagissent, à leurs détriments, à une offre médiocre en se détournant du système en compensant par un recours à l'automédication, au secteur traditionnel ou encore au secteur privé à but lucratif lorsqu'ils en ont la possibilité. Et dans le même sens, d'autres études ont mis en évidence la volonté de la population à payer pour des soins de qualité. Les autres facteurs empêchant une forte utilisation des structures concernent **la faible accessibilité géographique et le nomadisme** de la population dans les zones désertiques à faible densité de population, **la perception de la nature de la maladie**, et plus spécifiquement pour les activités préventives, **la faible circulation de l'information**, **le manque de sensibilisation** (on ne recourt pas si on n'est pas malade), **le statut de la femme et de l'enfant** dans la société. Un autre facteur, moins fréquent, est la mésentente entre les villages d'une même aire de santé qui conduit la

population de certains villages à ne pas utiliser le CSCOM de l'aire de santé dont elle dépend.

Du côté *de l'offre des services*, plus spécifiquement au Mali, les facteurs limitant son fonctionnement sont en premier lieu la mauvaise entente entre le personnel des CSCOM et les membres des ASACO, qui ont pour mission de gérer les centres de santé et qui interfèrent à mauvais escient, la mésentente entre le personnel et l'absence d'autorité du responsable du centre de santé qui se trouvera incapable d'exiger de son personnel un comportement correct. **La faible ou mauvaise capacité de gestion des ASACO, l'absence de motivation** du personnel, liée à l'instabilité de leur statut, à leur faible rémunération et à leur absence de plan de carrière sont d'autres facteurs qui entravent le bon fonctionnement des structures.

A contrario, le dynamisme des membres des ASACO, allié à la personnalité et l'engagement du chef de centre, a un impact positif sur le fonctionnement des CSCOM.

Les enquêtes de terrain, tout en confirmant ce que la littérature avait révélé, ont mis en avant quelques éléments supplémentaires comme ceux qui ont permis de déterminer ce qui concourt à renforcer ou à susciter le dynamisme de certaines ASACO. Ainsi, il s'est avéré que ce dynamisme tient parfois à la personnalité et/ou au niveau d'éducation de quelques uns des membres des ASACO qui ont décidé d'offrir un centre viable à leurs concitoyen ; qu'il est issu dans d'autres cas d'une longue tradition d'entraide et de cohésion villageoise ; qu'il est enfin stimulé par la présence de partenaires qui ont su alimenter la dynamique villageoise et proposer des activités de développement qui impliquent la population. Cela a permis de rendre les recommandations plus directement opérationnelles.

Les recommandations impliquent différents acteurs dont l'Etat et les ASACO, mais également les agents d'autres secteurs tels ceux du ministère de l'éducation, de l'emploi ou de la décentralisation. Les priorités

concernent la nécessité d'améliorer le fonctionnement des ASACO et la qualité (tant structurelle que relationnelle) des services offerts. Le premier point demande de former les membres des ASACO à la gestion et d'inciter le ministère à exercer un rôle de contrôle par un système d'accréditation. L'amélioration de la qualité exige en premier lieu l'implication forte du ministère qui doit là encore exercer un rôle de contrôle, mais aussi d'information et d'éducation, notamment du personnel. Les autres acteurs impliqués sont le ministère de l'éducation à travers les instituts de formation du personnel médical et paramédical.

L'instabilité du personnel est une autre priorité à régler qui demande que soit appliqué en premier lieu le code du travail, mais aussi de revoir le mode de rémunération du personnel (tâche des ASACO avec l'aide d'association) et à plus long terme de créer ou décentraliser les écoles d'infirmiers et de sages-femmes afin de

pouvoir recruter un personnel de qualité originaire de la région.

Elles soulignent à quel point il est important de redéfinir le rôle de chacun des acteurs du système, d'inclure dans le cursus de formation du personnel médical et paramédical des modules relatifs à la gestion, à la communication, à la relation soignant/soigné, de revoir l'exigence de qualité de ces formations et les modalités pour l'instaurer. En plus de ces actions, une réflexion sur l'IEC devrait conduire à revoir les messages, les media et surtout les publics cibles, en particulier pour la santé de la reproduction afin de stimuler la demande en levant certains blocages culturels.

La mise en œuvre de ces quelques recommandations figurant dans un tableau synthétique les classant par ordre de priorité (voir : synthèse et hiérarchisation des recommandations) permettrait de s'engager vers la voie d'une confiance restaurée, gage d'une meilleure utilisation des services de santé.

Executive summary

Primary healthcare (PHC) facilities are underutilized in Africa, despite intensive efforts and investments to improve service delivery over the past decade. Debate about the reasons for such poor attendance is ongoing. Many people blame high prices (tariffs); others suggest that the causes are much more complex. This study is intended to give an overview of this question in order to (1) identify the positive and negative influences on PHC use in the Sub-Saharan Africa, especially in Mali, and (2) make some realistic proposals for improving PHC utilization.

The study was done in two phases. The first was data collection: reports, available data, literature review on PHC facility utilization in Mali and in the subregion, and health demand and supply studies. The second phase consisted of six visits to PHC centers (urban and rural) to compare direct observations and findings from the literature.

The Malian health system is a special case in the region. Today, primary care services (CSCOM, *Centres de Santé Communautaires*) covering the villages are mostly private, not for profit, and community based; while the second (district level) and tertiary health levels (regional and national hospitals)

are mainly public, like the entire chain of delivery in most countries in the region. Among the private suppliers, faith-based suppliers are few. Although primary care is private, it is subject to regulation. The government is in charge of planning both geographical health coverage and the specific national health services delivered. Thus, communities are largely excluded from the decision-making process.

Primary health centers (CSCOM) are managed by an association (ASACO: *Association de Santé Communautaire*) whose members come from the communities. The centers provide a package of basic essential healthcare services. Centers refer patients they cannot treat to district public health centers (*centre de santé de référence*) following a national referral standard. However, despite the increased availability and geographical accessibility of primary level care (from 340 public health centers in 1998 to more than 800 CSCOMs in 2003), the utilization rate is still below 0.25 contact/inhabitant/year.

Surprisingly, the literature on the impact of the cost of health care in Africa and Mali does not explain this low attendance, except for the poorest individuals. The main reason, first and foremost, is poor quality care, either perceived

(from the unavailability of essential cheap drugs, unwelcoming environment, and condescending, dishonest, slipshod staff treatment) or objective (low professional skills of the health staff and failure to follow treatment protocols). Some studies, in Mali, have shown a moderate negative price elasticity, which usually disappears with improvements in quality (perceived or objective). Despite high illiteracy and asymmetric access to information, dissatisfied users give up on CSCOMs and turn to self-medication, traditional medicine, or, if they can afford it, private for-profit treatment. Others studies have shown people's willingness to pay for quality care.

Other factors that influence the underuse of primary care are (1) inaccessibility in the sparsely populated northern desert areas where many people are nomads; (2) type of disease and perception of the value of services (especially preventative services); (3) poor communication of information, lack of awareness ("only sick people go to health centers"); (4) the inferior social status of women and children. Last but not least, disagreements between the villages lead villagers to boycott the CSCOM designated to cover their area.

From the healthcare providers' vantage point, factors inhibiting systemic performance in Mali are:

- Disagreements between CSCOM staff and ASACO members. ASACO, charged with overall management of the CSCOM, micromanages ("interferes too much" in the daily routine).
- Ongoing conflicts among the healthcare personnel because no authority oversees the CSCOM. Lack of a solid supervisory structure leaves internal problems unresolved and misbehavior unpunished.
- Poor ASACO managerial capacity related either to lack of skill and education or to lukewarm interest in effective management.
- The absence of staff motivation linked with their temporary status, low salaries,

and lack of a career ladder also hampers the effective functioning of health facilities.

Conversely, the synergy between a dynamic ASACO organization and CSCOM employees committed to good health care can have a strong positive impact on a center's performance.

Although the field surveys confirmed findings in the literature, they also provided some additional information. Reinforcing or enhancing the dynamism of the CSCOM also depends on: the personality, education attainment, and willingness of ASACO members to provide their people with healthcare facilities; existing solidarity mechanisms in the village; and the presence of other partners to support the local dynamic and to include the population in the decision-making process.

All these elements help provide more accurate operational recommendations to the stakeholders, including: the Ministry of Health (MOH) and ASACO, and as well as the Ministries of Education, Employment, and Decentralization. Priorities are: improving ASACOs' functioning and CSCOMs' quality of care (technical quality as well as staff behavior and attitudes). First, ASACO members must receive training in managerial skills, and the MOH should act as a controller through an accreditation system. The ministry also has to guarantee the professional skills of health personnel in close collaboration with the ministry of education and medical and nurse training institutes. Improving quality demands a strong involvement of the ministry that acts as supervisor and disseminates ratings.

Reducing health staff turnover is another priority. Its solution requires strict adherence to employment regulations and increase in the healthworkers' salaries and wages. In the long term, nursing and midwifery schools should be created or decentralized to enable the recruitment of qualified health personnel within the regions where they will be employed.

The recommendations in this report underline the importance of:

- Redefining each stakeholder's role in the system
- Including in the medical and paramedical staff curricula specific modules in management, communication and ethics
- Reviewing training quality requirements and their implementation.

On top of these actions, a brainstorming on information, education, and communication should lead to revisions in message content,

media use, and—above all—population targeting, especially for reproductive health, to modify some cultural biases and stimulate demand. (See Header Synthesis of recommendations for the full prioritized list of recommendations.)

Acting on these recommendations could enhance mutual trust between healthcare providers and users, leading to improved health services utilization.

Perspective historique et problématique

Perspective historique

La faillite du système de gratuité des soins², du fait notamment de la faible capacité des pays pauvres à collecter les impôts, à redistribuer les ressources, à couvrir les besoins de santé de la population, a conduit à introduire la participation financière des usagers. Cette initiative, lancée en 1987 et appelée 'Initiative de Bamako', en permettant d'accroître les ressources financières des structures de soins qui assureraient alors en contrepartie la disponibilité des médicaments essentiels génériques, avait comme objectifs :

- d'améliorer l'accès aux soins de santé primaires, définis dans le cadre d'un paquet minimum d'activités devant être réalisées par les services de santé de district ;
- d'améliorer la qualité tant des soins que de l'accueil des usagers grâce à un personnel à nouveau dynamisé ;
- de favoriser la participation communautaire au financement des soins.

Le Mali s'est montré un pionnier dans cette approche puisque en 1983 déjà, le principe de tarification des actes médicaux était instauré dans les hôpitaux et était étendu l'année d'après aux formations sanitaires publiques. C'est à partir de 1989 que le premier centre de

santé communautaire (CSCOM), géré, non plus par l'Etat, mais par la communauté à travers une association de santé communautaire (ASACO), est inauguré et dès 1990 qu'est créé un groupement d'intérêt économique (GIE) qui devait permettre d'assurer l'approvisionnement en médicaments génériques de centres communautaires. Le succès rencontré par ce premier centre de santé, établi dans un quartier pauvre de Bamako, et qui s'est doté très rapidement d'une maternité, a conduit à une explosion de demandes émanant d'autres quartiers de Bamako.

En même temps, le gouvernement adoptait en décembre 1990, une politique sectorielle de santé et de population dont les stratégies devaient servir de cadre de référence aux projets et programmes sanitaires. En 1993, il définissait une politique de solidarité pour lutter contre toutes formes d'exclusion. Cette politique a été mise en place à travers le Projet Santé, Population, Hydraulique, Rural (PSPHR). Le plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS 1998-2007), adopté en 1998, et basé sur une approche programme, se situe dans le prolongement de la politique sectorielle et de population et de la politique de solidarité (voir cadre ci-dessous).

Stratégies de la politique sectorielle et de population (PDDSS, 1998-2007)

- faire évoluer la notion de pyramide sanitaire d'une conception hiérarchique et administrative vers une conception plus fonctionnelle à travers un réseau de centres de santé communautaires, le développement des structures de référence et l'amélioration de la qualité des soins ;
- garantir la disponibilité et l'accessibilité financière du médicament essentiel ainsi que parvenir à la rationalisation de distribution et de la prescription ;
- développer la participation communautaire à la gestion du système et à la mobilisation des financements du système y compris le recouvrement des coûts ;
- promouvoir un secteur privé dynamique et complémentaire du système public ;
- élaborer des cartes sanitaires de cercle sur la base de concentrations optimales de population dans des aires géographiques appelées aires de santé ;
- différencier les fonctions de soins de santé primaires, de soins de santé de référence et de gestion du système ;
- réhabiliter et si nécessaire, construire des structures légères de soins comprenant dans un premier temps, un dispensaire, une maternité et un dépôt de médicaments essentiels, dénommés centres de santé communautaires au sein des aires de santé ;
- organiser la participation de la population dans la gestion, la réhabilitation et la construction des centres de santé communautaires.

Problématique

Si les réformes entreprises depuis le milieu des années 1980 (autorisation de la médecine privée, politique sectorielle, décentralisation, etc..) a contribué à l'accroissement substantiel de l'offre de soins au Mali, l'utilisation des services de santé, notamment des structures de soins de premier niveau, qui bien qu'ayant augmenté, reste faible. Elle est passée de 0,16 contact/personne/an à 0,23 entre 1998 et 2003 tandis que la proportion d'accouchements assistés est passé de 29 % à 42 % sur la même période (Ministère de la santé 2004).

Cette sous utilisation a, d'une part contribué à maintenir un état de santé déficient (les quotients de mortalité infantile et de mortalité infanto-juvénile sont très élevés, 113 et 229 pour 1000 naissances vivantes, le taux de mortalité maternelle est de 582 pour 100.000 naissances vivantes, EDSM-III) et n'a pas, d'autre part permis d'atteindre les objectifs fixés en termes d'éducation sanitaire (notamment en

matière de nutrition, d'hygiène, de prévention) et de planning familial (moins de 6 % des femmes utilisent un moyen moderne de contraception, EDSM-III, 2003).

Dans le cadre de l'engagement du MALI pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire, il est essentiel d'accélérer l'évolution positive des indicateurs de santé pour espérer s'en approcher. Une plus forte fréquentation des services de santé tant pour les activités de prévention que pour les soins curatifs constitue un des facteurs clefs d'une telle évolution.

Conscient de cette situation, le ministère de la santé malien, a demandé que la Banque mondiale conduise une étude avec pour objectifs :

1. d'analyser les facteurs (positifs et négatifs) de l'utilisation des services de santé de premier niveau, notamment par la population cible des mères et des enfants ;
2. d'analyser les causes de la sous-utilisation de ces services ;

3. de faire des propositions concrètes et réalistes pour améliorer l'utilisation de ces services.

Pour répondre à cette demande le plan suivant a été adopté : la section I expose la démarche adoptée (méthodologie) pour répondre aux questions posées, la section II donne un aperçu du financement des soins de santé de premier niveau avant que la section III ne présente la situation actuelle de l'offre de soins de premier niveau au Mali sous l'aspect quantitatif d'une part, qualitatif (en met-

tant en évidence les facteurs qui bloquent ou au contraire favorisent son fonctionnement) d'autre part. Les sections suivantes abordent les déterminants de l'utilisation des services de santé en Afrique sub-saharienne d'abord, au Mali ensuite (section IV). Les études de cas sont examinées (section V) avant de proposer les recommandations (section VI). Ce rapport est complété par une série d'annexes détaillant certains éléments, présentés dans les différentes sections. et en particulier l'analyse de la littérature conduite pour étayer le contenu de ce rapport.

Méthodologie

Le problème de la sous-utilisation des services de santé et du médiocre niveau des indicateurs de santé est un phénomène qui inquiète tant les responsables au ministère de la santé du Mali que l'ensemble des partenaires qu'ils soient nationaux ou étrangers. Pour répondre à cette préoccupation, les acteurs de la santé ont mené des études et des enquêtes, certaines ponctuelles, d'autres plus globales. Pour ne pas multiplier à l'infini ce genre d'exercice, il est apparu judicieux de faire une synthèse des documents existants (rapports, articles, notes, tableaux statistiques). Comme par ailleurs, la sous-utilisation des services de santé (et son corollaire, le mauvais état de santé de la population) est un phénomène général dans la sous-région africaine, nous avons également regardé à travers une revue de la littérature, l'état de la question. Pour compléter cet exercice, nous avons voulu nous rendre sur le terrain pour confronter ce qui ressortirait de la littérature avec ce qui se passait sur le terrain.

Recueil de la documentation et des données

Le recueil de la documentation s'est fait de deux façons.

Tout d'abord, plusieurs acteurs oeuvrent pour l'amélioration de la santé, notamment de la santé maternelle et infantile au Mali : l'Etat, les partenaires extérieurs, les ONG, le privé. Chacun, a réfléchi sur l'utilisation des services de santé. Il était donc important et nécessaire d'informer tous ces acteurs afin qu'ils acceptent d'une part de mettre à notre disposition la documentation dont ils disposent, et d'autre part de nous parler de leurs expériences et de partager leurs réflexions sur cette question.

Ainsi, une rencontre, réunissant l'ensemble des acteurs de la santé³ a été organisée le 7 mai 2004, au Ministère de la Santé, par Mr. Mohamed Lamine Haïdara (Directeur de la cellule de planification et des statistiques). Chacun s'est montré intéressé par l'objectif et le contenu de l'étude réalisée par la Banque mondiale. A l'issue de cette rencontre, des rendez-vous étaient pris (voir en fin de document, la liste des personnes rencontrées), ce qui a permis de rassembler une grande partie de la documentation sur le Mali.

Puis, pour identifier les déterminants de l'utilisation des services dans la sous-région (Burkina Faso, Ghana, Niger, Côte d'Ivoire, Sénégal, Mauritanie, Guinée,) et dans quelques autres pays Africains, (RDC, Kenya, Ethiopie), nous avons procédé à une revue systématique

de la littérature⁴. On s'est ici intéressé à l'accès aux soins de santé de premier niveau (centres ou postes de santé) ainsi qu'aux études portant sur la planification familiale ou les soins de santé maternelle et infantile dans la mesure où ces services appartiennent au paquet minimum de soins défini par l'Initiative de Bamako. Ont été exclues de cette revue, les études traitant de l'accès aux soins de santé de niveaux II ou III, aux soins spécialisés et aux pratiques de santé alternatives (médecines traditionnelles, automédication, médecines parallèles, etc.). De même, malgré leur grand intérêt, nous n'avons pas retenu les études menées sur l'utilisation des services de santé de premier niveau dans les pays d'Asie, d'Amérique Latine et des Caraïbes.

Bien que les systèmes et les politiques de santé aient pas mal évolué depuis une décennie, nous avons gardé les études antérieures à 1995, parce qu'elles montraient à l'analyse que certains déterminants de l'utilisation étaient toujours d'actualité en 2003.

A partir des mots-clés et des moteurs de recherche ci-dessous, une première liste d'une centaine d'articles, a été recensée. Pour préserver la rigueur scientifique, nous avons procédé à une sélection de ces documents en rejetant les études qui ne répondaient pas aux critères suivants :

- la méthodologie est peu ou mal explicitée ;
- l'approche ou la méthode utilisée comporte des biais ;
- les conclusions de l'étude ne correspondent pas aux résultats présentés.

Soixante articles ont finalement été retenus sur la centaine qui a pu être identifiée. L'approche et les sources utilisées sont énumérées ci-dessous :

Moteurs de recherche utilisés :

Abes,
Science Direct,
Google,
Medline,

Moteur de recherche de l'OMS

Mots-clés utilisés :

« health care utilisation »,
« health care access »,
« health services utilization »,
« health services access »,
« health care determinants »,
« West Africa ».

Bornes chronologiques de publication : de 1995 à 2004

Restrictions bibliographiques : aucune

Revue systématique de périodiques sur la santé et le développement :

Bulletin of the WHO,
Health Economics,
Health Policy and Planning,
Social Science and Medicine,
Health Policy,
International Journal of Health Planning and Management,
Journal of International Development,
Sciences Sociales et Santé.

Littérature grise : rapports de la Banque mondiale

L'ensemble des documents, articles, rapports, données, notes, etc.. utilisés dans cette étude est répertorié en fin de document (cf. références bibliographiques).

Enquête sur le terrain

L'identification des facteurs de l'utilisation des services à partir d'une revue de la littérature et des documents disponibles gagne à être complétée par une visite de quelques centres de premier niveau. Cela apporte un éclairage complémentaire complétant les facteurs explicatifs se dégageant de l'analyse des travaux antérieurs. Ne disposant que d'un temps relativement court, il n'était pas envisageable de tirer un échantillon représentatif de ces structures. Nous avons procédé par choix raisonné, en concertation avec le Ministère de la Santé et en partant de quelques constatations et principes simples :

- actuellement au Mali, les centres de santé de premier niveau sont quasiment tous des centres de santé communautaires (CSCOM) ;
- les premières expériences des CSCOM ont vu le jour à Bamako, dans des quartiers non favorisés, elles ont été à la base d'une très forte demande de la part des communautés pour renouveler l'expérience dans des quartiers périphériques, puis en dehors de Bamako. Un certain nombre d'études et d'évaluations de ce qui, à l'époque (1989-1995) constituait une expérience positive, a été mené ;
- comme le résultat attendu est d'améliorer l'utilisation des centres de premier niveau pour l'ensemble du Mali, l'enquête ne devra pas se concentrer uniquement sur Bamako ;
- l'enquête devra concerner une zone urbaine dans un quartier plutôt pauvre et une zone rurale ;
- comme on ne peut pas couvrir tout le territoire, la zone rurale choisie ne doit pas être particulière, mais choisie de telle façon qu'on puisse raisonnablement pen-

ser que les conclusions tirées pourraient l'être pour une grande partie du Mali ;

- les zones (formations) choisies ne devraient pas être celles sur lesquelles existent déjà des études récentes (notamment Kayes, Ségou, Sikasso, Sélingué) ;
- les centres de santé doivent avoir suffisamment d'ancienneté⁵ ;
- pour identifier tant les facteurs positifs que les facteurs négatifs de l'utilisation, il est nécessaire d'enquêter dans des structures à forte et des structures à faible niveau d'utilisation.

Après consultation avec les Dr. A. Sogodogo et S. Sidibé du Ministère de la santé, trois districts de santé, un urbain (commune VI de Bamako), deux ruraux (Fana et Kati, à 130 km et 25 km respectivement de Bamako) ont été choisis. Dans chaque district retenu, deux CSCOM ont été choisis par les directeurs des centres de santé de référence avec pour consigne de retenir un centre dont l'utilisation est jugée satisfaisante et un centre dont l'utilisation est jugée non satisfaisante. Chacun de ces centres devait aussi posséder une ancienneté de plus de trois ans.

Financement des soins de santé de premier niveau au Mali et incidence pour les plus pauvres

Les recettes courantes (impôts et taxes sur les ménages, sur les entreprises, cotisations sociales) sont au Mali limitées du fait non seulement du faible niveau de vie, mais aussi de la fraude fiscale (la part des recettes fiscales par rapport au PIB était inférieure à 15 % entre 1997 et 2002, la norme établie par l'UEMOA est un taux supérieur ou égal à 17 %, PNUD, 2002). Or les dépenses de fonctionnement sont importantes ce qui limite l'épargne nationale (le taux annuel moyen de l'épargne était de 12 % du PIB entre 1989 et 1998) et donc les possibilités d'investissement. Le besoin global de financement (le taux annuel moyen de l'investissement s'élevait à 20 % du PIB entre 1989 et 1998, PNUD, 2002) s'élevait à près de 250 milliards de Fcfa par an entre 1990 et 1998. Représentant 18 % du PIB, le volume global de l'aide extérieure⁶ s'élevait à 254 milliards de Fcfa en 1999, à 263 milliards Fcfa (francs courants) en 2001 et est essentiellement affecté à l'investissement (80 % du budget d'investissement est assuré par l'aide extérieure,⁷ PNUD, 2002). La répartition sectorielle de l'aide a évolué entre 1990 et 2000, au bénéfice des secteurs sociaux (éducation, santé, hygiène et assainissement) puisque la part de l'aide qui leur est affectée est passée de 18 % en début de période à 34 % en fin de période.

Si l'affectation de l'aide extérieure évolue dans le sens des objectifs fixés, il n'en est pas de même pour l'allocation des ressources budgétaires, dont les montants alloués aux services sociaux de base (éducation de base, santé de base, alimentation et assainissement) qui pourtant atteignent les pauvres, restent insuffisants et représentaient en 2001, 15 % des dépenses budgétaires. De même, la part des ressources d'aide publique au développement, allouées à ces secteurs est du même ordre (PNUD, 2002). L'objectif de l'initiative 20/20, devant permettre d'assurer l'accès des plus pauvres à ces services, n'est donc pas encore atteint.

Financement des soins de premier niveau

La part des dépenses de santé en pourcentage du PNB (de l'ordre de 4 %) ne différencie pas le Mali des autres pays de la sous-région africaine. Mais rapportées à la taille de la population, le niveau de ces dépenses est faible comparé à la Côte d'Ivoire, le Sénégal et la Mauritanie. On voit par ailleurs que la population, tout comme dans les pays voisins, le Sénégal et la Mauritanie (en 2001) exceptés, supporte plus de la moitié de ces dépenses (tableau 1).

Tableau 1 : Dépenses de santé dans quelques pays de la sous-région 1990-97 / 2001

Pays	Dépenses de santé en % du PNB		Dépenses totales de santé		
	publiques	privées	en % du PNB	par tête, US\$*	par tête en pouvoir de parité d'achat(1990-97)
Côte d'Ivoire	1,2 / 1	2,2 / 5,2	3,4 / 6,2	25 / 41	55
Mali	1,9 / 1,7	2,2 / 2,6	4,2 / 4,3	10 / 11	30
Niger	1,4 / 1,4	1,6 / 2,3	2,9 / 3,7	6 / 6	21
Sénégal	2,6 / 2,8	2,1 / 2	4,7 / 4,8	22 / 23	63
Mauritanie	1,6 / 2,6	3,8 / 1	5,4 / 3,6	24 / 12	86

Source : Banque mondiale, 2002, 2004 ; * US\$ de 1990-97 / US\$ de 2001

Les ressources allouées au secteur de la santé au Mali n'atteignent pas le niveau escompté d'une part, la population en supporte une part relativement importante, d'autre part.⁸ Si l'objectif d'atteindre les plus pauvres peut être compromis par un financement insuffisant de la santé, la structure du financement peut compenser ou au contraire renforcer cette insuffisance. Qu'en est-il pour le Mali ?

Si on examine la structure du budget du ministère de la santé (tableau 2), on note une évolution notable. En effet, la part des salaires diminue entre 1997 et 2001, passant de 39 % à 28 %, ce qui laisse plus de ressources pour le fonctionnement, mais surtout pour l'équipement et l'investissement (la part de ce poste est passé de 8 % à 15 % sur la période). Parallèlement, on voit que la répartition par niveau montre que plus de la moitié du budget du ministère de la santé est affectée au niveau central et que le niveau régional (dont plus de 90 % du montant a été dépensé en salaires) a

vu sa part diminuer (passant de 23 % à 18 %). Cette répartition par niveau indique que le niveau central conserve une forte emprise sur le fonctionnement des services (ainsi 81 % des crédits centraux sont destinés au fonctionnement et aux médicaments) tout en laissant penser que le financement des soins de premier niveau est fortement supporté par la population, comme nous le verrons ci-dessous.

Si on examine les accords de financement et les cinq années d'exécution du programme de développement sanitaire et social (tableau non présenté, PRODESS 1998–2002), il apparaît que :

- les ressources propres du ministère de la santé devaient initialement représenter 35 % du financement du PRODESS, 46 % des activités étant financé par les dons des partenaires et 19 % sur crédits ;
- les fonds mobilisés sur la période 1998–2002 sont inférieurs de 35 % à ce que prévoient les accords signés, parce

Tableau 2 : Structure du budget du ministère de la santé du Mali entre 1997 et 2001 (en %)*

Rubrique	1997	1999	2001
Répartition par type	%	%	%
Salaires	39	37	28
Fonctionnement	52	48	57
Équipements et investissements	8	15	15
Répartition par niveau (hors investissement)	%	%	%
Central	51	56	59
EPA	27	21	23
Régional	23	23	18

Source : DAF/MSSPA 2002 dans CSR, Banque mondiale, 2003.

* Calculé sur les montants exécutés

Tableau 3 : Types et sources de financement des activités du PRODESS menées en 2002 (en %)*

Source	%	Taux de mobilisation %	Principaux types d'activités	%
Etat	52	50	Extension de la couverture sanitaire	80
Paiement des usagers	8	98	Lutte contre l'exclusion	2,6
Collectivités locales	1	67	Développement des ressources humaines	7,6
Partenaires	38	53	Renforcement institutionnel	8,6

Source : MSSPA, dans *CSR*, Banque mondiale, 2003.

* Calculé sur les montants exécutés

que les taux de mobilisation ont été relativement faibles, notamment en ce qui concerne les crédits dont les 89 % (IDA, BAD et BID) n'ont pas été utilisés ;

- la plus grande part (80 % en 2002, tableau 3) de ces activités est consacrée à l'extension de la couverture sanitaire, par l'aide à l'ouverture des centres de santé de premier niveau (CSCOM) qui doivent passer de 347 en 1998 à plus de 700 en 2004 ;
- moins de 3 % est destiné à la lutte contre l'exclusion ;
- par l'intermédiaire du paiement des usagers, les ménages ont contribué en 2002 pour environ 8 % à ces activités comme le montre le tableau 3. Si l'on tient compte des taux de mobilisation, la part de financement des ménages est passée à 14 %.

Par ailleurs, l'examen des dépenses publiques (CSR, 2003) montrait une certaine inégalité de répartition (du simple au double) entre les régions en 1999 (tableau 4), si on se base sur le critère de taille de la population. Tombouctou reçoit ainsi plus que toutes les autres régions (1746 Fcfa par habitant) juste derrière Bamako (1867). Les régions les moins favorisées sont celles de Kayes, Koulikoro et Ségou (moins de 920 Fcfa par habitant). Il est cependant pour l'instant impossible de lier le niveau de ces dépenses au niveau de vie des habitants dans la mesure où l'enquête malienne de conjoncture économique et sociale (EMCES) a été contestée parce qu'elle conduisait à des résultats apparemment aberrants, classant Sikasso (région cotonnière et agricole riche) dans le groupe des régions les plus

pauvres et Gao, Kidal, Tombouctou (régions du nord, semi-désertiques) comme faisant partie des régions les plus riches après Bamako. Si on considère, comme on le pense, que Gao, Kidal et Tombouctou sont les régions les plus défavorisées, que les régions de Kayes (région qui reçoit des ressources substantielles du fait d'une émigration importante et très bien structurée, mais dont les flux financiers ne sont pas bien comptabilisés), Koulikoro et Ségou (région de riziculture irriguée) comme des régions de niveau intermédiaire, alors, la dépense publique de santé par région est, en dehors de Bamako et de Sikasso qui reçoivent plus qu'elles ne le devraient compte tenu de leur niveau de vie, moins inégalitaire qu'on pourrait le penser. Cependant, une seule année est insuffisante pour confirmer ce résultat, on peut aussi supposer que 1999 était pour Tombouctou et Mopti, dont les postes investissement et médicaments (pour Tombouctou) sont importants, l'année de réhabilitation ou de création de nouvelles structures de premier niveau. Il serait donc souhaitable de construire un tableau présentant les dépenses publiques par région sur une période pluri-annuelle.

Si les accords de financement pour l'exécution du PRODESS permettaient de s'assurer a priori de la part de chacun des acteurs dans le financement de la santé, la contribution des ménages n'apparaissait pas dans ces accords dans la mesure où cette part n'est pas une négociation, mais un résultat a posteriori, dépendant en outre de l'utilisation des structures de soins.

Ainsi, les structures de premier niveau, après un investissement initial (bâtiments, équipe-

Tableau 4 : Dépense publique de santé par habitant par grand poste de dépenses, en 1999 (Fcfa)

Poste de dépenses	Bamako	Gao/Kidal	Kayes	Koulikoro	Mopti	Ségou	Sikasso	Tombouctou
Salaires	580	431	222	342	171	267	193	301
Médicaments	776	477	333	386	309	413	553	783
Investissements	511	447	190	190	746	182	265	662
Total	1867	1355	745	918	1226	862	1011	1746

Source : CSR, 2004. AFRHDWPS No. 56.

ment, dotation initiale en médicaments, pour plus de détails, voir le chapitre suivant), assuré par le ministère (ou par les partenaires), fonctionnent uniquement grâce à leurs ressources propres issues de la tarification des soins et de la vente des médicaments. L'utilisation adéquate de ces structures est donc vitale pour leur viabilité. C'est d'ailleurs pour cette raison que l'autorisation d'implantation de ces structures est normalement assujettie à un critère de taille de population de référence (au moins 5.000 habitants) au-dessous de laquelle, la structure ne dispose pas d'une clientèle potentielle suffisante pour sa viabilité.

Les recettes des centres de premier niveau proviennent de quatre sources différentes permettant d'assurer le fonctionnement et d'investir.

Les ressources de base d'un centre de premier niveau sont :

- le carnet d'adhérent, conçu initialement comme un système de pré-paiement, mais qui dans les faits a été quasiment abandonné. Un seul des six centres que nous avons visités a maintenu ce système et les études menées par ailleurs montrent que ce système est peu appliqué (Ramanana Rahary 2004 ; Sanogo 2001) notamment parce que la population y est réticente et n'en voit pas l'intérêt ;
- la tarification des actes. Le tableau 5 montre les niveaux de tarification des actes, qui reste abordable. Même si le système d'adhésion n'est pas en place, la plupart des centres ont gardé un système de double tarification en fonction de l'appartenance ou non à l'aire de santé qui s'applique différemment selon les centres : à

tous les actes ou à la seule consultation curative et à l'accouchement ;

- la vente de médicaments et de consommables ;
- l'aide extérieure que ce soit au niveau communautaire, national, ou international.

Les deux premiers types de ressources sont destinés à prendre en charge le personnel du centre, d'assurer les activités de prévention en stratégie avancée, d'assurer l'entretien et le renouvellement du petit équipement (ciseaux, stéthoscope, balance etc..), de régler les charges du centre s'il y a lieu (eau, électricité, carburant) et la propreté du centre, d'assurer une prise en charge des indigents et de contribuer au partage des coûts en cas d'évacuation ou de référence. Le troisième poste est destiné au renouvellement du stock de médicaments et des consommables. Les bénéfices tirés de cette vente doivent permettre de constituer des réserves pour investir.

Les centres bénéficient de ressources additionnelles provenant des programmes nationaux ou de projets des différents partenaires (ONG, UNICEF, voir annexe VIII, monographie de quelques CSCOM) qui permettent de réactiver ou d'assurer les activités en stratégies avancées (de la mère et de l'enfant) ou plus spécifiques (lutte contre le paludisme, le SIDA). L'aide est aussi largement dédiée aux investissements immobiliers et en équipements.

Tout comme pour l'analyse de l'activité par structure, l'analyse des flux financiers de ces structures ne peut être directement dressée à partir des données disponibles au niveau central et ce pour deux raisons. Tout d'abord, lorsqu'elles existent, ces données sont synthétisées

Tableau 5 : Exemples de tarification (en Fcfa) pratiquée dans les CSCOM en 2004

Commune VI de Bamako	CSCOM de Banankabougou Faladié		CSCOM de Sogoninko	
Acte	adhérent	non adhérent	adhérent	non adhérent
Carte d'adhérent	1000 (par an)		1000 (par an)	
Consultation curative	300	600	300	600
Soins infirmiers	500	500		
Incision			750	750
perfusion	250	250	350	350
CPN	500†	500†	300†	300†
Accouchement	1250*	1500*	3000*	3000*
Déclaration naissance				
Vaccination enfant				
Vaccination femme				
Planning familial	300 le carnet ; plaquette de pilules = 100 ; solution injectable = 300			
District de Fana	CSCOM de Falako		CSCOM de Djoumanzana	
Acte	aire de santé	hors aire	aire de santé	hors aire
Carte d'adhérent	pas de carte		pas de carte	
Consultation curative	300	500	300	500
Soins infirmiers	500	1000	500	750
CPN	400†	600†	500†	750†
Accouchement	2440*	3440*	1250*	2250*
Déclaration naissance	450	450	450	450
Vaccination enfant	250	250		
Vaccination femme	150	150		
Planning familial			Gratuit, préservatif = 3 pour 50 Fcfa, confiance = 300 Fcfa tous les trois mois	
District de Kati	CSCOM de Sanankoroba		CSCOM de Soninkéry	
Acte	aire de santé	hors aire	tarif unique	
Carte d'adhérent	pas de carte		pas de carte	
Consultation curative	300	600	300	
Soins infirmiers				
incision	600	1200		
CPN	600†	1200†	500†	
Accouchement	2800*	4800*	2500*	
Déclaration naissance				
Vaccination enfant	300	300		
Vaccination femme				
Planning familial	300	600		

Source : notre enquête.

† carnet qui donne droit ensuite à toutes les consultations en CPN gratuites ; *acte (qui oscille entre 1250 et 2000 Fcfa selon le centre et dont le prix double quasiment si la femme accouche à domicile, mais demande l'intervention de la sage-femme ou matrone) plus vaccination antitétanique, gant et seringue.

au niveau du district et parviennent alors au niveau central appauvries du niveau de base, alors même que la gestion des ces données au

niveau du district est informatisée. Ensuite, toutes les structures de santé de premier niveau ne sont pas à même de présenter des docu-

ments comptables rigoureux faute le plus souvent d'une formation adéquate des gérants des centres et des membres des ASACO. Pour obtenir ces flux financiers et évaluer le montant des recettes et la viabilité des centres, il faut se rendre dans les structures de base. C'est la démarche adoptée par les partenaires tels MSF, PSF lorsqu'ils désirent évaluer cette viabilité financière (Traoré, Camara et Thomé 2002 ; Ramanana Rahary 2004). A partir de quelques études menées dans ce sens, il apparaît que :

- il est impossible, à partir des documents comptables des centres, d'estimer la part de subvention venant de l'Etat ou des collectivités territoriales (Ramanana Rahary 2004) ;
- il est très difficile d'évaluer le système des cotisations et du taux de recouvrement : la comptabilisation de la vente des tickets de consultation laissant à désirer (Ramanana Rahary 2004) ;
- que la viabilité financière est plus difficile à atteindre dans le nord du pays du fait, en autres choses du nomadisme et de la faible densité de population. L'Etat est plus présent qu'ailleurs dans le fonctionnement des centres : 90 % des chefs de poste des centres de premier niveau sont ainsi à la charge de l'Etat (Sanogo 2001).

Ainsi, la faiblesse des données disponibles ne permet pas de dresser un véritable tableau des flux financiers qui déterminerait la part de chaque type de ressources dans le financement global des centres de premier niveau et leur emploi. La mise en place d'un système d'informations qui permette de recueillir de telles informations paraît d'autant plus nécessaire que la politique qui sera présentée dans les sections suivantes a favorisé la transformation des centres de santé en CSCOM dont l'autonomie implique une action volontariste des pouvoirs publics conduisant à une consolidation des comptes.

Sur la période 1998–2002, le Mali a fourni un gros effort en termes d'extension de la couverture sanitaire, notamment en investissant

dans la construction ou la réhabilitation des structures de premier niveau, comme nous le verrons dans la section III. Cependant, il reste à se demander si ces investissements bénéficient à la population ciblée (celle des zones rurales, et notamment parmi elle, les plus pauvres) dans le sens où on observerait un accroissement de l'accès aux soins et une amélioration de l'état de santé.

Incidence sur les plus pauvres

En l'absence de financement alternatif conséquent (nous verrons plus loin que le système formel de solidarité organisée est encore peu développé) et d'une organisation adéquate pour la prise en charge des plus pauvres (pourtant un des objectifs du PRODESS), les ménages financent la quasi totalité de leurs dépenses de santé. Ainsi, la contribution des ménages au financement de la santé ne se limite pas au seul paiement par les usagers des prestations faisant l'objet d'une tarification.

Les études qui ont été menées sur la demande de soins au Mali montrent que le poste le plus important des dépenses des soins de santé des ménages reste celui des médicaments qui représentent plus de 80 % de ces dépenses (tableau 4 ; Juillet 1999 ; Fournier et al. 2002 ; Mariko 2003 ; Cissé 2004a).

L'étude de Juillet menée à Bamako en 1996, montrait, d'une part, que plus que la tarification c'est le coût supposé de l'ordonnance qui constituait une barrière à l'accès aux soins modernes des plus pauvres, et que les revenus jouaient un rôle en intervenant sur la décision de recours (les ménages les plus pauvres pratiquant plus l'automédication que les autres). Elle montrait par ailleurs que la libéralisation du secteur sanitaire avait joué un rôle positif dans la décongestion du système de santé de la capitale puisque les ménages les plus pauvres avaient plus recours aux structures de santé de premier niveau que les ménages plus favorisés ou riches qui utili-

saient plutôt les services de santé spécialisés privés à but lucratif.

Cissé (2004a), analysant les données issues d'une enquête menée sur les dépenses de santé auprès de 1800 ménages à Bamako, conclut que **les pauvres contribuent plus au financement de la santé que les riches**. Il montre ainsi que les 20 % des ménages les plus pauvres (dont les revenus représentent 5 % de l'ensemble des revenus des enquêtés) contribuent pour 30 % au financement des soins tandis que les 20 % les plus riches (70 % de l'ensemble des revenus) y contribuent pour moins de 20 %. Ce résultat n'est pas étonnant puisqu'il découle du produit de la tarification à l'acte par le volume d'utilisation lié à la taille de la population de référence. Seule une puissante redistribution verticale pourrait compenser cet état de fait : or celle-ci passerait par une forte ponction sur les revenus des plus riches au bénéfice du financement des services de santé pour les plus pauvres.

On voit ainsi que l'extension de la couverture sanitaire par l'amélioration de l'accès géographique aux structures de soins, qui semble avoir été la priorité affichée du ministère de la santé (80 % du financement du PRODESS y était affecté), a pu toucher rapidement les

limites de l'objectif de l'amélioration de l'accès réel aux soins. Une politique mieux focalisée sur les mécanismes de lutte contre l'exclusion passant par une plus forte redistribution des richesses répondrait davantage à cet objectif avec toute fois une forte limite structurelle découlant de la faible proportion des ménages riches dans la population totale.

Tableau 6 : Dépenses privées de santé au Mali par poste en 1994 (en milliards de FCFA).

	Montant	Pourcentage
Frais de consultation (secteur public)	0.9	3.1 %
Soins dans le secteur privé et le secteur informel de santé	1.5	5.1 %
Dessous de table et autres frais illicites	1	3.4 %
Médecine traditionnelle	1	3.4 %
Médicaments modernes	24.8	84.9 %
Total des dépenses de santé des ménages	29.2	100 %

Source : MSSPA, 1997, in CSR, 2003. * Source : Plan Cadre des Nations-Unies pour l'Assistance au Développement 1998-2002 (affectation des dépenses en 1994).

Note : Les dépenses de santé sont calculées en utilisant les coefficients budgétaires fournis dans le rapport de l'EMCES 1994, appliqués aux dépenses totales par tête.

Situation de l'offre de soins de premier niveau au Mali

Schema d'ensemble

L'offre de soins au Mali comprend des structures de premier niveau (principalement privées à but non lucratif, les centres de santé communautaire (CSCOM), les centres confessionnels et associatifs, et des cabinets privés à but lucratif), de second niveau avec les centres de santé de référence (dans les districts de santé) et des structures de troisième niveau comprenant les hôpitaux (régionaux et nationaux) et les cliniques privées (principalement à Bamako). Des structures spécialisées complètent cette offre.

La politique sectorielle de santé s'est fixée comme objectif de réduire la mortalité et la morbidité des mères et des enfants, en cherchant à assurer à la population l'accessibilité géographique et financière à des services de qualité. Pour ce faire, des outils ont été mis en place dont un découpage sanitaire du pays et le renforcement des liens entre les structures (communautaires) de premier niveau et les structures (publiques) de second niveau.

A la base, se trouve le CSCOM, qui, en zone rurale, dessert plusieurs localités distantes de 0 à 15 km, au plus, couvrant une aire de santé dont la population totale est théoriquement

comprise entre 5000 habitants et 15000 habitants. A Bamako, les aires de santé sont les communes. Pour assurer la continuité des soins de qualité, chaque centre de santé de premier niveau est en relation avec le centre de référence auquel il est rattaché et vers lequel il référera les cas qui dépassent sa compétence (évacuations). A cette fin, chaque CSCOM devrait être équipé d'un réseau autonome de communication (RAC) pour avertir, en cas d'évacuation, le centre de santé de référence qui enverra son ambulance. Par ailleurs, pour alléger le coût des évacuations à la charge des usagers, deux systèmes ont été mis en place et consistent :

- au versement, par les ASACO, d'une cotisation mensuelle au centre de santé de référence pour la constitution de kit d'urgence ;
- au partage des coûts sur une base théorique de 40 % à la charge des patients, 30 % des ASACO et 30 % du centre de référence.

Les centres privés (confessionnels ou non) de premier niveau sont pour l'instant en dehors de ce schéma, bien qu'il y ait quelques exceptions (comme par exemple le cabinet privé médical de Markacoungo, district de Fana).

Centres de santé communautaires

Historique

Avant 1989, l'offre de soins de premier niveau se limitait aux seules structures publiques, les centres de santé d'arrondissement revitalisé (CSAR). L'autorisation de l'exercice privé de la médecine en 1985 puis l'adoption de la politique sectorielle en 1990, va progressivement contribuer à une profonde modification de l'offre de soins de premier niveau au Mali.

Cette évolution permit en 1989, d'accéder au souhait de la population de Bankoni (quartier pauvre de Bamako) de créer son centre de santé, structure privée sans but lucratif, avec du personnel qu'elle recruterait. Du fait de la volonté de cette population et de la forte motivation du personnel, notamment du jeune médecin, le centre de santé fut géré avec succès par les habitants regroupés en association (ASACOBAMA, association pour la santé communautaire de Bankoni). L'organisation du centre et l'offre des prestations correspondant aux attentes de la population étaient négociées entre le médecin et l'ASACO. Le système d'adhésion, mis en place (ne pouvait être adhérent que les habitants du quartier), induisait un tarif différencié. Au départ, les activités du centre de santé se réduisaient à la consultation curative, menée par le médecin chef du centre et à la vente de médicaments en génériques (grâce à un approvisionnement auprès du GIE). Sous la pression des habitants du quartier satisfaits par l'activité du centre, une maternité fut ouverte et une sage-femme recrutée.

Le succès de ce centre, nommé CSCOM, a débouché sur un mouvement de création d'autres centres de santé communautaires. L'initiative est alors venue soit de jeunes médecins qui avaient vu, avec l'exemple de Bankoni, la possibilité de trouver un travail rémunérateur et motivant, soit comme dans le cas de Bankoni, des habitants d'autres quartiers, qui constataient que l'accès aux soins pouvait être

moins onéreux grâce aux médicaments essentiels, ainsi rendus disponibles (Mariko 1993).

Puis dans le cadre de la politique sectorielle, les CSCOM ont été reconnus pour assurer le premier niveau de contact entre les individus et le système de santé. Une convention d'assistance mutuelle (cf. annexe I) est passée entre le ministère de la santé et les ASACO qui gèrent les centres. L'Etat participe alors au financement de la réalisation du CSCOM sous certaines conditions (effectif minimum de population à desservir pour assurer la viabilité financière du centre et engagement de la communauté à prendre en charge 25 % du coût des investissements. Parallèlement, les centres de santé d'arrondissement (CSAr),⁹ avaient été maintenus. Pour ne pas les pénaliser, l'Etat décida de les « revitaliser »,¹⁰ et leur accorda les mêmes conditions que les CSCOM, tout en maintenant le personnel en place (Blaise et al. 1997). Puis, progressivement, ces centres ont été transformés en CSCOM et ont donc été pris en charge par la communauté, une fois l'ASACO créée (MSP, PPDSS 1998-2007).

Aussi, si les premiers CSCOM, ont été créés sur une dynamique de quartier (Bamako), villageoise (région de Sikasso) ou associative (association d'immigrés, région de Kayes), les autres (plus de la moitié en 1998) sont d'anciens CSAR ou des CSCOM planifiés dans le cadre de projets (PSPHR, SSP-Ségou, SSP-Sikasso etc..) ou du plan de développement sanitaire,¹¹ et répondent rarement à un engagement spontané de la communauté. Cette approche mérite d'être soulignée car elle a créé une situation unique et paradoxale, en Afrique Sub-saharienne, où l'offre de soins de premier niveau quasi exclusivement privée est largement sous la coupe des pouvoirs publics.

Personnel

Du fait de l'histoire de la création des CSCOM, une partie du personnel¹² de ces structures est

toujours fonctionnaire, les autres sont des salariés des ASACO ou des mairies.

Alors que le profil minimum du personnel d'un CSCOM, défini en 1998 (PDDSS 1998-2007), devait être un infirmier diplômé d'Etat (comme chef de poste), une matrone (comme responsable de la maternité) et un gérant de dépôt de médicament,¹³ les données sur le personnel montre que ce profil minimum est loin d'être atteint en 2003. Car si les médecins sont très peu nombreux (18 % des centres ruraux¹⁴ en ont un), c'est également le cas pour les infirmiers diplômés d'Etat (on compte 239 IDE pour 930 centres, soit 26 % en 2003). Plus de 40 % des centres sont dirigés par un infirmier de 1^{er} cycle et 11 % par un aide-soignant ou une matrone (DNS, 2003). Ces chiffres nationaux masquent des disparités régionales qui ont été relevées par des enquêtes spécifiques. Des études réalisées en 1997 sur les CSCOM (Nzaypayeke 1997 ; Blaise et al. 1997 ; le *Population Council* 1998, cité par van Dormael et Dugas 2000) soulignaient toutes la faible qualification du personnel dans les structures de premier niveau. Par exemple, l'enquête menée par le Population Council dans 81 centres de premier niveau situés dans cinq régions (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti) du Mali, indiquait que 7 % seulement de ces structures étaient dirigées par un médecin, 47 % par un infirmier

diplômé d'Etat (bac + 3ans) et 38 % par un infirmier de premier cycle (BEPC + 3 ans).

Bien que le nombre de médecins ait augmenté depuis 1997 (tableau 5 et 6)¹⁵ l'examen de la situation en 2002 et 2003¹⁶ montre que **le problème de l'affectation du personnel, notamment des médecins et des sages-femmes hors de Bamako et celui de la qualification du personnel des centres de premier niveau est toujours d'actualité.**

En 2000 (van Dormael et Dugas 2000), le Mali comptait 1134 médecins dont 675 se trouvaient dans la fonction publique, essentiellement affectés dans les structures de second niveau et dans les hôpitaux ainsi que dans les équipes cadres au niveau des districts sanitaires, régional, national (ils étaient 543 en 1997 ; tableau 1). Tandis qu'en 1997, 64 % des sages-femmes, 58 % des médecins et 42 % des infirmiers (IDE et 1^{er} cycle) exerçaient à Bamako, toutes structures confondues (tableau 1), cette répartition inégalitaire entre Bamako et le reste du Mali ne s'est guère améliorée, sauf peut-être au niveau des structures de second niveau en ce qui concerne les médecins. Ainsi, en 2002, 32 % des médecins, 66 % des sages-femmes contre 23 % des infirmiers (IDE et 1^{er} cycle) exerçaient à Bamako dans les structures de 1^{er} et 2^{ème} niveau. Ces proportions sont encore plus parlantes lorsqu'on s'intéresse aux

Tableau 7 : Répartition des formations de premier niveau et du personnel par région en 1997 et 1998

Régions	Population†	Médecins*	Sages-femmes*	Infirmiers*	Nombre de structures de 1er niveau en 1998
	en 1996	1997	1997	1997	
Kayes	1 286 972	34	14	141	63
Koulikoro	1 443 316	31	29	138	56
Sikasso	1 699 473	45	18	196	83
Ségou	1 623 473	42	22	158	66
Mopti	1 481 331	34	16	144	42
Bamako	809 552	313	220	663	34
Tombouctou	515 300	26	9	80	2
Gao	431 465	18	15	74	1
Total	9 190 846	543	343	1594	347

Source : † PDDSS, 1998-2007 ; Rapport « Etude sur le financement du système de santé au Mali, 1997 »

*Personnel travaillant dans les régions (toutes structures confondues 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} niveau) ; Infirmiers = IDE et 1^{er} cycle.

Tableau 8 : Répartition des formations de premier niveau par région, et répartition du personnel travaillant dans les structures de 1^{er} et 2^{ème} niveau, en 2002.

Régions	Population	Nombre de Structures de 1 ^{er} niveau	Personnel des structures de 1 ^{er} niveau				Total du personnel des structures de 1 ^{er} et 2 ^{ème} niveau			
			Médecins	Sages-femmes	IDE	Infirmier 1 ^{er} cycle	Médecins	Sages-femmes	IDE	Infirmiers 1 ^{er} cycle
Kayes	1 503 146	89	32	6	57	71	59	19	83	99
Koulikoro	1 735 073	82	24	14	35	51	68	43	66	71
Sikasso	1 994 738	136	20	6	54	99	56	28	87	133
Ségou	1 826 532	106	10	9	53	71	37	28	75	93
Mopti	1 555 633	83	8	9	15	44	31	27	72	53
Bamako	1 219 727	48	106	188	77	96	147	341	137	159
Tombouctou	467 328	25	7	5	24	30	43	23	42	54
Gao	418 245	31	0	2	13	32	18	6	27	38
Kidal	46 526	5	1	1	6	20	6	3	9	31
Total	10 766 948	605	208	240	376	514	465	518	598	731

Source : DNS, Annuaire SJS 2002.

seules structures de premier niveau (tableau 2) : 51 % des médecins, 78 % des sages-femmes contre 20 % des infirmiers (IDE et 1^{er} cycle) sont à Bamako. Ces chiffres appellent trois commentaires :

- le problème des sages-femmes qui refusent d'exercer hors de Bamako est un problème récurrent depuis près de 20 ans au Mali. Il en découle une sous productivité flagrante, de ce corps professionnel, dans les maternités de Bamako ;
- le personnel moins qualifié est hors de Bamako ;
- les médecins non fonctionnaires exercent peu leur art.¹⁷

Cette situation du personnel est liée d'une part à la gestion des infirmiers d'Etat¹⁸ dont la grande majorité relève de la fonction publique. Or, sauf si l'Etat décide de venir en appui à certains CSCOM, les ASACO ne peuvent pas recruter de fonctionnaires. Elle est d'autre part également liée aux conditions d'emploi, source d'une grande insatisfaction du personnel.

La majorité des enquêtes menées dans les CSCOM (tableau A2, annexe IV), relève une grande **insatisfaction du personnel** (qu'il soit chef de centre ou non), son découragement, sa non motivation (Fournier et al. 2002 ; Thomé 2002 ; Traoré et al. 2002). Cette insatisfaction est due à **l'insécurité de l'emploi**, (beaucoup d'entre eux n'ont pas de contrats ni ne sont inscrits à l'INPS), aux **trop faibles rémunérations** (van Dormael et Dugas 2000) ou aux **conflits de gestion** entre le chef de centre et les membres de l'ASACO.

Elle conduit à :

- la **désinvolture** qui va du désintérêt de la bonne marche du centre à la non application des règles élémentaires de déontologie ;
- une grande **mobilité** du personnel des CSCOM.

Or la **stabilité du personnel**, notamment des responsables du centre et de la maternité, est **primordial** pour établir des relations de **confiance** avec les usagers.

Outre cette insatisfaction, les enquêtes réalisées sur la qualité des soins font état, en dehors de toute qualification, de la **faible compétence du personnel soignant**.

Qu'il soit médecin, infirmier ou sage-femme, tout le monde s'accorde à souligner l'incomplète, voire faible,¹⁹ compétence du personnel soignant. Ainsi, une étude menée en 2000, pour comparer la qualité des soins (prise au sens large) entre médecin et infirmier d'Etat, dans huit CSCOM (quatre avec médecin, quatre avec infirmier d'Etat) ne conclut pas à la supériorité du premier sur le second (Borel 2001). Ce résultat ne doit cependant pas inciter à conclure que les CSCOM n'ont pas besoin de médecins, mais plutôt que se pose au Mali, un vrai **problème de formation du personnel soignant** qu'il soit médecin ou infirmier²⁰ et qui se situe à trois niveaux :

- premier niveau : la formation médicale, mais également paramédicale, est purement théorique, abordée en termes de description nosologique et de santé individuelle, et non également en termes de symptomatologie, de clinique et de santé publique (comme l'était encore jusque dans les années 1980, la formation médicale de l'Ecole Nationale de Santé Publique de Bamako, entretien avec H. Balique, O. Ouattara) ;
- deuxième niveau : le médecin, mais aussi, l'infirmier, puisque ce dernier assure la fonction de chef de centre dans la majorité des CSCOM hors de Bamako, n'a pas les compétences requises pour assurer cette fonction de chef de centre qui demande des connaissances minimales en gestion (entretiens avec Y. Kone et Marc Ledret) ;
- troisième niveau : la baisse du niveau général des étudiants, liée à la détérioration de la qualité de l'enseignement²¹ (van Dormael et Dugas 2000) qu'on comprend aisément lorsqu'on sait, par exemple que la faculté de médecine compte un enseignant pour 140 étudiants (Brunet-Jailly 2004).²²

Ce problème de formation peut se révéler aussi dans l'**incapacité** du personnel à s'adapter à une demande qui ne répond pas au schéma dominant du fonctionnement de la société. Ainsi, les sages-femmes tout comme les matrones, pensent que le planning familial ne peut concerner que les femmes mariées et parmi elles, que les grandes multipares. S'il est évident que la demande est beaucoup plus forte chez ces dernières, elle n'est pas nulle pour les autres femmes, notamment en zone urbaine où le relâchement du tissu familial lié aux conditions de la vie en ville, conduit des jeunes-filles à rechercher des conseils qu'elles n'obtiennent alors pas.²³

Enfin, insatisfaction et faible compétence s'accompagnent parfois de comportements malhonnêtes.

Si les **paiements et arrangements illicites comme les dessous de table** semblent avoir fortement diminué depuis l'abandon de la « gratuité des soins » (la présence des ASCO, la nécessité de recouvrir les frais de fonctionnement, faute de quoi rien ne fonctionnera, y sont sans doute pour beaucoup). Ces pratiques n'ont cependant pas entièrement disparu mais il reste difficile d'en mesurer la portée effective sans une enquête anonyme et indépendante auprès des usagers. Certaines, à l'avantage des usagers (crédits non officiels, paiement fractionné des médicaments), peuvent engendrer des difficultés de gestion, d'autres à leur désavantage (surfacturation, abus, double ordonnance) ont un effet négatif sur l'utilisation et donc ensuite sur le fonctionnement du centre (Fournier 2002 ; Touré 2002 ; études de cas).

Fonctionnement et activités

LES ASACO

Associations sans but lucratif possédant la personnalité morale, les ASACO représentent tous les habitants d'une aire de santé définie comme un espace géographique comprenant 5.000 à 10.000, voire 15.000 habitants situés dans un rayon maximum de 15 km autour du CSCOM.

Le rôle de ces associations est alors de faciliter l'accès de la population de l'aire aux soins essentiels et de susciter sa participation active et responsable pour prendre en main la gestion de sa santé (Nzapayeke 1997).

Pour mener à bien cette tâche, les ASACO, réunies en fédération (la Fédération Nationale des ASACO du Mali, FENASCOM), se sont vues confier par convention, d'une part la responsabilité de gestion d'un CSCOM (structure de soins qui leur appartient ou dont ils ont la charge) et d'autre part celle de mener des activités d'animation, d'information et de sensibilisation dans les quartiers et villages pour inciter les habitants à utiliser le CSCOM et adhérer aux activités de prévention, d'assainissement qui peuvent être entreprises. Pour ce faire, les ASACO reçoivent le soutien technique des centres de santé de référence des districts sanitaires qui effectuent des supervisions régulières. Elles sont dotées de statuts qui prévoient la mise en place de trois organes : une assemblée générale (AG), un conseil d'administration, élu par l'AG pour trois ans, renouvelable une fois et un conseil de gestion (CG) composé de deux délégués par village, chargé de la gestion quotidienne. Selon les ASACO, c'est un noyau plus ou moins important de personnes qui aura un rôle actif dans la gestion du CSCOM et l'animation au sein des habitants. Ce noyau, appelé bureau ou comité de gestion, tourne autour du président, du vice-président, du trésorier, du secrétaire administratif et du superviseur (Nzapayeke 1997 et enquête dans les CSCOM).

En signant une convention avec le Ministère de la Santé, les ASACO, s'engagent, en s'appuyant sur le CESCO, à fournir à la population de leur aire de responsabilité un « *paquet minimum d'activités* » (PMA) qui comprend des activités curatives, préventives et promotionnelles (cadre ci-dessous). En contre partie, l'Etat s'engage à fournir un appui technique et rendre disponible un plateau technique (cf. annexe I).

Pour ce faire, l'ASACO, en concertation avec le chef de centre, détermine ses besoins en

Contenu du paquet minimum d'activités (PMA)

- Activités cliniques qui comprennent le diagnostic et le traitement des maladies courantes (y compris les affections parasitaires), et la référence des cas plus complexes au niveau du district
- Activités préventives. Elles comprennent la vaccination, les consultations pré- et postnatales, les consultations infantiles systématiques, les activités d'hygiène, l'IEC, l'information sur la contraception, activités de développement communautaire.
- Activités obstétricales avec les accouchements assistés simples
- Activités médico-techniques, principalement les analyses de base (test sur urine, selles, sang,...)
- Activités pharmaceutiques avec la distribution des médicaments essentiels
- Activités de gestion, incluant la gestion de l'ensemble des ressources, la tenue régulière du conseil de gestion, l'analyse et la transmission de l'information sanitaire

Source : PDDSS, 1998-2007

termes de personnel, passe théoriquement un contrat avec le personnel recruté, fixe les salaires (le plus souvent en se basant sur les grilles salariales de la fonction publique) payés sur les recettes issues de la vente de ses prestations, définit la tarification et les heures d'ouverture du CSCOM.

Les ASACO remplissent-elles correctement leur rôle ?

Le **premier** constat qui apparaît à la lecture des documents ou à l'issue des entretiens que nous avons eus, se résume à : **les ASACO ne fonctionnent pas**²⁴ !

Si les ASACO ne fonctionnent pas, elles ne remplissent pas leur rôle : celui de gérer correctement²⁵ le CSCOM pour fournir le PMA à la population, celui de susciter la participation active de la population à l'amélioration de sa santé. Cette absence ou difficulté de gestion a des conséquences également sur la mise en place d'un système fonctionnel de référence, pourtant essentiel dans l'établissement de la confiance de la part des usagers vis-à-vis de leur CSCOM. Si ce système demande que le centre de référence dispose d'une ambulance en bon état de marche et d'un plateau technique adéquat, il demande aussi une bonne gestion de la part de l'ASACO qui doit verser au centre de référence une cotisation mensuelle non seu-

lement pour la constitution d'un kit d'urgence, mais également pour permettre une prise en charge financière grâce au partage des coûts.

Plusieurs raisons sont à l'origine de ce mauvais fonctionnement :

- **l'accaparement** du pouvoir par un petit groupe de notables, voire une personne, qui utilisent cette structure pour conforter pouvoir et emprise sociale. Il en résulte une absence de concertation avec les autres membres de l'ASACO qui ne font pas partie de ce petit groupe et le plus souvent une gestion un peu trop personnelle pouvant conduire à détourner les recettes du CSCOM ;
- **la présence de désaccords**, voire de conflits, entre les membres de l'ASACO et le personnel, du fait d'une faible capacité de gestion des membres de l'ASACO : dans ce cas, le personnel gère le centre, mais l'ASACO reste seule habilitée à engager des dépenses (Nzayepeke 1997 ; Baliq 1998).

Aussi, si l'ASACO se montre incapable d'assurer cette gestion de base (renouvellement du stock de médicaments, salaire du personnel), soit elle-même, soit en déléguant en toute confiance ce rôle au chef de centre, le CSCOM ne peut fonctionner. L'équation est simple :

- pas de médicaments = pas d'usagers ;
- pas de salaire = pas de personnel.

LES ACTIVITÉS DES CSCOM

La majeure partie de l'activité des CSCOM touche à la mise en oeuvre du PMA sur son site, obligeant ainsi les patients à se déplacer. En effet, même si les stratégies avancées ont été lancées avec la politique sectorielle dans les années 1990, elles ont été abandonnées dans un grand nombre de structures faute de moyens et d'organisation, (Diarra et al. 1997 ; Blaise et al. 1997). C'est ainsi que les activités préventives (CPN, consultation postnatale, vaccinations) sont programmées sur deux journées en centre fixe, sur trois journées en stratégie mobile (mais rarement effective). Pour favoriser la stratégie mobile, les vaccins et les moyens de transport (motos) sont fournis par le ministère ou les partenaires, seuls les moyens de fonctionnement (carburant, entretien) sont à la charge des ASACO.²⁶Ces stratégies ont été relancées en 2004 et renforcées (on parle alors de stratégies accélérées ou SAS II) dans certains districts (notamment ceux où l'UNICEF intervient) avec la distribution aux femmes enceintes, lors des CPN, de moustiquaires imprégnées et de fer.

Le tableau A1 (annexe IV) présente le niveau des activités des CSCOM par district de santé. Avant de le commenter, rappelons les objectifs de couverture, définis par le ministère de la santé : CC = 25 % ; CPN = 70 % ; DTCP3 = 20 % ; ACC = 45 %.

Le taux de couverture des consultations curatives (CC), faible et inférieur aux objectifs fixés (18 % au niveau national), présente de fortes disparités entre les districts (il varie entre 47 %—commune 2 de Bamako— et 6 % à Diré, Ménaka ou encore Bandiagara). Cette disparité se retrouve également au niveau des aires de santé (voir par exemple tableau A3, annexe IV²⁷). Ces taux, lorsqu'ils sont calculés uniquement pour les enfants de moins de 5 ans (SLIS, 2002) sont bien supérieurs. Ils varient entre 20 % Gao pour les plus faibles à plus de

40 % (Sikasso, Ségou, Kidal) et 65 % (Bamako) pour les plus élevés. Les moins de cinq ans (avec leurs mères) constituent en fait une grande partie de la clientèle ciblée par les prestations proposées au premier niveau.

Comme le souhaite la politique sectorielle, les soins préventifs de la mère sont essentiellement assurés par les centres de premier niveau. Ainsi, les taux de couverture en consultations prénatales en 2003 ne s'améliorent guère lorsqu'on y ajoute l'activité des centres de référence, excepté à Tombouctou où le taux de couverture augmente de 70 % lorsqu'on inclut le CSref (SLIS, 2003).²⁸ Les taux de couverture en accouchement assisté (ACC) augmentent peu également, lorsqu'on ajoute les résultats du CSref : on passe de 32 % à 40 % pour l'ensemble du Mali, de 20 % à 23 % à Kayes, de 34 % à 40 % à Koulikoro, de 52 % à 58 % à Sikasso, de 32 % à 38 % à Ségou, de 19 % à 23 % à Mopti, de 8 % à 13 % à Tombouctou et à Gao, de 11 % à 12 % à Kidal. Seule à Bamako, la couverture augmente de façon significative, elle passe de 63 % à 90 %.

Les taux de couverture en planning familial (non présentés dans le tableau) sont très faibles, avec des taux quasi nuls dans les régions de Tombouctou (0,6 %) et Gao (0,15 %), et des taux qui oscillent entre 2 % (région de Kayes) et 3,8 % (région de Sikasso qui se place devant Bamako, 3,2 %, SLIS, 2002).

L'apport des CS référencé dans ces activités est donc négligeable et correspond à la politique préconisée mais pas à l'optimisation de l'utilisation des structures d'offre de soins.

On peut se demander si les disparités entre niveau d'activités conduit à des disparités similaires sur l'état de santé. Le tableau 9 récapitule pour chacune des régions les principaux indicateurs d'activité des CSCOM et donne les quotients de mortalité infantile et juvénile.²⁹ Au regard de ce tableau, il semble y avoir un lien entre la mortalité des enfants et le niveau des activités.³⁰ Celle-ci est en effet très élevée dans les régions du nord, où la stratégie fixe,

Tableau 9 : Taux de couverture par activité dans les CSCOM et quotient de mortalité par district de santé en 2002

Quotient de mortalité							
Régions	CC en % Pop	CPN en %	ACC en %	DCP3 <12 mois* en %	VAT en % femmes enceintes	Infantile	Juvenile
Kayes	17	32	20	49	31	124	143
Koulikoro	13	46	34	74	40	121	111
Sikasso	22	58	43	91	51	126	125
Ségou	20	58	32	74	52	118	147
Mopti	13	42	19	71	31	159	156
Tombouctou	13	19	8	31	24	142	171
Gao	9	17	8	58	32		
Kidal	30	21	11	41	22		
Bamako	26	65	63	101	73	94	44
Ensemble	18	47	32	74	44	126	128

* taux de couverture pour l'ensemble du district de santé
Source : DNS, annuaire SLIS 2002.

difficilement applicable du fait du nomadisme de la population, conduit à de faibles taux de couverture, notamment de la mère et de l'enfant. A contrario, cette mortalité est plus faible à Bamako, Sikasso, Koulikoro où ces taux de couverture sont les meilleurs. Mais, il ne faut pas oublier que ces régions sont économiquement privilégiées.

Nous avons vu que les ASACO rencontrent des difficultés pour assumer leur rôle. Est-ce la même chose du côté des CSCOM ?

Il s'avère que l'autorité et le dynamisme du directeur du centre de santé jouent un rôle prépondérant dans le bon fonctionnement de son centre et donc dans son utilisation.

Ainsi, dans la zone de Sélingué, l'arrivée d'un nouveau chef de centre, médecin de surcroît, a fait passer en deux ans le nombre de nouveaux contacts de 0,08 par personne et par an à 0,32 ; à Bourem (nord du Mali), la couverture des accouchements assistés est de 100 % : le centre est tenu par une femme qui a su mobiliser les femmes de la zone (entretien avec M. Ledret, MSF).

A Nongon (district de Sikasso), où le CSCOM créé en 1994 est dirigé par un médecin, engagé par l'ASACO, le nombre de contacts était de 0,5 par personne et par an

avant de passer à 1 en 1998, date de création de la mutuelle (entretien avec Oumar Ouattara, directeur de l'UTM et Yacouba Koné, médecin de ce CSCOM de 1994 à 2000).

A Marcacoungo (district de Fana), le cabinet privé à but lucratif (structure de premier niveau) du médecin, installé depuis 8 ans, a un taux d'utilisation des services curatifs de 0,31 contre 0,16 en moyenne dans le district pour les CSCOM (statistiques du centre de santé de référence).

Les premières expériences des CSCOM ont soulevé à leur début beaucoup d'espoir quant à la dynamique des communautés à prendre en charge les soins de santé de premier niveau. En gérant les CSCOM qu'elles avaient créées et en recrutant leur personnel de santé, grâce à une tarification des soins définie avec les usagers de ces CSCOM, les ASACO pouvaient d'une part exiger une certaine qualité des soins³¹ (faute de quoi, le personnel pouvait se voir congédié) et d'autre part s'assurer d'un approvisionnement en médicaments à moindre coût, grâce à la création d'un groupement d'intérêt économique (GIE) qui assurait l'approvisionnement en médicaments génériques.

Mais, avec la mise en place de la politique sectorielle, le schéma qui laissait le choix aux

communautés d'investir dans leur santé en fonction de leur dynamisme, s'est transformé quelques années plus tard en un système plus descendant qu'ascendant. L'initiative populaire, exprimant sa demande et ses besoins, même si elle n'excluait pas, loin de là, le soutien technique de la part de l'administration sanitaire, a progressivement fait place à un certain interventionnisme. Bien que souhaitant la participation de la communauté, l'administration s'est attachée à atteindre des objectifs de couverture selon des critères de population et de distance (la carte sanitaire). Ce processus a permis d'éviter la création anarchique de structures en favorisant la participation des communautés dans un dialogue s'appuyant sur des données objectives. Cependant, cela s'est fait au détriment d'une véritable appropriation nécessaire pour un engagement effectif des communautés dans la vie des ASACO. Ainsi, c'est l'un des premiers problèmes que rencontre le système de santé malien en ayant mis de manière trop systématique sur la dynamique des ASACO pour mettre en place des CSCOM : **on ne peut pas planifier les initiatives communautaires même si les pouvoirs publics peuvent jouer un rôle pour les susciter puis les accompagner !**

Prestataires de soins ou de services en relation avec les CSCOM

Les prestataires ou services que nous abordons dans ce paragraphe concernent l'approvisionnement en médicaments et les structures offrant des soins obstétricaux d'urgence. L'un comme l'autre jouent un rôle majeur dans la crédibilité du fonctionnement des CSCOM.

Complément de l'utilisation des centres de premier niveau : l'approvisionnement en médicaments à moindre coût

Au Mali, les « gens » aiment les injections (Touré 2002 ; enquêtes de terrain)

Un des objectifs de la mise à disposition de médicaments essentiels dans les centres de premier niveau (cf. contenu du paquet minimum d'activités) était non seulement de rendre disponible des médicaments à prix modérés, mais aussi de rationaliser les prescriptions, notamment d'antibiotiques et d'injections.

Pour acquérir des médicaments, la population a plusieurs possibilités :

- la première est celle des dépôts de vente des structures publiques ou communautaires où l'achat de médicaments est **conditionné** à la présentation d'une ordonnance délivrée par les prescripteurs de ces structures ;
- la seconde est celle des officines privées où l'achat de médicaments **n'est pas conditionné** par la présentation d'une ordonnance : tout médicament, quel qu'il soit peut être acheté, **il suffit de payer** ;
- la troisième est celle des « **pharmacies par terre** » en ville, des **colporteurs itinérants** en milieu rural. En ville, des vendeurs, sans aucune formation, se promènent notamment sur les marchés où ils peuvent aussi installer un étal par terre, et proposent, comme il le feraient pour des cigarettes, des médicaments à l'unité. A la campagne, les colporteurs passent régulièrement dans les villages et sont attendus, comme le serait un vendeur de pagnes, par les adeptes de l'automédication moderne. La qualité des produits est plus que douteuse, et si une majorité des consommateurs le savent, cette alternative est considérée comme un moyen d'être soulagé rapidement à peu de frais en attendant que l'épisode passe ou de trouver de l'argent pour utiliser une structure moderne des soins.

Deux études (Maïga et al. 2003 ; Fournier et al. 2002) récentes sont intéressantes pour aider à faire le point sur cet aspect. Nous en présentons les principales conclusions.

Après avoir analysé quelques 700 transactions dans 14 points de vente de médicaments

(pharmacies privées, dépôt de vente des centres publics de santé) dans trois villes du Mali, Maïga et al. (2003) font apparaître :

- que si la probabilité d'acquérir un générique est plus grande après être passé dans une structure publique ou communautaire que dans un structure privée, par contre, il n'y aucune différence dans la quantité de médicaments achetés quel que soit le lieu où exerce le prescripteur : **la sensibilisation à une rationalisation de la prescription, censée être plus forte dans les structures publiques et communautaires que dans les structures privées à but lucratif n'est pas vérifiée, les agents du public et du communautaire contournant les contraintes de cette rationalisation par des prescriptions qui seront honorées dans les pharmacies privées³² ;**
- du fait d'un contrôle strict de délivrance des injections dans les structures publiques, on observe une tendance plus forte à la délivrance de produits injectables dans les structures privées ;
- que l'automédication concerne les affections courantes qui seront traitées par un anti-inflammatoire ou un antipaludéen vendu sous forme générique ;
- que la consultation au préalable d'un professionnel de la santé concerne les affections considérées comme sérieuses et qu'elle conduit , le plus souvent, à l'achat de médicaments sous forme de spécialités ;
- que la transaction coûte beaucoup plus cher lorsqu'elle inclut plusieurs médicaments (+24 % par médicament supplémentaire), qu'il y a au moins un antibiotique (+49 %), un produit injectable (+97 %) ou un médicament en spécialité (+98 %).

Bien que la disponibilité en médicaments génériques et la rationalisation des prescriptions permettent de diminuer considérablement le coût des ordonnances (ceci avait déjà été souligné au Mali par Brunet-Jailly, dès la fin

des années 1980), les résultats de cette étude montre que les professionnels des structures publiques et communautaires, théoriquement sensibilisés à cet aspect, ne font pas ce qu'on attend d'eux : ils prescrivent autant de médicaments, autant d'antibiotiques, de produits injectables et de spécialités que ceux de structures privées à but lucratif (Maïga et al. 2003). La seule différence positive observée est que la présence d'une offre publique de médicaments conduit à diminuer les prix des médicaments des pharmacies privées.

L'étude de Fournier et al. (2002) dans la région de Kayes donne également des éléments intéressants.

Il en ressort que :

- la multiplicité des offreurs officiels, appliquant la politique de médicaments essentiels en DCI, a réduit l'offre des « médicaments par terre » ;
- la disposition à payer est élevée pour les produits pharmaceutiques ;
- les prescripteurs des CSCOM prescrivent plus de médicaments en général et plus d'antibiotiques et d'injectables que ceux des structures (publiques) de niveau supérieur (tableau ci-dessous).

Même si l'**approvisionnement en médicaments génériques** a permis sans aucun doute de réduire le coût des ordonnances, ces deux études montrent que ce coût reste encore supérieur à ce qu'il devrait être dans la mesure où

	Centre de référence et hôpital	Communautaire*
Nombre moyen de médicaments par prescription	2,7	3,3
% des prescriptions avec plus de 3 médicaments	55%	81%
% des prescriptions incluant au moins un antibiotique	63%	73%
% des prescriptions incluant au moins un injectable	35%	44%

Source : Fournier et al. 2002. *CSCOM de Kayes N'Di uniquement.

la **rationalisation** des prescriptions tant en ce qui concerne le nombre que le type (antibiotiques et d'injections) de médicaments, **n'est pas observée** dans les CSCOM alors que c'était un des objectifs à atteindre. Cet aspect renvoie à la formation inadaptée du personnel soignant qui a été abordée précédemment.

Structures de soins menant des activités de soins obstétricaux d'urgence (DSR 2003)

Le renforcement des soins obstétricaux essentiels est considéré comme une stratégie clé pour diminuer la mortalité maternelle (DSR 2003). Par ailleurs, un des déterminants d'une bonne couverture en accouchement assisté est l'assurance pour les parturientes et leur entourage, d'une bonne prise en charge en cas de complication (tant financière que technique).

Une étude rétrospective a été menée à partir de données collectées dans tous les CSCOM de Bamako et des districts sanitaires, les CS de référence et les hôpitaux et cliniques régionales et nationales du Mali en 2002, pour évaluer la capacité des structures à effectuer des soins obstétricaux d'urgence (SOU, cf. cadre ci-dessous ; DSR, 2003).

Si la norme nationale en matière de couverture de soins obstétricaux d'urgence complets est respectée (elle est même dépassée), c'est loin d'être le cas pour les soins obstétricaux d'urgence de base : le Mali compte seulement 15 structures capables d'assurer ces soins alors qu'il en faudrait 88 selon les normes nationales (quatre structures pour 500.000 personnes). De plus, ces structures étant mal réparties sur le territoire, on voit que les besoins de la population seront inégalement satisfaites selon les districts sanitaires.

Sur 100 accouchements, on sait que 10 nécessiteront des soins obstétricaux d'urgence de base et 5 des soins obstétricaux d'urgence complets. Quelle est la situation ?

La faiblesse technique (sous-équipement, insuffisance de personnel notamment qualifié, peu de gynécologues et chirurgiens³⁴) des

Fonctions correspondantes³³ aux :

Soins obstétricaux d'urgence de base (SOUB) :

- Administration parentérale d'antibiotiques ;
- Administration parentérale d'ocytociques ;
- Administration parentérale d'anti-convulsivants ;
- Délivrance artificielle du placenta ;
- Evacuation utérine par aspiration manuelle ou curetage évacuateur ;
- Accouchement par voie basse assisté (ventouse, forceps).

Soins obstétricaux d'urgence complets (SOUC) :

- Intervention chirurgicale (césarienne) ;
- Transfusion sanguine.

Source : DSR, 2003.

structures explique en grande partie que la proportion des complications prises en charge soit faible (tableau 10). Mais, ceci n'explique pas tout. Les facteurs avancés pour expliquer cette situation sont :

- le retard de prise de décision au niveau de la famille dû au faible pouvoir d'achat et donc à la crainte des conséquences financières de la prise en charge ;
- l'absence de système de référence/évacuation, liée à l'absence ou défaillance d'ambulance, de moyens de communication (RAC ou téléphone) ;
- le retard dans la référence, lié au manque d'un personnel qualifié et/ou compétent et au manque d'organisation ;
- les difficultés d'accessibilité géographique dans certaines zones (inondées ou enclavées, Sikasso, Ségou, mauvais état des routes, Kayes) ;

Tableau 10 : Proportion des complications prises en charge dans les structures de SOU en 2002 par région

Région	Proportion* de complications prises en charge en %	Proportion de césariennes pratiquées en %	Taux de létalité dans structures avec SOUC en %
Kayes	3,5	0,3	3,6
Koulikoro	1,5	0,1	4
Sikasso	9,5	0,9	1,7
Ségou	4,7	0,6	9,6
Mopti	5,1	0,4	2
Tombouctou	3,9	0,2	1,5
Gao	9,1	0,4	13,3
Kidal	10,6	0,1	NA
Bamako	27,2	3,7	3,7
Total	7,7	0,8	

Source : DSR, 2003 ; enquête dans 54 centres de santé de référence et 57 CSCOM dans lesquels existaient des SOU ; *100 % attendu ; t5 % à 15 % attendu ; taux de létalité = proportion de femmes qui présentent des complications et meurent après avoir été admises dans un établissement, 1 % attendu.

NB : Outre la faiblesse de la prise en charge des urgences obstétricales, ce tableau fait apparaître que la proportion de complications prises en charge n'est pas un indicateur suffisant pour suivre indirectement l'évolution de la mortalité maternelle : le taux de létalité n'est pas plus faible dans les régions où la proportion de complications prises en charge est plus forte (exemples frappant de Gao et Bamako). Il aurait été intéressant de confronter ces données au ratios de mortalité maternelle et infantile, mais ni les annuaires statistiques (SLIS), ni l'enquête démographie et santé (EDSMIII) ne donnent ces taux par région.

- le recours privilégié à la médecine traditionnelle en cas de complication (Sikasso, Mopti) ;
- le refus d'être prise en charge par un personnel masculin et jeune (régions du nord) ;
- le coût élevé des prises en charge des complications dans le privé et la non disponibilité du personnel dans le public pour Bamako ;
- le manque de formation du personnel pour certaines fonctions et en particulier identifier les grossesses à risque pour mettre en place un suivi adapté.

Cette étude montre l'**insuffisance flagrante** de prise en charge des complications, qui n'est sûrement pas ignorée de la population : « *la population intègre très vite le domaine de compétence de son CSCOM* » (Touré 2002). Cette insuffisance contribue à la faible couverture des accouchements assistés : si la parturiente n'est pas assurée d'être prise correctement en charge, il lui semblera inutile de se rendre au CSCOM pour les CPN.

Prestataires de soins ou de services en concurrence avec les CSCOM : les structures privées et informelles

Contrairement à certains pays d'Afrique comme le Cameroun, le Ghana ou la Côte d'Ivoire, le secteur privé à but lucratif ou confessionnel, est peu développé au Mali. Bien que l'exercice privé de la médecine soit autorisé depuis presque 20 ans, le secteur privé à but lucratif s'est peu développé et concerne pour l'essentiel Bamako. Encore actuellement, les jeunes médecins, redoutant l'installation en libéral (il est vrai, guère aidée par les institutions financières³⁵) n'aspirent qu'à une chose : devenir fonctionnaires. Il en est de même pour le secteur confessionnel peu présent, vraisemblablement du fait que le Mali est un pays musulman et non chrétien. L'essentiel de l'offre de soins de premier niveau est donc assurée par les CSCOM. Par contre, le secteur informel (praticiens fonctionnaires en exercice ou à la retraite, exerçant de façon non officielle) est beaucoup plus développé.

L'information sur ce secteur est éparse et mal documentée en partie parce qu'il est peu développé, en partie du fait qu'il était considéré, il y a encore peu de temps, davantage comme un concurrent du système de santé de l'Etat que comme un partenaire potentiel.³⁶ De même, les données sur le secteur informel, de part son caractère illégal ou non officiel, n'existent pas et aucune étude à notre connaissance n'a porté sur cet aspect de l'offre, qui semble pourtant non négligeable.

Les cabinets privés

L'exercice privée de la médecine est apparue en 1985 avec l'instauration du concours d'entrée à la fonction publique. Parallèlement, les médecins qui n'intégraient pas la fonction publique ouvrirent des cabinets privés (surtout à Bamako) et des cliniques. Mais comme on le voit, ces structures ne sont pas très nombreuses (on recensait 55 structures de premier niveau, les cabinets médicaux de consultation, dont près des trois quart à Bamako en 2001, tableau 11) et si elles emploient des médecins permanents (à statut libéral), elles emploient, du moins dans les cliniques, des médecins vacataires qui sont majoritairement des fonctionnaires.³⁷

Puis, sur l'initiative du docteur Hubert Balique, soutenus par l'ONG Santé Sud, de jeunes médecins furent encouragés à s'installer dans des villages après une étude de faisabilité, soit à leur compte (comme les médecins de campagne en France), soit dans les CSCOM qui se créaient. Les médecins de campagne sont définis (par Santé Sud) comme des médecins exerçant et habitant en milieu rural. Sur les 66 médecins ayant adhéré à l'association des médecins de campagne (ce qui leur assure un appui de la part de Santé Sud), peu (15) se sont installés comme médecins libéraux tandis qu'un tiers est fonctionnaire, les autres étant des salariés des ASACO, du confessionnel ou d'autres associations (29 médecins, tableau annexe III).

Si les CSCOM offrent, comme nous l'avons vu, à la population des aires de santé, le paquet minimum d'activités, les cabinets privés à but lucratif se concentrent sur les activités curatives (source de revenus) et les seules activités préventives (CPN) qui demandent peu d'investissement et qui débouchent sur des revenus (avec les accouchements ; van Dormael et Dugas, 2000). Car, il faut savoir que les activités préventives ont un coût d'opportunité élevé pour les praticiens, parce qu'elles sont soit gratuites, soit payées au-dessous de leur prix de revient. Il serait nécessaire que l'Etat achète ce type de service en contractualisant avec les privés libéraux (Santé Sud 1998).

Les structures confessionnelles

Bien que peu nombreuses (23), ces structures font une concurrence sérieuse de par la qualité des soins qu'elles offrent aux CSCOM lorsqu'elles en sont à proximité (Traoré et al. 2002). Elles se répartissent ainsi sur le territoire (voir tableau 12).

Contrairement à un pays comme le Ghana, ces structures ne sont par organisées de manière formelle en participant à une fédération ou autre forme de regroupement qui leur

Tableau 11 : Etablissements privés en 2001

Types	Effectif	dont à Bamako
Cabinets médicaux de consultation	55	40
Cliniques médicales	20	20
Cliniques d'accouchement	3	3
Cliniques chirurgicales	14	14
Cabinets de consultation de sages-femmes	7	5
Cabinets de soins infirmiers	78	44
Officines de pharmacie	237	158
Cabinets dentaires	16	13
Dépôts de pharmacie	137	0
Laboratoire d'analyse	3	3

Source : CPS/Santé, 2001

Tableau 12 : Répartition des structures sanitaires confessionnelles en 2001

Région	Effectif
Kayes	5
Koulikoro	3
Sikasso	4
Ségou	5
Mopti	3
Tombouctou	0
Gao	1
Kidal	0
Bamako	2
Total	23

Source : CPS/Santé, 2001.

permettrait d'une part de mieux s'organiser et réaliser des économies d'échelle mais aussi d'être plus présent comme partenaire des pouvoirs publics.

Les structures informelles

Le personnel des structures publiques et privées, infirmiers à la retraite ou au chômage, exercent également de manière illégale, en dispensant des soins à domicile (Fournier et al. 2002). De par son côté illégal, cette offre n'est pas comptabilisée, mais peut être importante en zone urbaine et dans certaines zones rurales comme celle de Fana (entretien avec l'infirmier de Djoumanzana) où la relative aisance de la population (zone cotonnière) a permis, semble-t-il, le développement de ces pratiques qui concurrencent fortement le CSCOM.

Le secteur traditionnel

Bien que le ministère de la santé entretienne depuis de nombreuses années des relations avec le secteur traditionnel, par l'intermédiaire de ses instituts de recherche,³⁸ cette coopération reste ambiguë ou restreinte dans la mesure où ici encore, les données concernant le nombre de praticiens et leur répartition ne sont pas disponibles. Il faut savoir cependant, que même si leurs compétences varient énormément d'un praticien à l'autre (certains étant spécialistes d'un mal particulier, d'autres étant plus ambivalents), ceux-ci sont très nombreux : on en déclare pratiquement un par village.

Il conviendrait, si un recensement devait être fait, de hiérarchiser leurs compétences afin de distinguer ceux qui ont une véritable connaissance thérapeutique de ceux qui ont des connaissances plus proches de ce que l'on peut qualifier de « recettes de grand-mère ».

Tout le monde s'accorde pour dire, et il suffit de se rendre sur les places publiques et d'écouter les radios locales pour s'en rendre compte, que les praticiens traditionnels ont adopté depuis quelques années une stratégie offensive de marketing, notamment dans les villes : utilisant les médias, ils passent des messages publicitaires, ils inventent un schéma thérapeutique traditionnel pour des maladies récentes laissées sans réponse thérapeutique par les structures modernes (Toure 2002), ils se modernisent en utilisant du matériel médical (tensiomètre, table de consultation) et vont jusqu'à référer leurs patients (surtout les enfants et les femmes enceintes) au centre de santé (Fournier et al. 2002).

Revue de la littérature sur l'utilisation des services de santé et les déterminants de la demande de soins

Si on sait que l'offre de soins n'est de loin pas le seul déterminant de l'état de santé d'une population (les facteurs biologiques, l'environnement, le développement économique, le comportement socio culturel, l'éducation en sont d'autres importants, Evans, Barer, Marmor 1996 ; Marmot et Wilkinson 1999), l'objectif explicite du système de soins est de maintenir, voire d'améliorer, l'état de santé de la population.

« La première réaction devant la manifestation des premiers signes de la maladie est l'observation. Le patient se donne le temps d'observer l'évolution de la pathologie. Le pauvre n'ira pas se soigner, il préfère utiliser son argent pour se nourrir, s'il y a un petit reste, cela sera dépensé pour la santé » (Etté 1999).

Lorsqu'on enquête auprès de la population pour décrire l'itinéraire thérapeutique des personnes ayant eu un épisode morbide, il en ressort :

- que la principale cause de morbidité déclarée se classe dans la rubrique fièvres et paludisme (entre 34 et 40 % des cas, Audibert et al. 2000 et 2001 ; Chima et al. 2003) ;
- que les ruraux déclarent moins d'épisodes morbides (0,5 à 0,7 en moyenne par an, Audibert et al. 2000 et 2001) que les

urbains (1 par an, Juillet 1999 ; Mariko 2003) ;

- que le recours aux soins modernes (toutes structures confondues) concerne entre 45 % à 55 % des plaintes, l'automédication (à base de traitement traditionnel ou moderne), plus de 40 % et le recours aux thérapeutes traditionnels, plus variable selon les régions, entre 3 % et 23 % (Nzayake 1997 ; Juillet 1999 ; Audibert et al. 2000 et 2001 ; Touré 2002 ; Mariko 2003) ;
- que le recours à tel ou tel type de soins n'est pas exclusif : on passe alternativement d'une structure moderne à une structure traditionnelle, si la médecine moderne (ou traditionnelle) ne parvient pas rapidement à un résultat, on ira dans l'autre secteur, quitte à faire des allers-retours (Touré 2000) ;
- que les pauvres d'un côté, les femmes de l'autre, ont plus recours à l'automédication que les riches et que les hommes (Diakitè et al. 1993 ; Juillet 1999 ; Touré 2002).

On sait par ailleurs que les déterminants³⁹ de l'utilisation des services de santé, notamment des soins curatifs se classent en quatre groupes liés :

- à la représentation populaire de la maladie et à leurs causes. Le type de maladie déterminera le type de services qu'on utilisera. Les maladies attribuées à des facteurs surnaturels (convulsions, délires, folies), à la transgression d'un tabou ou au mauvais sort (stérilité, avortement), ne peuvent être traitées que par la médecine traditionnelle et le recours aux guérisseurs ou aux devins et *en aucun cas* par la médecine moderne ;
- à la sévérité : on ne consulte pas, d'autant qu'on est pauvre, si ce n'est pas grave ;
- au coût total : pas seulement celui de la consultation qui est en général faible mais le coût du traitement incluant examens, médicaments, le transport et le temps ;
- à la qualité non seulement des soins (le patient peut en avoir une idée d'après la réputation du centre, du médecin, de l'infirmier, ainsi que d'après ses expériences), mais aussi de l'accueil (le patient est-il reçu correctement, est-il respecté, le personnel est-il présent, etc..) avant la propriété des lieux.

Alors même que chacun reconnaissait que la politique de gratuité des soins était un échec, l'instauration de la tarification a préoccupé nombre de ceux qui pensaient qu'elle réduirait davantage l'accès des ménages aux structures de soins. Dès le début des années 1980, de nombreuses études vont alors chercher à évaluer l'effet de la tarification sur l'utilisation des services de santé. Durant près d'une décennie, une large controverse animera le débat : certaines études concluant à l'inélasticité de la demande de soins par rapport au prix (Mwabu 1986 ; Gertler et van der Gaag 1990), les autres démontrant exactement le contraire. Des analyses plus fines seront menées par la suite et montreront que l'élasticité de la demande peut varier en fonction des revenus : faible, voire nulle pour les quintiles de revenu les plus élevés, elle augmente à mesure que les revenus diminuent (Gertler et al. 1988 ; Yoder 1989 ; Waddington et Enyi-

mayew 1990 ; Chawla et Ellis 2000 ; Cissé 2004).

Cette approche par tranche de revenu se développera et conduira, d'une part à de nouvelles controverses sur la stabilité de ce résultat dès lors que d'autres facteurs sont étudiés, notamment la qualité des soins, et d'autre part à se préoccuper aussi de l'équité et donc de l'accès des pauvres aux soins. D'après les études menées sur la demande de soins, la qualité des soins et de l'accueil est un élément important dans le choix thérapeutique des ménages, mais aussi dans l'assiduité du groupe ciblé (les femmes et les enfants) aux activités qui leur sont proposées. C'est ce que nous allons voir à travers la revue de la littérature.

Déterminants de l'utilisation des structures sanitaires de premier niveau en Afrique

Nous ferons deux remarques avant de présenter le bilan de la littérature.

- Peu d'études portent spécifiquement sur la planification familiale (Ortiz et al. 1999) et sur les soins de santé maternels et infantiles. Certaines études s'intéressant aux soins préventifs et curatifs de base, incluent la dimension « santé maternelle et infantile » (Weil et al. 2003 ; Meuwissen 2002) ou la dimension préventive à travers le Programme élargi de vaccination (Audibert et Mathonnat 2000). D'autres traitant l'accès aux soins en fonction du genre, distinguent les soins curatifs « classiques » des soins spécifiques pour les femmes en âge de procréer (Buor 2004) ;
- Les études sur l'impact des assurances de santé sur l'utilisation des soins de santé primaires sont petit à petit apparues dans le cadre des difficultés observées par certains dans la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako et plus particulièrement en raison de l'introduction du paiement des

soins par les usagers. Il y a davantage de travaux sur les expériences réalisées en Inde et en Asie du Sud-Est qu'en Afrique et notamment qu'en Afrique de l'Ouest. On en trouve cependant quelques unes sur l'impact d'une couverture maladie sur l'utilisation des soins de niveau II et III (Jütting 2003 ; Criel, B. et al. 1999).

Une synthèse rapide de cette littérature permet de dégager les principaux déterminants de l'utilisation des structures de premier niveau. Ces déterminants peuvent se classer en deux grands groupes, les déterminants financiers (recouvrement des coûts, paiement direct des soins, niveau de revenu des ménages, prix et coût des soins, coût du transport, coût d'opportunité de l'attente et du transport, couverture maladie) et les déterminants liés à la qualité des soins (qualité structurelle, disponibilité en médicaments, processus de soins,⁴⁰ relation soignant/soigné, qualité perçue, satisfaction des usagers). Les autres déterminants sont plus spécifiques et dépendants de l'environnement (accès géographique, état de santé des patients), des caractéristiques des individus (âge, genre, instruction) et des cultures et pratiques (perception de la maladie et de sa gravité). Le tableau A-IV (annexe IV) récapitule, pour l'ensemble de la bibliographie étudiée, ces déterminants.

Déterminants financiers de l'utilisation des services de santé de base

Depuis une quinzaine d'années, et plus précisément depuis la mise en place des recommandations de l'Initiative de Bamako, un des principaux débats sur les déterminants de l'accès et de l'utilisation des soins de santé primaire repose sur l'impact positif, négatif voire neutre de l'introduction du recouvrement des coûts sur l'utilisation des soins. Autrement dit, la question posée tourne autour des conséquences non seulement du paiement direct des soins par les usagers, mais aussi du coût des prestations et de la barrière financière éventuelle que

représentent ses coûts pour les malades. Deux générations d'études peuvent être distinguées dans le cas de l'Afrique Sub-saharienne (Stierle et al. 1999 ; Cissé 2004). Pour la première génération d'études, la faible utilisation des services de santé est liée à l'impact du paiement direct de soins. Dans ces études, ce sont le rôle du prix des soins et du niveau de revenus des usagers qui sont mis en avant. Pour la deuxième génération d'études, l'impact négatif du paiement des soins par les usagers peut être atténué lorsque l'on prend en compte le véritable contenu de la prestation fournie

- Effet négatif du prix/du recouvrement des coûts

Pour Creese (1997), le recouvrement des coûts diminuerait l'accès aux soins de santé de la population. Si le recouvrement des coûts en général, et le prix des soins en particulier, ont un effet négatif sur l'utilisation des soins (Buor 2004 ; Weil, Foirry, Garenne, Zanou 2003 ; Nyongator et Kutzin 2003 ; Fournier et Haddad 1997), ils seraient surtout discriminants en fonction du niveau des revenus des patients (Buor 2004 ; Meuwissen 2002 ; Makinen 2000 ; Juillet 1999) et les pauvres supporteraient davantage les conséquences du paiement des soins que les plus riches (Ridde 2003). Une augmentation du prix des consultations ne seraient préjudiciables qu'aux groupes les plus vulnérables (Chawla et Ellis 2000). Au Niger, le paiement à l'acte serait préjudiciable notamment pour les maladies considérées comme non sévères dans la mesure où la participation aux frais n'inciterait pas les patients à consulter rapidement et retarderait ainsi le premier recours aux soins (Meuwissen 2002).

- Absence d'effets négatifs du prix / du recouvrement des coûts

Des études récentes montrent que l'effet négatif du prix n'est pas aussi évident. En Mauritanie, le recouvrement des coûts, grâce à l'accès

aux médicaments génériques, n'aurait pas d'effet particulièrement négatif sur le recours aux soins (relation positive entre le nombre de consultations par habitant et le coût des soins ; élasticité de 0,81) et aurait même eu un impact positif sur les activités du Programme Elargi de Vaccination (Audibert et Mathonnat 2000). Au Niger, l'effet négatif des prix des soins sur l'utilisation des services ne serait pas statistiquement significatif (Chawla et Ellis 2000).

Déterminants liés à la qualité des soins

- Effet négatif du prix/ du recouvrement des coûts, atténué par l'amélioration de la qualité des soins

Cette controverse a conduit à introduire d'autres dimensions, notamment la qualité des soins, et à évaluer l'effet conjugué du prix et de la qualité. Dans cet ordre d'idées, la question ou plutôt les questions de la « qualité des soins » sont aujourd'hui largement débattues. Il s'agit de savoir si, comme le présageaient les recommandations de l'Initiative de Bamako, une amélioration de la qualité des soins rendue possible par un accroissement des ressources propres des structures de soins ne pallierait pas les effets négatifs attendus avec l'introduction du paiement des soins par les usagers. Ainsi, pour la majorité des études, l'amélioration de la « qualité des soins » en général serait en mesure d'atténuer l'impact négatif des prix (Gilson 1997 ; Baltussen, et al. 2002 ; Nyonator et Kutzin 2003 ; Levy-Bruhl et al. 1997 ; Audibert et Mathonnat 2000 ; Meuwissen 2002 ; Chawla et Ellis 2000 ; Fournier et Haddad 1995, 1997).

- Effet négatif du prix / du recouvrement des coûts atténué par l'amélioration de la qualité structurelle, de la qualité perçue

A mesure que les travaux se penchaient sur la qualité des soins, le manque de rigueur ou le caractère trop vague de sa mesure a conduit à la préciser et à se demander si certains de ses

« attributs » (selon la terminologie proposée par Donabedian 1980) ou composantes, influencent plus que d'autres l'utilisation des structures de soins.

L'une des composantes unanimement reconnue de la qualité des soins est *la disponibilité en médicaments*, d'autant plus essentielle, que la dépense en médicaments est le poste le plus important des dépenses de santé des ménages. Les différentes études montrent que cette disponibilité :

- influence positivement l'utilisation des services de santé qu'ils soient curatifs ou préventifs (Gilson 1997 ; Baltussen, et al. 2002 ; Haddad et al. 1998 ; Levy-Bruhl et al. 1997 ; Audibert et Mathonnat 2000 ; Meuwissen 2002 ; Chawla et Ellis 2000) ;
- atténue l'effet prix négatif des soins (Nyonator et Kutzin 2003).

Une seconde composante est la qualité technique des personnels de santé, mais pas nécessairement dans le sens où on l'entend habituellement. Haddad et Fournier (1997) ont été les premiers à s'intéresser aux multiples acceptions du terme « qualité des soins », et notamment à la qualité des soins perçue par les usagers. Celle-ci recouvre un spectre très large de représentations dans lesquelles les « ressources » (médicaments, médecins, locaux) occupent une place importante, mais non exclusives : les relations interpersonnelles entre patients et personnel soignant en sont un élément tout aussi important. L'accueil, la marque de compassion, le respect du patient en tant que personne, le temps consacré au malade par le médecin, les explications prodiguées, l'honnêteté dans le comportement des professionnels de santé sont autant d'éléments de la qualité perçue que de la qualité attendue par les usagers et qui conditionneraient l'utilisation des services de santé de premier niveau, que ce soit pour des soins curatifs, comme l'ont mis en avant la plupart des études présentées dans le tableau A4 (Annexe-IV), que pour des soins préventifs, du type planification familiale (Ortiz, P. et al. 1999).⁴¹

■ Volonté à payer

Un certain nombre d'études (Wouters 1995 ; Akin et Hutchinson 1999 ; Mataria et al. 2003) ont mis en évidence la volonté de la population à payer pour des services de meilleure qualité, même si à un certain niveau de prix, la demande devient élastique. La Banque mondiale (1994) cite également la longue expérience dans certains pays des structures de santé confessionnelles dont le taux élevé d'utilisation, malgré une tarification, pas toujours moins onéreuse que celle pratiquée ailleurs, confirme cette disposition de la population à payer pour des soins de bonne qualité.

Prolongement des déterminants financiers

■ Le nouveau débat autour des mécanismes de solidarité

Les nombreuses études menées sur les effets de l'introduction du paiement direct des soins ont permis d'avancer dans le débat en ce sens qu'un consensus apparaît sur :

- le paiement direct des soins est un obstacle à l'utilisation des services de santé pour les plus pauvres ;
- certaines périodes de l'année (période de soudure) peuvent constituer un obstacle à l'utilisation des services de santé du fait d'une non disponibilité immédiate de ressources monétaires (Sauerborn et al. 1996).

Ces constats ont conduit à étudier certaines expériences visant à développer les mécanismes de solidarité. On a alors observé que :

- l'existence de solidarités financières facilite l'accès aux soins de ménages (Ayé et al. 2002) ;
- l'introduction de facilités de paiement des soins pour les usagers permettrait un meilleur accès aux soins (Baltussen et al. 2002).

Ces résultats ne sont pas surprenants, lorsqu'on sait que les avantages et les effets positifs

escomptés des assurances de santé ont depuis longtemps été mis en évidence dans les pays développés et qu'en théorie, ces avantages sont censés être les mêmes quelle que soit la société considérée. Les assurances de santé, toute formes confondues, doivent permettre (i) de collecter des revenus supplémentaires et stables, (ii) de lever la barrière financière d'accès aux soins, (iii) d'assurer une redistribution des ressources entre les assurés (Mills 1983).

Appliqués au contexte des pays en développement, les mécanismes de micro-assurance permettent aux individus et aux ménages de rationaliser leurs dépenses de santé et d'améliorer la qualité des soins dispensés dans les structures sanitaires (Benett, Creese, Monash 1998). Dans ces conditions, les micro-assurances de santé répondraient aux difficultés financières rencontrées par les ménages depuis la mise en place de l'initiative de Bamako et l'introduction du paiement direct des soins par les usagers.

Une des grandes questions actuelles est donc de voir si les mécanismes assurantiels réduisent l'impact négatif observé par un certain nombre d'études sur l'accès et l'utilisation des soins de santé de premier niveau en Afrique. Pour cela, certains travaux (Preker, Carrin, Dror, Jakab, Hsiao, Arhin-Tenkorang 2002) ont tenté de répondre aux trois questions suivantes :

- i) les régimes existants permettent-ils de mobiliser les ressources financières de manière efficace ?
- ii) les régimes permettent-ils de fournir une protection financière contre le coût de la maladie ?
- iii) les régimes existants permettent-ils d'atteindre les plus pauvres ?

Les résultats présentés ici se concentrent spécifiquement sur l'Afrique et l'Afrique de l'Ouest et indiquent que si les mécanismes assurantiels :

- facilitent la mobilisation des ressources notamment pour payer les soins *en général* (Diop, Yazbeck et Bitran 1995 ; Soucat et al. 1997),

- et permettent de réduire les dépenses directes de santé des usagers de soins (Criel et al. 1999 ; Jütting 2000 ; Jütting 2003),
- les micro-assurances de santé ont toutes les difficultés à atteindre les plus pauvres et les indigents.

Par ailleurs, il convient de rester prudent sur l'impact de la micro-assurance de santé sur l'accès aux soins en Afrique, pour trois raisons liées :

- aux nombreuses difficultés auxquelles font face les régimes pour se développer ;
- à la faible proportion de la population effectivement couverte ;
- au fait que la majorité des régimes ouest-africains assurent préférentiellement les gros risques de type hospitaliers plutôt que les petits risques, à l'inverse de ce que l'on observe dans les pays d'Asie du Sud-Est.⁴²

■ Les nouvelles cibles

La lutte contre la pauvreté, l'amélioration de l'accès aux soins des pauvres, sont désormais le leitmotiv de toute politique de santé et par là, de nombre d'études sur le système de santé et son utilisation. Mais ce ciblage trop systématique et un peu trop axé, nous semble-t-il, sur un langage codé, peut conduire à une schématisation de la réalité et laisserait de côté les vrais problèmes.

Avant tout, travaillant sur les pauvres, il est nécessaire de se poser la question : qu'est-ce qu'un pauvre en Afrique, ou qui est pauvre en Afrique ? Les enquêtes d'évaluation de la pauvreté, menées un peu partout sur le continent africain, nous aident en théorie à identifier les pauvres en définissant un seuil de pauvreté, basé entre autres, sur l'évaluation de la consommation calorique. D'après ces enquêtes, près de 70 % de la population vivrait en dessous du seuil de pauvreté et 80 % des pauvres habiteraient en zone rurale. Mais, élaborer des programmes spécifiques pour les pauvres, revient à

considérer qu'ils ne sont qu'une catégorie minoritaire qu'il faut bien sûr ne pas exclure du système, grâce évidemment à ces programmes ciblés. Mais, si on admet le résultat de ces études, comme 76 % de la population vit en zone rurale, 81 % des pauvres et 98 % des plus pauvres, comme au Mali, y habitent (Marouani et Raffinot 2003). Alors, il nous semble que les pauvres ne doivent pas faire l'objet de programme à part, mais bien de **la politique de santé du pays qui, si elle aborde les problèmes du fonctionnement global du système de santé, atteindra tant les pauvres (plus des trois quarts de la population) que les autres.**

A systématiquement opposer riches et pauvres, à trop vouloir raisonner en termes de dualité (riches/ pauvres, ruraux/urbains), on peut être amené à dire des évidences ou biaiser l'analyse que l'on peut faire des données macroéconomiques.

Deux exemples illustreront ce propos. Le premier concerne les conclusions d'une étude menée au Burkina Faso (Makinen et al. 2000) qui montrent que les ménages les plus riches :

- ont davantage de chance de consulter un médecin que les plus pauvres ;
- ont davantage de chance de recevoir des médicaments quand ils sont malades ;
- dépensent plus en termes absolus que les plus pauvres, mais moins en termes relatifs ;

ce qui nous semble évident et ne nous apprend en fait par grand chose. Ces conclusions, qui peuvent être faites dans tous les systèmes de santé du monde, sont connues depuis déjà plusieurs décennies. La véritable question est davantage de s'interroger sur l'impact réel de ce différentiel et sur les flux (en terme d'effet redistributif) et les canaux de financement qui pourraient permettre aux pauvres à bénéficier aux soins les plus vitaux.

Le second exemple est celui d'une étude (Sarah project, 2004), menée sur plusieurs pays africains, qui présente les résultats suivants.

Une lecture attentive de ce tableau montre que distinguer d'une part ruraux et urbains,

Tableau 13 : Recours aux divers types de soins par zone et par quintile (en % des recours)

Type de soins	Ruraux	Urbains	Quintile le plus pauvre	Quintile le plus riche
Bénin 2001				
Automédication	46	43	48	46
Tradipraticien	2	1	3	0
Structure privée	5	11	3	15
Structure publique	21	17	22	15
Burkina 1998/99				
Automédication	65	42	74	45
Tradipraticien	7	3	6	2
Structure privée	0,3	1,9	0,46	0,84
Structure publique	16	43	12	41
Mali 2001				
Automédication	63	37	67	32
Tradipraticien	5	6	5	6
Structure privée	2	5	2	6
Structure publique	5	27	3,5	30

Source : Sarah project (2004).

d'autre part pauvres et riches, même en utilisant des quintiles revient à faire une distinction quasi tautologique. Les pourcentages donnés pour quelques pays dans le tableau 7 le montrent bien : les proportions diffèrent peu entre ruraux et pauvres, entre urbains et riches. Et ceci s'explique par le fait que même si on ne peut nier la présence de pauvres en zone urbaine, en Afrique sub-saharienne, la plupart des habitants demeurent dans les zones rurales plus pauvres que les zones urbaines.

Par ailleurs, la comparaison de l'utilisation structure publique/structure privée en fonction du milieu (urbain/rural) peut être biaisée. Il en est ainsi par exemple pour le Mali où les structures de premier niveau sont des structures privées (communautaires) à but non lucratif, quasiment unique offre de soins en zone rurale tandis que les structures publiques sont des structures de référence de second niveau et de troisième niveau. Du coup l'on ne compare pas la même nature de recours : comme les services de référence sont en ville, ils bénéficient davantage aux urbains qui sont les plus riches.

Autres déterminants

Moins soumis à débat, ils concernent :

- *l'âge*. L'impact de cette variable sur l'utilisation des structures sanitaires de premier niveau est lié aux pathologies associées. L'adulte d'âge avancé aura tendance à délaissier les soins de premier niveau pour recourir à des soins plus spécialisés en milieu hospitalier notamment (Mariko 2003) ;
- *le genre*. Son rôle ne semble pas faire l'unanimité. Pour certains, il n'a pas d'effet sur l'utilisation de soins de premier niveau (Mariko 2003), pour les autres, les femmes utiliseraient « naturellement » moins les structures de soins alors qu'elles auraient davantage de besoins de santé (Buor 2004). Mais, tout dépend quel type de services est analysé, car nous verrons, dans le cas du Mali, que les soins de prévention ne concernent que les mères et les enfants.
- *l'accessibilité géographique*. Elle semble ne pas poser de problèmes en milieu urbain (Jaffré et de Sardan 2003), mais

continue d'être préjudiciable en milieu rural notamment pour les soins de santé maternelle et infantile et les accouchements en milieu médicalisé (Buor 2004 2003 ; Weil, Foirry, Garenne, Zanou 2003 ; Ortiz et al. 1999).

- *le coût d'opportunité (attente et distance)*. Ce coût est surtout évoqué pour les consultations prénatales et postnatales (Etté 1999 ; Buor 2003 ; Jaffré et Sardan 2003).
- *le niveau d'instruction*. Il apparaît dans certaines études comme déterminant pour l'accès aux soins des femmes notamment en milieu rural (Buor 2004, 2003) et n'aurait pas particulièrement d'effet en milieu urbain (Mariko 2003)

En conclusion, il ressort de cette revue sur l'Afrique que **le coût financier est bien une barrière pour les plus pauvres, les plus vulnérables, mais pas, pour les autres si la qualité est présente.**

Qu'en est-il au Mali ?

Déterminants de l'utilisation des structures sanitaires de premier niveau au Mali

- 'Pourquoi penser à la maladie si on est en bonne santé' (Touré 2002).
- 'L'homme assure l'entretien de la femme et des enfants qui lui appartient'. Ce sont les hommes qui prennent en charge l'ensemble des frais liés à la grossesse (des visites prénatales aux maladies pendant la grossesse à l'accouchement), c'est de leur responsabilité' (Touré 2002 ; entretien avec les sages-femmes des CSCOM visités).
- Peu de femmes (17 %) prennent la décision d'elles-mêmes de se soigner (EDSM III, 2003)

Gardons en tête ces affirmations et constatations relevées dans les études et lors d'entre-

tiens menés auprès de la population, pour comprendre pourquoi l'utilisation des centres de premier niveau est faible au Mali.

Car, par ailleurs, les enquêtes quantitatives menées auprès des ménages montrent que **le premier recours au soin est d'abord l'automédication (43 %)** que ce soit par les plantes ou par des comprimés modernes. Le recours aux structures de premier niveau comme première alternative de soins ne touche que 18% des ménages (Thomé 2002 ; ou encore Juillet 1999).

Avant de faire la synthèse de la revue de la littérature spécifique au Mali (tableau A5, annexe IV), nous présenterons les résultats pour l'année 2003, des régressions obtenues à partir de données statistiques de base de la Direction Nationale de la Santé (DNS, 2003).

Les données disponibles pour les 914 centres de santé de premier niveau fonctionnels en 2003, concernent le niveau des activités (consultations curatives, prénatales—CPN, séances d'éducation sanitaire, etc..) et des données structurelles (statut du centre, stabilité et type de personnel, type d'équipement, etc..).

Nous nous sommes intéressés aux nombre de contacts par personne par an (CC/population de l'aire) et au taux de couverture en consultations prénatales (CouvCPN). Bien que ces résultats ne puissent être que partiels puisque les facteurs introduits ne représentent pas tous les déterminants de l'utilisation des centres de santé, ils sont intéressants en ce qu'ils vont confirmer en partie ce que la revue de la littérature nous dira.

On voit ainsi que l'utilisation des services pour les consultations prénatales, mieux expliquée ($R^2 = 0,32$) par les facteurs structurels que l'utilisation des services pour les soins curatifs ($R^2 = 0,22$), est positivement liée à la stabilité du chef de centre, à sa plus grande qualification, à la présence d'une matrone, mais pas d'une sage-femme (le coefficient de la variable est non significatif), à l'existence d'un réseau de communication (RAC, important, nous le verrons pour les évacuations) et à la

†CouvCPN = f (stabilité chef centre, qualification chef centre, électricité, communication, sage-femme, matrone, supervision, PMA complet)

Variable	Coefficient	T student	Probabilité
Stabilité chef centre	0,07	2,75	0,006
Qualification chef centre	0,03	5,46	0,000
sage-femme	0,02	1,6	0,10
Matrone	0,02	2,29	0,02
Electricité	0,07	2,82	0,005
Communication	0,07	2,9	0,004
Supervision	0,01	3,32	0,001
PMA complet	0,03	1,61	0,10
Robust	R² = 0,32 ; F = 111 ; p = 0,000 ; n = 914		

CouvCPN = couverture (en %) des consultations prénatales ; stabilité chef centre = de 0 (moins de 1 an) à 3 (plus de deux ans) ; qualification chef centre : 1 = aide-soignant, matrone ou gérant ; 2 = médecin, infirmier ou sage-femme ; 3 = médecin, infirmier ou sage-femme depuis plus de un an ; communication : 1 = RAC ou téléphone, 0 sinon.

† Modèle de régression linéaire, estimateur robuste.

fréquence des supervisions de l'équipe du centre de référence.

Comme on pouvait s'y attendre, une grande partie des facteurs qui expliquent l'utilisation des services pour les CPN expliquent celle des services pour les soins curatifs. Ce sont la stabilité du chef de centre, sa qualification (meilleure elle est, plus grande est l'utilisation), l'existence d'un RAC et le nombre de supervisions, bien que cette dernière variable ait un signe négatif. Deux autres variables, influencent positivement l'utilisation des services pour les soins curatifs : que le CSCOM offre un PMA complet (cette variable n'était pas significative pour les

CPN, ce qui est logique) et effectuée des séances d'éducation pour la santé. Ces séances, destinées à sensibiliser la population à la prévention et à l'hygiène, permettent, si elles sont régulières, au personnel de santé de développer des relations de confiance et donc de bonne qualité avec les villageois, facteur important de l'utilisation des services comme nous l'avons vu précédemment.

Les déterminants de l'utilisation des services de santé au Mali ne sont pas très différents de ceux qui ont été mis en évidence pour les pays voisins (tableau 6). Tout comme précédemment, ils peuvent être classés en deux grands groupes.

CCpop = f (stabilité chef centre, qualification chef centre, électricité, communication, médecin, séances d'éducation, supervision, PMA complet)

Variable	Coefficient	T student	Probabilité
Constante	-0,25	-2,73	0,007
Stabilité chef centre	0,03	2,75	0,006
Qualification chef centre	0,006	5,46	0,000
Médecin	0,04	1,6	0,10
IEC	0,06	6,28	0,000
Communication	0,03	2,68	0,007
Supervision	-0,004	-2,52	0,012
PMA complet	0,02	2,10	0,04
Robust	R² = 0,22 ; F = 79 ; p = 0,000 ; n = 914		

Ccpop = nombre de contacts/pers/an ; IEC = séance d'éducation sanitaire.

Déterminants financiers

Mobilisant des ressources importantes, les études sur la demande de soins ne sont pas très nombreuses. On dispose cependant de quelques unes sur le Mali, essentiellement sur Bamako. Elles montrent de manière générale que le facteur financier, comme cause de non utilisation des services de santé est certes présent au Mali, mais il n'est pas le facteur **bloquant dans l'absolu** l'utilisation des structures de premier niveau. L'étude menée à Bamako par Juillet (1999) montre que le coût des soins est bien discriminante pour les plus pauvres, mais que c'est surtout au niveau des médicaments que ces derniers sont les plus pénalisés. Mariko (toujours à Bamako) trouve également que l'élasticité prix est négative et significative, mais seulement si la qualité est médiocre. Ainsi une diminution de moitié du coût des médicaments,⁴³ permettrait d'augmenter de près de 10 % l'utilisation des structures de soins de premier niveau. Par ailleurs, il montre que si l'augmentation des prix des soins sert à améliorer la qualité, alors cette augmentation n'aurait qu'un impact mineur sur l'utilisation des formations sanitaires publiques et communautaires (Mariko 2003).

Même si cela coûte plus cher, les gens vont dans le privé si la qualité est garantie (Touré 2002). Si les tarifs (des médecins) restent mesurés et les prescriptions conformes aux règles de l'art, les paysans trouveront les ressources nécessaires pour répondre à leurs besoins de santé (association santé sud 1998).

Il ressort que le facteur financier n'intervient pas **systématiquement**, dans le sens où :

- une partie des usagers est **prête à payer plus** pour des soins de meilleure qualité (CIDR 2001).
- ce sont **les plus pauvres** qui, appréhendant de ne pouvoir régler le coût des ordonnances, se détournent des services de santé de premier niveau pour les consultations curatives (Nzapayeke 1997 ; Juillet

1999 ; CIDR 1999 ; Kelley et al. 2000 ; Fournier et al. 2002).

- il apparaît **prépondérant à certaines époques** de l'année (Novartis 2003). Au moment des récoltes, la population a de l'argent, elle consulte plus facilement. Au moment de la soudure, les liquidités sont réduites, voire nulles et sont réservées en priorité à l'alimentation. La population consultera alors d'autant moins qu'elle sait ne pas pouvoir bénéficier de facilités de paiement (Fournier et al. 2002 ; entretiens avec le personnel des CSCOM visités, avec Oumar Ouattara, directeur de l'UTM)

Déterminants liés à la qualité des soins

On retrouve pour le Mali, l'influence de la qualité tant perçue qu'objective, sur l'utilisation des CSCOM.

L'absence de qualité agit **négativement** et se manifeste au niveau de :

- *l'accueil*. L'accueil est réservé (Novartis 2003), lorsqu'il n'est pas carrément peu aimable et peu poli (et fonction du client (Thomé 2002)) ;
- *la relation soignant/soigné*. Le personnel soignant est irrespectueux (Touré 2002 ; Thomé 2002), peu humain (van Dormael et Dugas 2000), parfois malhonnête, ce qui se traduit par des paiements illicites (Fournier et al. 2002 ; Thomé 2002) ;
- *la faible qualification du personnel*. Un aide-soignant n'a pas la même qualification qu'un infirmier d'Etat et encore moins qu'un médecin. Les usagers le savent (Thomé 2002). La guérison est un motif de satisfaction des patients et de confiance dans les structures d'autant plus important que la qualification est faible ;
- *Le PMA* ne correspond pas aux attentes de la population (Ledret, MSF ; Koné, Santé Sud ; Thomé 2002 ; Touré 2002). Cette constatation n'est pas récente

puisque en 1999, l'étude menée sur les facteurs de mobilisation durable de la population à la gestion des CSCOM (CIDR, 2001) révélait que les usagers reprochaient la restriction du PMA offert par les CSCOM. En termes de soins, les attentes de la population des zones rurales, ne sont pas les maladies dites prioritaires et incluses dans le PMA, mais selon les régions, ce sont les hernies (problème fréquent du paysan), l'hydrocèle (Y. Koné, Santé Sud) ou des affections que la population juge grave, comme le « koko », dont la plainte est mal comprise par le personnel soignant.⁴⁴

La présence de qualité agit positivement et se manifeste au niveau de :

- *la disponibilité en médicaments à moindre coût* (Unger et Diao 1990 ; Fournier et al. 2002 ; Mariko 2003) et en plus grande diversité. Mariko (2003) montre en effet qu'un doublement du type de médicaments disponibles dans les structures de soins de premier niveau augmenterait leur utilisation de 37 %.
- *la qualité des prestations liée à la compétence du personnel*. Lorsqu'elle est reconnue, la qualité des soins est appréciée (Kelley et al. 2000) et la disposition à payer en est élevée. L'effet négatif du prix s'en trouve atténué (Mariko 2003) ou disparaît : même si c'est plus cher, la population se tourne vers le privé à but lucratif lorsque cette qualité est présente (Fournier et al. 2002 ; Touré 2002).

Dans son étude, Mariko (2003) est allé plus loin en s'intéressant à l'aspect de plus en plus abordé de la qualité liée aux procédures de soins. Avec le concours d'un groupe d'universitaires (professeurs de médecine et de pharmacie) et de praticiens, il dressa une liste des étapes nécessaires⁴⁵ pour mener correctement une consultation générale et une consultation prénatale. Il montre alors que la présence d'un personnel en nombre suffisant est nécessaire mais pas suffisant au sens où le non respect de

certaines étapes du processus de soins a des effets négatifs sur l'utilisation des services. Ce résultat souligne, que malgré l'asymétrie d'information et le faible niveau d'alphabétisation de la population, les utilisateurs des services de soins sont capables de reconnaître ou de sentir les gestes qui différencie un bon praticien d'un mauvais praticien. Ceci appelle deux remarques :

- l'édification d'un protocole standard du minimum qu'on peut attendre de la part d'un personnel compétent est relativement simple à mettre en œuvre et pourrait être un minimum attendu dans chaque CSCOM. Les référentiels de ce type ont été développés au cours des années mais ils ne s'implantent durablement que difficilement. Ainsi faut-il comprendre pourquoi se diffusent-ils aussi difficilement. Quand ils existent, il conviendra de vérifier non seulement qu'on peut les trouver dans les CSCOM, mais aussi que le personnel les applique⁴⁶ ;
- au lieu d'adopter un comportement (correspondant à une insatisfaction) de non utilisation des services de santé, les usagers, par l'intermédiaire des membres des ASACO, une fois sensibilisés à cet aspect, devraient pouvoir mieux faire pression sur le personnel des CSCOM (par exemple en les questionnant sur les protocoles qu'ils adoptent⁴⁷) pour qu'ils améliorent leur prestation.

Prolongement des facteurs financiers

La lutte contre l'exclusion, la lutte contre la pauvreté font partie des objectifs de la politique de santé. Un des moyens d'y parvenir est de développer les mécanismes de solidarité. Le constat tiré de la littérature montre que si ces mécanismes permettent de réduire les dépenses individuelles des malades qui y adhèrent, ils ne parviennent pas couvrir les plus pauvres.

Au Mali, grâce à l'appui de l'union Technique Malienne⁴⁸ (UTM), les mutuelles se sont

développées au cours des cinq dernières années. Les expériences récentes⁴⁹ (présentées de façon plus détaillée en annexe V) sont diverses et sont nées soit de la base, initiatives villageoises (ou des habitants des quartiers urbains) spontanées comme dans la zone cotonnière de la région de Sikasso (avec l'appui de Santé Sud), initiatives d'émigrants comme dans la région de Kayes, soit dans le cadre de projet de santé comme dans le cas du projet PISAM dans la région de Ségou. Plusieurs éléments peuvent être avancés à l'issue de ces expériences :

- ces mutuelles, de par leur histoire, regroupent en général un petit nombre d'adhérents, mais fortement motivés et donc susceptibles de durer ;
- l'impact de ce type de mutuelles, conjugué au dynamisme d'un chef de centre qualifié, peut être élevé comme le montre celle du village de Nongon (annexe V), créée en 1998 avec l'appui du médecin du CSCOM et qui a permis de passer de 0,5 contact par personne et par an (avant la mutuelle) à un contact (après). Bien que ce n'ait pas été vérifié, on peut penser que la mutuelle a permis de résoudre le problème de soudure qui se pose dans cette zone cotonnière.
- elles répondront d'autant plus aux attentes de ses adhérents qu'elles intégreront, contrairement aux idées reçues, du moins en Afrique, la protection des petits risques comme c'est le cas en Asie (entretien avec le Dr. Ouattara, Directeur de l'UTM).
- il est nécessaire d'assurer une certaine qualité des soins pour que les usagers voient un intérêt supplémentaire d'adhérer.

Autres déterminants

- *le genre*. Son rôle ne semble pas faire l'unanimité. Pour certains, il n'a pas d'effet sur l'utilisation de soins de premier niveau (Mariko 2003), Mais, tout dépend du type de services analysé, car nous verrons, dans le cas du Mali, que les soins de

prévention ne concerne quasiment que les mères et les enfants.

- *l'accessibilité géographique* (et coût d'opportunité du temps). Si elle ne pose pas de problème en milieu urbain (entre privé et communautaire, l'offre de soins y est importante), et n'est pas un déterminant primordial de la sous utilisation des structures de premier niveau dans un grand nombre de régions, elle pose un problème dans les régions de grandes superficies, à faible densité démographique et à forte population nomade (régions de Gao, Tombouctou, Kidal ; cf. propositions du Collectif Santé Nord, annexe VII).
- *le niveau d'instruction*. Il n'intervient pas systématiquement. Pour Mariko (2003), il n'a guère d'effet en zone rurale et n'aurait pas particulièrement d'effet en milieu urbain (Mariko 2003). Pour Kelley et al. (2002), l'éducation du chef de famille, des femmes, influence positivement l'utilisation du CSCOM en cas de fièvres des enfants dans le premier cas, pour les CPN dans le second cas.
- *la faible diffusion de l'information*. L'information relatives aux activités menées par l'équipe du CSCOM lors des stratégies avancées circule par les membres du comité de gestion des ASACO, qui sont en grande majorité des hommes.⁵⁰ Ils ne diffusent pas toujours les informations lorsqu'elles concernent les femmes ; entretiens avec les femmes dans les CSCOM).
- *le fractionnement du paiement*. En se présentant au centre, l'utilisateur doit se rendre à la caisse pour régler d'abord le ticket de consultation avant de pouvoir être vu en consultation (qu'elle soit curative ou préventive). Une fois la consultation achevée, il retournera à la caisse pour régler l'acte réalisé (soins infirmiers, CPN, vaccination, etc.), puis si la consultation donne lieu à prescription (de médicaments ou d'examen de laboratoire, si le CSCOM en fait), il retournera à nouveau à la caisse

les régler. Ce fractionnement, qui n'est en aucun cas un crédit puisque l'utilisateur doit tout régler le jour de sa visite, donne l'impression à l'utilisateur que le personnel ou le CSCOM en profite pour les faire payer plus qu'ils ne le devraient.

- *le type et la sévérité des affections.* Pour la population, certaines affections ne peuvent être traitées que par la médecine traditionnelle, la médecine moderne étant impuissante dans ces cas (Nzapeyeke 2002 ; Touré 2002). On ne recourt pas aux services modernes lorsque ce n'est pas grave : l'automédication est suffisante.

Déterminants spécifiques de l'utilisation des soins préventifs de la mère et de l'enfant en Afrique et au Mali

Tant les études menées dans les structures de premier niveau en Afrique et au Mali, que les chiffres présentés pour le Mali (tableau 3 ou A1, annexe IV) montrent que les consultations prénatales sont, parmi toutes les activités des centres de premier niveau, celles qui fonctionnent le mieux. La vaccination antitétanique pour la mère, du BCG à la naissance pour l'enfant et l'inscription du nouveau-né au registre d'état civil, favorisent l'utilisation des centres de santé pour cette activité (Vangeenderhuysen et al. 1999 ; Etté 1999). Par contre, les taux de couverture en terme d'accouchements assistés, de consultations postnatales et de planning familial sont beaucoup plus faibles. Cette faible utilisation trouve plusieurs explications :

- *pour les accouchements assistés,* par la réputation qui découle du mauvais accueil du personnel, notamment des sages-femmes en milieu urbain, qui insultent les patientes dont le travail est trop long, de l'incompétence (du en partie à une formation inadaptée), de la négligence des personnels de santé lorsqu'une complication survient (entraînant le plus souvent le décès de la parturiente), et du mauvais fonction-

nement de la référence : si le système de référence n'est pas ou mal assuré (pas de transport, pas de prise en charge, pas de disponibilité d'un plateau technique de référence), la crédibilité des structures de premier niveau est mise à l'épreuve.

- *pour les consultations postnatales.* On ne va pas consulter si on est bien portant ? Si on se sent bien, si l'enfant est en forme, pourquoi penser à la maladie ? Les hommes, qui détiennent le pouvoir, n'acceptent pas que la mère se détourne de ses obligations familiales et économiques pour un enfant « sain ». Ces évidences, soulignées en 1995 par Etté en Côte d'Ivoire se retrouvent, presque une décennie plus tard, dans une communauté différente, au Mali (Touré 2002). Dans ces conditions, le coût du transport et le coût d'opportunité du temps deviennent trop élevés pour les mères.
- *pour le planning familial.* Les enfants donnent à la femme une reconnaissance, un statut, tant aux yeux de la société, que du mari : la stérilité primaire, mais aussi secondaire sont des causes de divorce et de répudiation. Une femme n'ayant pas d'enfant rapidement après son mariage vit dans la crainte de voir arriver une coépouse (Castle 2003). Une femme est considérée comme responsable de sa stérilité : « elle n'a pas d'enfants parce qu'elle a un caractère mauvais ». Aussi, la contraception se fait souvent à l'insu du mari (moins de 9 % des hommes interrogés disent ne plus vouloir d'enfants et cette proportion reste peu élevée, 17 %, parmi les hommes ayant déjà plus de 6 enfants, tandis que ces proportions sont respectivement de 21 % et 55 % pour les femmes, EDSM-III). Il ne faut ainsi pas négliger le fait que les femmes qui souhaitent planifier leurs grossesses prennent des risques : risque d'être, au mieux battues, au pire répudiées (Abrial et al. 1998).

Résultats des entretiens et enquêtes menées dans les CSCOM

La revue de la littérature sur le Mali a permis de mettre en évidence les facteurs intervenant dans l'utilisation et le fonctionnement des CSCOM. Afin de compléter cette revue il est important de pouvoir examiner de manière plus approfondie le fonctionnement de quelques CSCOM. Cela permet, à la lumière des résultats qui se dégagent de la revue, d'approfondir les facteurs explicatifs et de mieux comprendre la dynamique entre ces facteurs.⁵¹

Pour donner davantage de relief à ce travail il est utile de revenir, de manière plus détaillée, sur les principales conclusions de deux études menées⁵² en 1997 dans plusieurs CSCOM du Mali. Rappelons qu'elles se situent à une époque qui précède la mise en œuvre de la création planifiée des CSCOM.

Études de 1997

L'enquête menée dans les districts sanitaires de Bamako (zone urbaine), de Kati et de Kolokani (zones rurales, Nzapayake 1997) met en évidence deux types de constats, l'un montrant le dynamisme et l'enthousiasme dont étaient dotées les ASACO « spontanées » du départ, l'autre évoquant déjà les difficultés qui se préfigurent.

■ Dynamisme et enthousiasme.

Les ASACO sont animées et fonctionnent grâce à un petit nombre de personnes dynamiques (de une à quatre et les femmes en sont souvent, le plus souvent, exclues). En zone urbaine, elles ont été créées par quelques personnes **qui se connaissent**, qui disposent d'un certain niveau d'éducation (diplômés, anciens fonctionnaires) et qui sont imprégnées de la politique sectorielle. En zone rurale, les ASACO naissent dans des villages qui ont une **longue tradition d'activités communautaires** comme celle de Moribabougou, (district de Kati) où l'ASACO est gérée par l'association des femmes, active depuis 1987). Ce dynamisme a conduit à la mise en place d'un des premiers systèmes de référence fonctionnel avec partage des coûts. Dans le cercle de Kolokani, chaque ASACO verse au centre de santé de référence une somme mensuelle de 20.000 FCFA, ce qui réduit considérablement le coût de l'évacuation (incluant le transport et l'intervention) pour le malade.

■ Obstacles.

En zone rurale, les ASACO ont **du mal à recruter** du personnel qualifié (du fait de salaire jugé

trop bas, d'absence de plan de carrière, du refus de vivre à la campagne). Les inégalités entre CSCOM ruraux et urbains sont donc importantes.

L'enquête menée dans la région de Koulikoro (Diarra et al.1997) met en évidence d'une part les différences entre CSCOM et d'autre part les difficultés qui pointaient :

- **L'utilisation des CSCOM** est faible, mais varie **assez fortement** d'un CSCOM à l'autre (entre 0,39 et 0,13 contact annuel par personne dans la zone de référence).
- **L'effectif du personnel est réduit** au minimum : un infirmier (d'Etat ou de 1^{er} cycle) chef de poste, une matrone responsable de la maternité et de la vente des médicaments.
- Peu d'ASACO ont établi de contrat de travail. Cette fragilité de l'emploi est une cause de la forte mobilité du personnel.
- Le **système d'évacuation** des complications et des urgences est, dans cette zone, quasi inexistant (absence de RAC, pas de partage des coûts).

On voit qu'en 1997, les ASACO étaient des initiatives émanant d'une communauté dynamique et participative, ce qui n'excluait pas des difficultés de fonctionnement. On voit aussi que certaines de ces difficultés auraient pu être en partie résolues (celles liées à la sécurité de l'emploi) par les ASACO et en particuliers celles qui bénéficiaient d'une assistance extérieure (jumelage, ONG,...) et que du moins ces enseignements auraient pu profiter aux nouvelles ASACO qui se sont créées après 1998.

Synthese des enquêtes menées dans six CSCOM (Bamako, Kati et Fana)

Malgré le faible nombre d'aires de santé visitées (voir supra méthodologie), cette étude de

terrain s'est avérée pertinente et intéressante en ce qu'elle renforce les conclusions tirées de la revue de la littérature tout en soulignant à nouveau toute la diversité des situations. Elle a permis de mettre en évidence des tendances qui n'apparaissaient pas à la seule revue de la littérature et qui risquent, si elles se poursuivent ainsi, de remettre en cause les facteurs positifs de l'évolution du système de santé.

Le premier élément frappant est la forte inégalité observée entre d'une part les CSCOM de Bamako et les CSCOM ruraux, mais aussi entre les CSCOM ruraux. Cette inégalité, déjà relevée en 1997 par Nzapayake, est en particulier visible à la fois dans le nombre et dans la qualification du personnel. Alors que les CSCOM ruraux fonctionnent avec un personnel réduit (un chef de poste infirmier d'Etat ou de 1^{er} cycle, une matrone, un vaccinateur et/ou un gérant du dépôt de vente), les CSCOM de Bamako ont beaucoup de personnel, d'une part de par le fait d'une embauche importante par les ASACO (notamment si le CSCOM fonctionne bien), de l'aide de la mairie, du centre de référence qui y affecte des sages-femmes,⁵³ et d'autre part, de par l'accueil en stage des nombreux étudiants de la faculté de médecine, des écoles d'infirmiers et d'aides soignants.⁵⁴ L'appui ensuite de partenaires extérieurs va accroître encore cette inégalité lorsqu'il concernera la construction ou l'extension de locaux ou l'équipement complet d'un laboratoire.

L'inégalité entre CSCOM ruraux est aussi réelle, même si elle est moins flagrante, et est attribuée à la présence d'ONG (maliennes ou étrangères) ou de partenariat, (pas toujours dédiés à la santé comme dans l'aire de Sanakoroba, dans le district de Kati) qui, par les projets⁵⁵ qu'ils ont initié, ont conforté la dynamique villageoise et renforcé la cohésion sociale. C'est tout naturellement que les villageois bien organisés se sont ensuite engagés dans le processus de création d'une ASACO pour gérer avec succès un CSCOM.

Du côté de l'offre

La visite des CSCOM a fait ressortir :

a) des points déjà soulignés par la littérature :

- Le **bon fonctionnement** du CSCOM repose sur la **personnalité du chef de centre** (son charisme et son engagement) et sur le **dynamisme et l'honnêteté** des membres de l'ASACO. Un chef de centre motivé par sa fonction et capable d'assurer son autorité a des effets positifs sur le comportement de l'ensemble du personnel. L'exemple du CSCOM de Banankabougou Faladié (commune VI de Bamako) est édifiant. Créé en 1992 à l'initiative de la population du quartier et d'un jeune sortant de l'école de médecine (qui depuis s'est installé en libéral), ce centre, ouvert 24h sur 24h, grâce à un personnel nombreux (13 permanents plus des stagiaires, médecins, infirmiers et comptables) pouvant assurer le service de garde, affiche ses performances, en hausse chaque année : plus de 75 % de taux de couverture des vaccinations, 80 % de taux d'accouchement, 0,49 consultation/an/enfant sain, 0,48 consultation curative/an/pers en 2003. Le médecin, en place depuis 1999, épaulé par une ASACO dynamique, réunit une fois par semaine, en début de semaine, les membres de son personnel pour discuter des problèmes éventuels et du planning de la semaine. Tant le personnel que les membres de l'ASACO que nous avons interrogés nous ont impressionné par leur dynamisme et leur motivation.
- Il **suffit d'une personne**, soit au sein de l'ASACO soit employée par le CSCOM, pour perturber profondément le fonctionnement du CSCOM (exemples : un membre de l'ASACO qui détourne l'argent de la vente des médicaments, une matrone qui injuriait les patientes et monnayait ses actes).

- Les salaires, déterminés à partir des grilles salariales de l'Etat, **ne sont pas**, sauf exception, **revalorisés**, malgré les demandes du personnel. C'est une source latente d'insatisfaction.
- La concurrence dans certaines zones relativement riches (zone cotonnière) ou encore à Bamako, avec d'autres structures (confessionnel, privé à but lucratif, privé informel, ou encore d'autres CSCOM) proposant une meilleure qualité, détourne la population de « son » CSCOM.

b) des points non soulignés par la littérature, mais tout aussi fondamentaux :

- Les ASACO dynamiques en zone rurale sont celles où **l'autorité de la chefferie traditionnelle** est reconnue et respectée, où la cohésion sociale est forte. Elles sont alors capables de gérer le CSCOM dans la transparence, de s'impliquer dans les conflits usagers/personnel et de prendre les décisions qu'il faut lorsque le personnel a une attitude contraire à l'éthique.
- Les ASACO **non fonctionnelles** à Bamako sont des ASACO aux mains d'un petit groupe d'individus, voire d'un seul, qui se retrouvent dans toutes les organisations locales (Association de parents d'élèves, mairie, etc..) pour asseoir leur pouvoir et utiliser ces structures pour leurs aspirations et fins personnelles.
- **L'omniprésence de la tutelle** tant dans les CSCOM qui ne fonctionnent pas que dans ceux qui fonctionnent bien. Cette omniprésence se traduit par des **liens de hiérarchie et d'autorité excessifs** des centres de référence sur ces CSCOM. Le risque qui apparaît dans certaines aires qui ne fonctionnent pas est de retomber dans les travers du système public antérieur où **le personnel et la population** attendent tout de l'Etat. La tutelle devient ainsi l'espoir tant du personnel, qui ne rêve que de devenir fonctionnaire, que des membres de l'ASACO qui espèrent que les

problèmes seront résolus par la tutelle, grâce notamment à la mise à disposition de fonctionnaires et au renflouement du stock de médicaments : « Il est temps que l'Etat reprenne les choses en main » (propos d'un chef de village). « Vivement que l'Etat nous prenne en charge » (propos d'un infirmier, chef de CSCOM). Cette omniprésence se traduit également par une absence d'initiatives de la part du personnel notamment dans l'approvisionnement en médicaments.⁵⁶

- Les nouvelles dispositions prises par le ministère de la santé qui consistent à prendre en charge, sur les dotations qui lui sont allouées dans le cadre de l'initiative PPTTE, le salaire de certains agents initialement recrutés par les ASACO, a fait resurgir une vieille attitude : le personnel pense qu'il n'a plus de comptes à rendre aux ASACO et donc, pas aux usagers !

Du côté des usagers

Les entretiens menés avec les femmes d'un côté, les hommes et les notables des villages d'un autre côté ont permis de préciser les facteurs qui pouvaient expliquer le recours ou non au CSCOM.

- Il n'y a pas d'**a priori négatif** sur la capacité de la médecine moderne à soigner de manière générale, au contraire : « la seule vérité qui fait actuellement l'unanimité quand on a un malade, c'est la seringue et son contenu : c'est miraculeux » (propos d'une femme). « Le médicament du dokotoro⁵⁷ est le meilleur, la seringue est sans pareil » (propos de chef de village). Mais, et l'étude de Toure (2002) le montrait également, il y a une certaine **spécificité** de chacune de ces deux médecines : **certaines affections** sont du seul recours de la médecine traditionnelle, d'autres, de la médecine moderne : « Je soigne le koko et la

plupart des maladies qui embarrassent les soignants » (propos d'un guérisseur).

- Le **premier recours** pour un épisode n'est pas le CSCOM, mais la recherche de conseils auprès des membres de la famille ou auprès du guérisseur. On minimise dans un premier temps son état de santé : « quelqu'un qui utilise trop le centre donnera une mauvaise image d'elle-même » (propos d'une femme). On recourra au CSCOM si l'épisode tarde à passer : « Si mes enfants sont malades, je les emmène d'abord à mon beau-père qui est guérisseur. Si je n'observe pas de résultats, je les emmène au CSCOM » (propos d'une femme).
- La **qualité de l'accueil est déterminante**, le personnel doit recevoir dans la bonne humeur et le respect : « avant peu de gens utilisaient le CSCOM, mais depuis que le personnel a changé de comportement, les gens vont au centre » (propos d'un chef de village).
- **Devoir rendre des comptes joue un rôle majeur.** « Quand l'infirmier chef de poste se comportait en patron dans le centre, imposant son prix pour les médicaments qu'il achetait en ville, qu'il pratiquait une tarification capricieuse et élevée, cela se comprend car c'était avant et la communauté n'avait aucun pouvoir. Avec le CSCOM et l'ASACO, c'est différent, nous ne pouvons plus accepter que l'agent de santé se comporte en potentat » (propos de notables).
- **Rôle des associations de femmes.** Souvent le fait d'un micro projet de développement agricole soutenu par des ONG ou des jumelages, certaines associations de femmes sont extrêmement bien organisées et dynamiques. Les membres des ASACO peuvent alors s'appuyer sur elles pour sensibiliser les autres femmes en vue d'une meilleure utilisation du CSCOM (exemple de l'aire de santé de Sanankoroba).

Recommandations

Le système de santé malien est un véritable *kaléidoscope*, chaque situation constituant un cas particulier dans lequel un simple facteur comme *la personnalité et le comportement d'un responsable de centre de santé ou d'une officine privée peut changer radicalement la physionomie du système de soins local*. Le développement du système de santé doit reposer sur des principes et des stratégies nationales mais il doit permettre que s'expriment et se développent des *solutions locales appropriées*.⁷ (Fournier et al. 2002).

Les recommandations ci-dessous qui concernent plus spécifiquement les facteurs identifiés qui bloquent l'utilisation des services de santé doivent être lues avec cet énoncé en tête de manière à éviter la répétition des erreurs antérieures. La mise en œuvre technocratique et uniforme de très bonnes idées et suggestions conduit à l'échec de ces mesures quand elle ne produit pas des effets néfastes.

En présentant les déterminants de l'utilisation des structures de premier niveau, nous nous sommes attachés à distinguer ceux ayant trait à la demande (côté usagers) de ceux ayant trait à l'offre de soins (et à son fonctionnement). Nous gardons la même structure pour présenter nos recommandations tout en ayant

soin de répondre aux deux questions : *Quoi ?* (que peut-on faire) et *Qui ?* (doit le faire). Mais avant d'aborder les déterminants de l'utilisation il est important de revenir sur le cadre institutionnel.

Considérations d'ordre institutionnel

Hormis les quelques structures privées (peu nombreuses) confessionnelles et à but lucratif, les services de santé de premier niveau sont fournis essentiellement par des structures privées (communautaires) à but non lucratif : les CSCOM. La dichotomie public/privé, encore valable en 1997, ne s'exprime plus en 2004 de la même manière.

De manière générale, il apparaît que la mise en œuvre de la politique sectorielle n'a pas apportée de solutions appropriées pour améliorer significativement le recours aux services de santé. Nous soulignerons trois points.

- **La création planifiée** des aires de santé et donc des CSCOM et des ASCAO remet en cause la nature même de la dynamique communautaire. Si l'Etat doit avoir une idée précise (en fonction de certains critères) du lieu d'implantation des CSCOM, il ne doit pas en planifier seul

l'exécution dans la mesure où son fonctionnement est à la charge d'une communauté qui devrait adhérer activement à défaut d'en être le demandeur.

- **L'omniprésence** du ministère et de ses services déconcentrés qui exercent une tutelle trop forte (et pesante car souvent inappropriée) réduit considérablement la responsabilisation des autres acteurs (communauté, usagers, personnel) et induit des comportements d'assistance.
- **Le principe de couverture sanitaire unique pour le pays est plus théorique que réelle, en particulier dans les régions du nord.** Trop favoriser les centres fixes n'est pas la bonne réponse pour des régions étendues de faible densité et où une grande partie de la population est nomade. La combinaison des stratégies fixes, mobiles et avancées devrait être améliorée.

Ces points montrent l'importance de redéfinir les rôles de chacun.

LE RÔLE DE L'ÉTAT

Il n'est pas là pour s'immiscer en permanence dans les activités des CSCOM, mais pour :

- **accorder ou refuser des moyens**, en s'appuyant sur les besoins (définis par la carte sanitaire), aux communautés qui les sollicitent pour la création de CSCOM (avec ce que cela implique) ;
- **évaluer** l'activité des CSCOM **par des audits** qui conduiraient à accorder l'**accréditation** aux CSCOM et à suivre son respect ;
- de manière plus générale, **développer la contractualisation** et en particulier ;
- pour les activités préventives, avec les structures privées (à but lucratif ou confessionnelles) qui, dans certaines zones, ont su attirer la population en fournissant des soins de qualité ;
- pour la mise en place de stratégies mobiles pour la couverture de la population nomade (en s'appuyant sur des partenaires comme le Collectif Santé Nord).

LE RÔLE DES ASACO

Si le rôle d'animation, de sensibilisation et de diffusion des informations est bien celui que doit jouer les ASACO, il **ne devrait pas** leur revenir celui **de gérer** au jour le jour le CSCOM ce qui alourdit la gestion du centre et oblige les membres du bureau à être journallement présents dans les CSCOM. La gestion quotidienne doit être laissée au chef du centre ou au gestionnaire, si le CSCOM en est pourvu, quitte à leur donner un budget mensuel de fonctionnement. Le trésorier et les membres des ASACO **doivent par contre avoir un rôle de contrôle** en vérifiant les comptes et prendre des sanctions si la gestion s'avère défaillante. Les décisions d'investissement restent du ressort des ASACO sur proposition et/ou discussion avec le personnel.

Du côté des usagers (et de la communauté)

Utilisation des soins préventifs de la mère et de l'enfant

Les femmes ne sont ni financièrement, ni culturellement, indépendantes. Elles ne décident pas seules de se soigner, d'accoucher hors de la maison, de faire soigner leurs enfants et surtout de planifier leurs grossesses. Cibler seulement les femmes pour ces activités incite les hommes à s'en désintéresser (c'est l'affaire des femmes) et à être non coopératifs lorsqu'ils sont sollicités.

Recommandation : il faut aussi cibler les hommes (et les jeunes gens). Dans le cadre des stratégies avancées, les matrones commencent leurs activités préventives par des séances d'animation autour de divers thèmes dont le planning familial. Les hommes doivent être impliqués dans ces séances. Il faudra en trouver le mode : les hommes (les maris) accepteront-ils de parler de ces problèmes avec les femmes (leurs épouses) au cours de séances publiques ? Les matrones (des femmes) auront-elles une

légitimité aux yeux des hommes pour en parler. Ne faudra-t-il pas dans un premier temps que ce soit le vaccinateur qui, pendant que la matrone réunit les femmes, sensibilise les hommes sur ces aspects ? Mettre en avant, au cours de ces séances, leur rôle de père et donc leur implication dans la santé de leurs enfants, est également un moyen d'amener les hommes à s'intéresser à la prévention de la mère et de l'enfant.

Qui : personnel des CSCOM, membres des ASACO.

Si les femmes se rendent compte du bien fondé du suivi prénatal, elles ne voient pas toujours l'utilité des consultations postnatales. Une sensibilisation en ce sens est nécessaire. Elle peut se faire par divers moyens complémentaires que sont l'éducation et l'information.

Recommandation : *il faut renforcer l'éducation des femmes.* Divers moyens complémentaires sont considérés : insister sur l'importance du suivi postnatal, notamment pour les enfants, lors des consultations prénatales ; dans les zones où elles sont dynamiques (comme dans la zone cotonnière de Sikasso par exemple), **s'appuyer** sur les associations de femmes (capables dans ces cas-là d'impliquer les hommes) ; **diffuser** des messages publicitaires sur les radios locales (ce moyen, fort utilisé par les tradipraticiens, mais aussi par certains CSCOM, est très efficace).

Qui : membres des ASACO (de par leur rôle d'animateur qu'ils jouent dans les quartiers et villages), personnel des CSCOM, Ministère de la santé avec l'appui des médias (radio, télévision), ONG (Keneya Tchivara, Bara Nyuman) qui oeuvrent déjà sur le terrain.

Le Mali est un pays de tradition orale qui possède un outil traditionnel efficace encore utilisé pour informer ou faire passer des messages difficiles à la population : le Koteba ou pièce de théâtre. Cet outil est utilisé avec succès tant dans le domaine de l'agriculture (c'est un outil de travail ancien pour l'Ambassade des Pays-Bas lorsque ses projets de développe-

ment agricole se heurtent à des blocages culturels) que dans le domaine de la santé (le service de psychiatrie de l'hôpital du point G l'utilise depuis près de 20 ans pour aider à la réinsertion des malades mentaux). Cet outil a été également utilisé avec succès dans la région de Sikasso pour inciter la population à utiliser le CSCOM (Ramanana Rahary 2004).

Recommandation : l'expérience de Sikasso qui consiste à se servir du Koteba pour diffuser ses messages d'éducation doit être **développée**.

Qui : les membres des ASACO (de par leur rôle d'animateur qu'ils jouent dans les quartiers et villages), le personnel des CSCOM, le Ministère de la santé avec l'appui des médias (radio, télévision), les ONG (Keneya Tchivara, Bara Nyuman) qui oeuvrent déjà sur le terrain, les troupes de théâtre privées ou nationales.

Utilisation des CSCOM

Le problème de l'accès financier peut être celui de la disponibilité immédiate de ressources. L'expérience positive de mutuelles créées à la demande de villageoises ou d'habitants d'un quartier ont permis à la population bénéficiaire d'améliorer l'accès aux services de santé.

Recommandation : l'accompagnement dans la création de mutuelles tel qu'il l'est actuellement⁵⁸ doit être maintenu.

Qui : Ministère de la santé, Union Technique de la Mutualité, en tant qu'acteur clef de ce processus auquel participent de nombreux partenaires relevant de la coopération (coopération française et plus récemment USAID,...), du BIT (programme Step), du monde mutualiste (mutualité française, mutualité belge,...), des ONG (santé sud,...) et depuis peu des entreprises privées (Fondation Novartis).

Solidarité envers les pauvres

Un fonds d'aide médicale (FAM) impliquant les ASACO, les communes, les mairies et les centres de référence a été mis en place. En effet,

il est clairement démontré que les formules de micro-assurances ne suffisant pas pour assurer l'accès pour les plus démunis, il faut compléter ces dispositifs par d'autres formules (subvention des primes, bons,...) reposant sur des financements publics passant par une mobilisation de ressources additionnelles.

Recommandation : ce sont les ASACO (dont les membres connaissent parfaitement les ménages trop pauvres pour payer les soins) et **non** les communes ou les mairies, qui doivent rendre opérationnel ce fonds en exonérant les ménages trop pauvres.

Qui : membres des ASACO et personnel des CSCOM

Du côté de l'offre (ASACO et CSCOM)

Du fait de la structure même du système de soins de premier niveau tel qu'il est organisé au Mali, il faut dynamiser et renforcer les capacités des ASACO tout en s'assurant d'une plus grande stabilité du personnel. Ces questions institutionnelles étant réglées, il n'est pas pour autant possible de négliger la qualité des soins.

■ Assurer un bon fonctionnement des ASACO

Il faut *dynamiser et renforcer les capacités les ASACO en s'attaquant aux causes* à l'origine d'une mauvaise gestion :

i) certaines ASACO sont aux mains de quelques potentats malhonnêtes

Recommandation : le ministère doit faire jouer à bon escient son rôle de tutelle en refusant toute subvention et aide tant que l'ASACO ou la communauté ne réagit pas en **demandant la démission** du bureau. Si ce n'est pas fait alors, le **ministère doit agir** en dénonçant la convention qu'elle a signé avec l'ASACO (puisque cette dernière ne peut tenir ses engagements) : le centre de santé **perdra son statut** de CSCOM et donc son accréditation.

Qui : Ministère de la santé, ASACO, usagers.

ii) les membres des ASACO ne sont pas préparés à la gestion

Recommandation : il faut, renforcer la capacité des ASACO à gérer ou à comprendre la gestion, en assurant des formations adaptées, notamment en langues locales.

Qui : Le Ministère de la santé par l'intermédiaire des centres de référence et les ONG peuvent assurer ce renforcement de capacités.

iii) les ASACO ne sont pas toutes dynamiques, elles ne remplissent pas vraiment leur rôle : être le lien entre leur CSCOM et la communauté qu'elles sont censées représenter.

Recommandation : pour dynamiser les ASACO et faire en sorte que la population se retrouve dans ces associations et leur redonne sa confiance, il faut mobiliser et impliquer les communautés autour de projets susceptibles de les intéresser, comme le développement de mutuelles (comme dans la région de Ségou avec la fondation Novartis), l'implantation et la gestion d'un point d'eau, le développement d'activités génératrices de revenus (comme à Sankoroba, district de Kati).

Qui : Les partenaires et ONG impliqués dans ces projets peuvent y associer les ASACO.

Pour valoriser les ASACO dynamiques et inciter les autres à mieux faire, un concours annuel pourrait être organisé au niveau des districts ou des régions, à l'issue duquel la meilleure l'ASACO serait proclamée. Les résultats de ce concours seraient divulgués sur les radios locales. On peut organiser le concours de sorte à ce que les champions des régions concourent ensuite au niveau national dans le cadre d'une conférence annuelle permettant à la fois d réaliser une présentation des meilleurs résultats et de récompenser les champions. En liaison avec ce concours des réunions semestrielles permettraient un échange de bonnes pratiques.

Qui : Les municipalités, les cercles ou la FENASCOM (et une radio nationale avec l'aide du ministère de la santé, pour le niveau national) pourraient organiser ces concours.

Améliorer la stabilité du personnel des CSCOM

Trois causes sont à l'origine de l'instabilité du personnel.

i) **l'absence de statut et la faiblesse des salaires** du personnel recruté par les ASACO.

Recommandation : inciter les ASACO à, d'une part, établir un contrat de travail qui assure l'inscription du salarié à l'INPS (peu d'entre elles le font alors qu'elles en ont les capacités financières) et d'autre part, à **augmenter les salaires grâce l'intéressement du personnel au résultat**. Le personnel (chef de centre pour les soins curatifs, matrone pour les soins maternels et infantiles) percevra un salaire de base qui lui assure un minimum vital plus une rémunération supplémentaire, fonction de ses seuls résultats.

Le Ministère et ses services déconcentrés, les collectivités territoriales, les ONG de soutien (comme santé sud), l'UTM apporteront leur appui technique pour définir le niveau d'activités au-delà duquel le personnel touche une rémunération liée au résultat. Cette procédure est appliquée avec succès depuis des années dans un certain nombre de CSCOM médicalisés (comme à Kacoura dans la région de Kayes où le médecin est chef du CSCOM depuis 1993, ou Nongon dans la région de Sikasso où le premier médecin est resté six ans et le second, est en poste depuis 2001).

Qui : Ministère du travail et ses services déconcentrés, ASACO, collectivités territoriales, ONG, UTM.

ii) **l'affectation administrative** du personnel fonctionnaire.

Recommandation : **maintenir** (au lieu de le muter) le personnel fonctionnaire, lorsqu'il est plébiscité par les usagers et la communauté, dans le CSCOM où il est apprécié. Inciter les personnels à accepter des postes en zone rurale par une panoplie de mesures visant à découra-

ger les emplois à Bamako et à favoriser ceux en périphérie.

Le Ministère a une responsabilité particulière dans ce domaine en adoptant une stratégie différente pour la gestion de ses ressources humaines.

Qui : Ministère de la santé.

iii) **le fait de ne pas être originaire** de la région

Recommandation : inciter à la **création** dans les régions d'écoles privées (comme l'école d'infirmiers de Gao dont le diplôme est reconnu par l'Etat) afin de parvenir à un recrutement local d'un personnel, qui étant originaire de la région, n'aura que peu de raisons de vouloir la quitter.

L'Etat comme les ONG et les communautés peuvent jouer un rôle.

Qui : Ministère de la santé, ministère de l'éducation, ONG, communautés.

Garantir la qualité

L'amélioration de la qualité des soins passe par l'amélioration de la relation soignant/soigné, le renforcement des compétences du personnel, et une meilleure qualification du personnel.

i) **Améliorer la relation soignant/soigné** :

Recommandation : **il faut sensibiliser** le personnel soignant sur **l'importance de la qualité de la relation soignant/soigné**, non seulement pour des questions de déontologie, mais aussi pour ses effets sur l'utilisation du CSCOM et par là sur la santé de la population.

A court terme, il **revient aux médecins des centres de référence** de mener cette sensibilisation lors de leur tournée de supervision dans les CSCOM.

A moyen terme, **il faut que soient inclus** dans toutes les formations tant au niveau des études médicales (faculté de médecine) que paramédicales (écoles d'infirmiers et d'aides soignants), des modules de « communica-

tion »⁵⁹ qui enseignent non seulement les règles de déontologie, mais également le respect des autres et le sens des relations (qui semblent se perdre dès que les individus sont hors de leur milieu).

Pour s'assurer de l'application de ces règles, des supervisions sont nécessaires. L'expérience (visite sur le terrain, lecture) montre que le personnel des centres de santé de référence ou des structures de cercle n'assurent pas ou peu les supervisions prévues et lorsqu'il le fait, il ne contrôle pas, pour diverses raisons, ces aspects. Tout comme l'agence nationale d'évaluation des hôpitaux, créée en 2003, une organisation nationale d'évaluation des structures de santé de second et troisième niveau pourrait mener ces contrôles tout comme elle pourrait mener les audits des structures en vue de l'accréditation ou de la contractualisation. Cependant cela ne doit pas pour autant décharger de la responsabilité de supervision l'équipe de district qui s'appuierait sur un guide (élaboré à l'initiative de cette organisation en s'inspirant des nombreux guides qui existent déjà) en veillant à intégrer cette activité avec les autres tâches (Coaching, évaluation rapide, communication,...). Dans un tel schéma cette organisation possède une importance responsabilité pour impulser et accompagner les équipes mais aussi pour les superviser. Dans le contexte actuel du Mali, il existe plusieurs alternatives pour mettre en place une telle organisation. Soit créer une agence spécifique mais cela nécessite des moyens supplémentaires qu'il faudra financer et cette solution présente le risque aussi de complexifier les transactions avec un acteur supplémentaire dans le paysage. Mais c'est une approche qui permet une véritable indépendance et qui peut limiter les pesanteurs liées au fonctionnement des administrations. Une alternative qui garde cet avantage en limitant les inconvénients de la création d'une nouvelle structure serait d'étendre la mission de l'Agence hospitalière en la transformant en Agence en charge de

l'Offre de soins. Enfin il peut être envisagé de confier cette mission à la division des établissements sanitaires de la DNS. Si cette approche permet une mise en œuvre plus rapide, elle présente l'inconvénient majeur de créer une confusion entre mission de contrôle (clairement du ressort du Ministère et de ses services déconcentrés) et mission d'accréditation et d'audit qui est mieux assurée lorsqu'elle est sous la responsabilité d'un organisme indépendant.

Qui : Ministère de la santé, directeurs des centres de référence, ministère de l'éducation, Faculté de Médecine, Ecoles professionnelles

ii) Améliorer la compétence du personnel :

L'amélioration de la compétence du personnel se fera dans un premier temps grâce au :

Renforcement de l'appui des centres de santé de référence aux CSCOM, soit par redéploiement du personnel qualifié, lorsqu'il est en surnombre (comme c'est le cas des sages-femmes, trop nombreuses dans les centres de référence à Bamako et dans les hôpitaux nationaux) dans les CSCOM, soit par **une formation en gestion**.

Elle se fera dans un second temps grâce à une **révision du cursus** des études médicales et paramédicales.

Tous les médecins formés au Mali, ne **peuvent** exercer en ville, encore moins à Bamako. Or, si les conditions de travail qui leur sont proposées sont correctes (intéressement à l'activité, contractualisation, logement), il y aura des médecins pour exercer en zone rurale. Or la faculté de médecine **ne prépare pas** actuellement au métier de médecin de campagne. Le problème est identique pour les infirmiers d'Etat et les sages-femmes.

Recommandation : il faut former, en **adaptant le cursus de formation**, les médecins, les infirmiers et les sages-femmes aux tâches qui les attendent en zone rurale. Un médecin (un personnel) formé à ces tâches sera capable de s'adapter aux problèmes des zones urbaines.

Qui : Centres de référence, Ministère de la santé, Ministère de l'éducation, Faculté de Médecine, Ecoles professionnelles,

iii) Améliorer la qualification du personnel : ASACO

Les ASACO ont du mal à recruter un personnel qualifié. Les conditions actuellement offertes à son personnel sont qualifiées d'insatisfaisante par le personnel qualifié.

Recommandation : un des moyens d'attirer un personnel plus qualifié, notamment les médecins, est de proposer un intéressement au résultat (cf. plus haut). Il sera alors possible d'élargir le PMA pour répondre aux attentes de la population tout en générant des ressources supplémentaires nécessaires pour mettre en place cet intéressement.

Qui : ASACO, UTM.

Réduire les inégalités entre les CSCOM : Faculté de médecine et écoles d'infirmiers

Les CSCOM de Bamako ne parviennent pas à répondre aux demandes de stages des étudiants en médecine et des écoles paramédicales. De plus il sont accueillis en trop grand nombre et n'apprennent donc pas grand-chose. Tous ces étudiants en médecine, ou des écoles d'infirmiers de Bamako, qui n'ont pas la possibilité de voir des malades ne sont pas préparés à exercer en milieu isolé comme c'est le cas à la campagne.

Recommandation : L'envoi systématique des étudiants de la faculté de médecine et des écoles d'infirmiers en stage dans des CSCOM ruraux (comme le font certains pays comme la Guinée, le Burkina,...) aurait le double avan-

tage de leur faire faire plus de pratique et de découvrir le milieu rural qui pourrait ensuite attirer certains grâce à cette expérience.

Qui : Ministère de l'éducation, Faculté de Médecine, Ecoles professionnelles.

Système de référence

L'utilisation des services de la maternité, mais aussi des services curatifs, est en partie conditionnée par l'assurance d'une prise en charge en cas de complication (qu'elle soit obstétricale ou non).

Recommandation : Il faut poursuivre le renforcement de la capacité des centres de référence pour une bonne prise en charge technique des soins obstétricaux d'urgence et des soins secondaires. Il faut inciter les acteurs impliqués à rendre opérationnel le système de référence en mettant en place tant le système de partage des coûts que le plateau technique requis. Tout le système de référence s'appuie aussi sur des outils qui sont largement développés mais qui restent peu appliqués et souvent non actualisés. Il est donc aussi important de faire un bilan des outils disponibles, de leur pertinence et des causes de leur non utilisation lorsqu'ils existent. Après un tel bilan, en lien avec les services du Ministère de la santé, il faudra remettre en place dans tous les CSCOM ces outils de référence et charger l'équipe de district d'inclure leur utilisation dans sa supervision.

Qui : Les agents impliqués que sont le Ministère de la Santé (offrir le plateau technique requis et travailler sur les outils de référence), les ASACO (être à jour des cotisations), les mairies (assurer leur cote part), les centres de référence (entretenir l'ambulance, gérer les kits d'urgence et les besoins en carburant, appliquer les outils de référence).

Encadré : Synthèse et hiérarchisation des recommandations

Priorité	Recommandations	Acteurs concernés	
		Ministère de la santé	Autres partenaires
1.	Présenter les principaux résultats	Organiser une réunion en invitant les différents partenaires impliqués et les représentants de la société civile.	Banque mondiale : appuyer l'organisation de cette réunion.
2.	Améliorer le fonctionnement des ASACO	Adopter le système d'accréditation en développant les audits : les ASACO qui gèrent mal, ne jouent pas leur rôle d'animateur et qui conduisent les CSCOM à la sous activité verront leur contrat rompu.	<p>Bailleurs de fonds : Aider à la formation en gestion des membres des ASACO.</p> <p>Municipalités et/ou FENASCOM : Organiser des concours locaux et régionaux pour élire la meilleure ASACO.</p> <p>Radios nationale et locales Accompagner le concours de la meilleure ASACO en impliquant les auditeurs et en diffusant largement les résultats.</p>
3.	Améliorer la relation soignant/soigné	<p>Susciter et financer des émissions de radio sur fonds de débats sur cet aspect (en faisant intervenir les usagers, les professionnels de santé, et une fois ou l'autre le ministre de la santé...).</p> <p>Evaluer par des visites surprises et une observation directe le comportement du personnel tant les centres de référence que dans les CSCOM.</p>	<p>Ministère de l'éducation : faculté de médecine, écoles d'infirmiers et de sages-femmes. Incorporer dans le cursus des modules sur l'éthique, l'accueil et le respect du patient.</p> <p>ASACO Dénoncer les mauvaises pratiques en discutant du problème avec le personnel du CSCOM. Prise de sanctions (mises à pied) pouvant déboucher sur la rupture du contrat de travail si la personne concernée ne modifie pas son comportement.</p> <p>Usagers : La reconnaissance officielle (ministère de la santé) du problème que pose cette relation soignant/soigné et les débats publics qu'elle suscitera (voir rôle du ministère de la santé) incitera les usagers à réagir (et se faire entendre) par l'intermédiaire des ASACO et des groupements ou associations divers.</p>

(à suivre)

Encadré (suite)

Priorité	Recommandations	Acteurs concernés	
		Ministère de la santé	Autres partenaires
4.	Améliorer la qualité des soins et de l'offre	<p>S'il n'existe pas, établir (en partenariat avec les instituts de formation—faculté de médecine, écoles d'infirmiers, écoles d'aides soignants) un guide de conduite thérapeutique et de déontologie. S'il existe, s'assurer que chaque CSCOM en est pourvu.</p> <p>Susciter et financer des émissions de radio sur fonds de débats sur les aspects qualité (rationalisation de la prescription, conduite thérapeutique) en faisant intervenir les usagers, les professionnels de santé, etc..).</p> <p>Assurer une évaluation systématique des structures de soins périphériques. Une organisation (à définir) pourrait être chargée d'évaluer régulièrement par sondage aléatoire, en s'aidant d'une liste claire et concise, la qualité des soins (tant technique que relationnelle) à partir des protocoles ou standards administratifs.</p>	<p>Ministère de l'éducation : faculté de médecine, écoles d'infirmiers et de sages-femmes Le cursus des étudiants en formation médicale et paramédicale doit comporter des stages obligatoires dans les structures des zones rurales (en fonction de l'année d'étude—efficacité de leur stage tant pour eux que pour les structures- les étudiants en médecine seront envoyés dans les CSCOM, dans les centres de référence de second et de troisième niveaux, idem pour les étudiants des formations paramédicales—infirmiers, sages-femmes) ; Adapter la formation à l'exercice du métier en zone rurale ; Incorporer dans le cursus un module sur la rationalisation de la prescription (quantité, antibiotiques, injection) et l'usage des médicaments essentiels.</p> <p>Banque mondiale ou autre partenaire financier : Donner à l'organisation chargée de l'évaluation, les moyens financiers pour mener ses tâches. Evaluer tous les deux à trois ans, l'activité de cette organisation.</p> <p>ONG et partenaires : Une aide efficace demande, outre le support financier de certaines activités, le suivi des interventions. Dans leur domaine d'intervention, ces partenaires doivent s'assurer de la qualité des activités qui sont menées et non se contenter de surveiller la seule atteinte des indicateurs d'objectifs. Des évaluations rapides et inattendues leur permettront de vérifier que le personnel suit les règles élémentaires de déontologie et applique les standards de conduite thérapeutiques.</p>
5.	Améliorer la stabilité du personnel	<p>Favoriser la création d'écoles « décentralisées » ou privées d'infirmiers et de sages-femmes au sein des régions qui permettra aux ASACO de recruter du personnel qualifié originaire de la région.</p>	<p>Ministère du travail et de l'emploi : Faire respecter la législation du travail en obligeant (par des contrôles et des amendes) les ASACO à établir des contrats de travail.</p> <p>Santé Sud : Aider les ASACO à définir les conditions de l'intéressement au résultat.</p> <p>ASACO : Établir un contrat de travail et proposer un intéressement au résultat.</p>

(à suivre)

Encadré (suite)

Priorité	Recommandations	Acteurs concernés	
		Ministère de la santé	Autres partenaires
6.	Stimuler la demande en informant et sensibilisant la population sur les services offerts par les CSCOM	Susciter et financer des émissions de radio à Bamako et en province qui inviteraient les ASACO, élues « meilleures de l'année ou du semestre » afin de parler de leur expérience et de leurs succès.	<p>Troupes nationales ou privées de théâtre : Travailler avec le personnel des CSCOM et les ONG et les différents partenaires impliqués dans les activités de santé, pour monter une pièce sur les services offerts par les CSCOM.</p> <p>Bailleurs de fonds (UNICEF, ONG,...) impliqués dans les activités de santé : utiliser le Koteba pour faire passer des messages.</p> <p>ASACO : Généraliser les réunions de quartiers, utiliser les crieurs publics, les médias. Utiliser le Koteba (pièce de théâtre) comme moyen de diffusion de l'information, notamment sensible en finançant en partie ou en collaboration avec les ONG ou autres bailleurs de fonds qui interviennent dans le secteur. S'appuyer sur les associations de femmes dynamiques pour inciter l'ensemble de la population à utiliser les services.</p> <p>Personnel des CSCOM : Insister sur l'importance du suivi postnatal, notamment pour les enfants, lors des consultations prénatales.</p> <p>Radios locales : Diffuser des messages publicitaires sur les radios locales (ce moyen, fort utilisé par les tradipraticiens, mais aussi par certains CSCOM, est très efficace).</p>
7.	Renforcer le système de référence	Donner un plateau technique complet à tous les centres de référence qui n'en sont pas encore pourvus. Centres de santé de référence. Assurer l'entretien de l'ambulance, gérer les kits d'urgence et les besoins en carburant, régler sa cote-part de cotisation.	<p>Municipalités : S'acquitter régulièrement de leur cote-part de cotisation. Vérifier que les différents partenaires (centre de santé de référence, ASACO) règlent régulièrement leur cote-part.</p> <p>ASACO : S'acquitter régulièrement de leur cote-part de cotisation.</p>

(à suivre)

Encadré (suite)

Priorité	Recommandations	Acteurs concernés	
		Ministère de la santé	Autres partenaires
8.	Développer la solidarité	Poursuivre le soutien à la création des mutuelles.	ASACO : Rendre le fonds d'aide médicale (FAM) fonctionnel en identifiant les indigents et en leur fournissant le ticket d'exonération.
9.	Améliorer le système d'information	Incorporer toutes les données de base, issues des structures de soins dans le fichier central. Incorporer les données des autres structures privées (confessionnelles et libérales) en leur fournissant le modèle type de recueil des données.	Banque mondiale ou autre partenaire : Financer une étude sur les tradipraticiens, les structures informelles et confessionnelles (dont on sait peu de choses) pour évaluer l'importance de leurs activités et voir comment mieux collaborer Renforcer la formation des gérants des CSCOM en vue d'une meilleure collecte des flux financiers. Structures privées à but lucratif et confessionnelles Fournir les données demandées par le ministère.
10.	Inclure les autres structures de soins dans le système de santé pour développer la collaboration plutôt que la concurrence	Développer la contractualisation pour amener les structures privées confessionnelles et à but lucratif à inclure dans leurs activités l'ensemble des activités préventives. Développer la contractualisation avec les ONG en vue de développer les stratégies mobiles dans le nord.	Structures privées à but lucratif et confessionnelles Collaborer sur des bases contractuelles.
11.	Poursuivre le travail commencé		Partenaire financier La référence des patients ne s'arrête pas aux centres de second niveau. Un cas qui leur a été référé peut s'avérer hors de leur champ de compétence : il sera alors référé au niveau supérieur, l'hôpital. Une étude sur le fonctionnement du système de référence entre ces deux niveaux doit être entreprise.

Conclusion

Les facteurs qui expliquent la faible utilisation des centres de soins de premier niveau au Mali sont bien connus. Cette étude a le mérite d'en avoir fait une synthèse et de proposer des actions concrètes qui permettraient d'améliorer cette utilisation en vue d'une meilleure prise en charge de la santé des Maliens.

Certaines des recommandations ont déjà été mises en avant par les instances de suivi du PRODESS mais leur mise en œuvre n'a pas été effective. Il sera donc particulièrement important que la phase 2 du PRODESS veille à la mise en place des mesures préconisées de manière à éviter que les solutions ne se traduisent pas par des vœux sans lendemain. En particulier la gestion des ressources humaines, l'organisation de la référence et le développement de la solidarité sont trois enjeux qui devraient trouver une place de choix dans l'exécution du PRODESS II>

Cette étude a aussi mis en évidence la faiblesse du système d'information : Il a fallu surtout s'appuyer sur des enquêtes ponctuelles alors que l'on devrait pouvoir disposer d'une base de données nationales permettant une analyse différentielle de la fréquentation des services de santé et des relations avec les principaux indicateurs de santé. Pourtant l'appui

au système d'information national a fait l'objet d'efforts continus tant au niveau de la mise en place d'outils que de formation et de soutien au processus de recueil de données. Plutôt que d'investir davantage dans des études et des dispositifs complémentaires de soutien, il convient de favoriser une culture de l'information en poussant systématiquement les pouvoirs publics à utiliser les données qui existent. L'utilisation plus systématique de données va de pair avec une augmentation du rôle de la société civile qui demandera que l'on lui rende des comptes tant au niveau local qu'au niveau national. Le débat pour l'élargissement du système national d'information sanitaire au secteur privé a été ouvert par la DNS, c'est une initiative qui conforte ce souci d'une meilleure fiabilité du système d'information.

Cette étude met aussi l'accent sur le fait que les investissements immobiliers ne doivent pas précéder la mise en place de l'offre de soins mais qu'ils doivent l'accompagner. Le phasage est délicat car il doit pouvoir tenir compte de chacune des situations locales et de la véritable dynamique communautaire. Ainsi un vaste programme national d'investissements ne peut-il que donner les résultats médiocres qui sont enregistrés aujourd'hui au Mali : des structures qui restent le plus souvent vides et se dégradent

alors que les soins de santé ne progressent pas significativement.

Il revient désormais au Ministère de la santé de réunir tous les acteurs qui oeuvrent (directement et indirectement) dans ce secteur pour que les recommandations de ce rapport soient étudiées et mises en œuvre. En effet de telles recommandations doivent être considérées comme une base de discussion pour que les

acteurs concernés se réunissent afin de travailler sur des propositions. Pour tirer les enseignements des limites de la politique antérieure, les pouvoirs publics doivent veiller à accompagner ce processus sans se substituer aux autres acteurs qui doivent pouvoir largement s'exprimer et surtout se voir confier l'application des mesures qui sont susceptibles de relancer la fréquentation des services de santé.

ANNEXES

Convention d'assistance mutuelle entre le Ministère de la santé et les ASACO

Engagements du Ministère de la santé

- . disponibilité du plateau technique de référence
- . mise en place du stock initial de médicaments essentiels
- . formation du personnel
- . appui technique et supervision

Engagements des ASACO

- . disponibilité permanente du paquet minimum d'activités (PMA)
- . entretien de l'infrastructure et de l'équipement
- . prise en charge des dépenses courantes du centre

Source : MSP, PPDSS 1998-2007

Complément d'informations sur l'étude : l'initiative equite au Mali

Etude de : Kelley A.G., Kelley E., Simpara C.S, Sidibé O, Makinen M (2001), Reducing barriers to the use of basic health services: findings on demand, supply and quality of care in Sikasso and Bla, The equity initiative in Mali (IPE), PHR, Abt, USAID, UNICEF, 93 p.

Ces résultats apparaissent surprenants dans le sens où le privé semble coûter moins cher que le public, alors même que sont inclus hôpitaux et cliniques. Mais, deux des auteurs de cette étude, Mr Simpara et Mr. Sidibé, que nous avons rencontrés, relatent d'une part que à l'époque de l'étude, la clinique de Sikasso n'avait pas encore un plateau technique très sophistiqué et ses prix pouvaient alors être moins élevés que ceux de l'hôpital, et que d'autre part, le privé se définissait comme tout

fournisseur de soins non étatiques, que ce soit formation de santé à but lucratif ou non, infirmier ou personnel de santé à la retraite ou non exerçant à la maison etc.. Dans ces derniers cas, les tarifs de consultation sont moins élevés que dans les structures publiques et il n'est pas rare que ces personnes fournissent (gratuitement ou à moindre prix) une partie des médicaments qu'ils ont prescrits. Mais, par ailleurs, l'enquête menée en parallèle auprès des fournisseurs de soins arrive à la conclusion inverse : les prix sont moins élevés dans le public. Deux choses, ou bien i) les ménages se trompent et sous-estiment ce qu'ils ont effectivement payé dans le privé ou au contraire surestiment ce qu'ils ont payé dans le public, ou bien ii) il existait encore en 2000, au moment de l'enquête, des paiements informels dans le public.

Tableau A-II : Coût total moyen* (inclut frais de consultation, laboratoire, médicaments, référence et évacuation) payé par les usagers selon le type de fournisseur (toutes structures confondues).

Type visite	Coût total moyen en Fcfa, 2000							
	Sikasso				Bla			
	Mod pub	Mod privé	tradi	Phar	Mod pub	Mod privé	tradi	Phar
CPN	6 558	3 507			3 497	4 188		
ACC	7 800	7 333	5 500		3 389	3 496	5 625	
Cposnat	2 959	3 050			1 652	594	1 800	
Fièvre visite	6 768	5 997	3 000	3 408	3 880	3 228	2 608	
Mst visite	8 545	5 625	4 750	7 250	3 890	4 000		

Source : Kelley et al. 2001 ; * Coût déclaré par les usagers.

Effectif des médecins de campagne par district et par statut

District sanitaire Région	Date d'installation plus ancien–plus récent	Statut du médecin			
		privé CDI	libéral	fonctionnaire	privé CDD
Kayes					
Kayes	1997–2002*	14	2	4	1
Yelimane	2000	1		1	
Kita		1			
Koulikoro					
Dioila	1998–2000	2	3		1
Kati	1999–2002	9	1	1	3
Banamba	2000–2002	2			2
Koulikoro					
Kangaba	2003	1			
Sikasso					
Bougouni	1999		1		
Sikasso	1991–2002	7	1	1	1
Kadiolo	1989/98*	1	1		
Koutiala	1993–2002	7	3	3	2
Kolondiéba	1998–2002		2		
Yanfolila	2003	3			2
Ségou					
Niono	1992		1		
Ségou		1		1	
Tominian		1			
Bla	1998/00*	1			
Mopti					
Bandiagara		1			
Bankass		1			
Gao					
Bourem	1991		1		
Tombouctou					
Niafunké	1998	1			
Total		53	15	10	12

Source : Santé Sud, Mali. CDI = contrat à durée indéterminé ; CDD = contrat à durée déterminé.

* Deux médecins à Kayes sont restés trois ans, celui de Kadiolo un an, celui de Bla deux ans.

Tableaux

Tableau A1 : Nombre de formations, effectif de personnel et taux de couverture par activité dans les CSCOM par district de santé.

Régions Districts de santé	CSCOM en 2003	Personnel des CSCOM en 2002					Couverture en 2002 (en %)			
		Médecins	Sage femme	Infirmier Etat	CC	CPN	ACC	DTCP3 <12 mois	VAT (femmes enceintes)	
Kayes	139	32	6	57	17	32	20	49	31	
Bafoulabe	26	2	0	9	17	27	19	34	23	
Diéma	12	3	1	6	16	28	18	55	41	
Kayes	33	12	2	4	24	43	21	76	36	
Kéniéba	11	2	0	11	13	19	10	44	28	
Kita	17	8	3	12	9	26	18	43	29	
Nioro	22	4	0	5	15	28	23	33	23	
Yélimané	18	1	0	10	29	49	30	34	36	
Koulikoro	147	24	14	35	13	46	34	74	40	
Banamba	17	0	0	2	15	52	32	105	49	
Diola	9	2	0	3	10	34	30	90	46	
Fana	16	7	2	3	16	44	35	91	52	
Kangaba	10	2	0	1	14	44	31	83	43	
Kati	31	10	7	12	12	36	37	58	32	
Ouélessébougou	14	0	1	4	13	54	45	67	42	
Kolokani	21	2	4	6	12	95	47	94	56	
Koulikoro	12	1	0	2	16	45	35	78	34	
Nara	17	0	0	2	8	22	11	24	17	
Sikasso	168	20	6	54	22	58	43	91	51	
Bougouni	48	0	1	8	19	64	44	117	45	
Kadiolo	16	1	2	8	37	95	72	101	70	
Kolondiéba	16	0	0	10	24	70	51	96	64	
Koutiala	24	7	0	12	26	53	45	74	50	
Sikasso	36	10	1	9	15	50	36	93	50	
Yanfolila	13	2	2	5	19	49	24	48	38	
Sélingué	4	0	0	1	15	53	40	83	49	
Yorosso	11	0	0	1	18	55	42	93	55	

CC = consultations curatives, CPN = consultations prénatales, ACC = accouchement assisté, DCP3 = une des vaccination du PEV, VAT = vaccination antitétanique

(à suivre)

Tableau A1 (suite)

Régions Districts de santé	CSCOM en 2003	Personnel des CSCOM en 2002					Couverture en 2002 (en %)				
		Médecins	Sage femme	Infirmier Etat	CC	CPN	ACC	DTCP3 <12 mois	VAT (femmes enceintes)	VAT (femmes enceintes)	
Ségou	172	10	9	53	20	58	32	74	52	52	
Barouéli	32	2	0	2	15	37	33	61	37	37	
Bla	21	2	0	3	24	86	45	99	55	55	
Macina	15	0	0	5	23	53	20	59	40	40	
Niono	19	1	3	6	22	53	45	93	69	69	
San	26	0	1	12	20	76	26	97	86	86	
Ségou	40	1	5	8	16	56	30	60	37	37	
Tominian	19	4	0	17	29	55	26	51	37	37	
Mopti	117	8	9	57	13	42	19	71	31	31	
Bandiagara	16	2	0	8	6	28	15	75	42	42	
Bankass	22	0	0	6	8	34	11	68	25	25	
Djénné	13	0	0	9	15	80	30	100	41	41	
Douentza	13	1	0	2	7	28	15	79	27	27	
Koro	16	1	1	5	9	52	16	64	27	27	
Mopti	21	4	8	15	29	42	33	74	37	37	
Tenenkou	10	0	0	5	18	43	14	62	20	20	
Youwarou	6	0	0	7	7	16	7	25	11	11	
Tombouctou	69	7	5	24	13	19	8	31	24	24	
Diré	24	5	2	4	6	17	1	18	20	20	
Goundam	11	0	1	3	9	10	4	17	12	12	
Gourma Rharous	10	1	0	5	35	51	22	56	60	60	
Niafunké	10	1	1	7	7	12	8	11	10	10	
Tombouctou	14	0	1	5	26	29	14	91	55	55	

CC = consultations curatives, CPN = consultations prénatales, ACC = accouchement assisté, DCP3 = une des vaccination du PEV, VAT = vaccination antitétanique

(à suivre)

Tableau A1 (suite)

Régions Districts de santé	Personnel des CSCOM en 2002		Couverture en 2002 (en %)						
	CSCOM en 2003	Médecins	Sage femme	Infirmier Etat	CC	CPN	ACC	DTCP3 <12 mois	VAT (femmes enceintes)
Gao	52	0	2	13	9	17	8	58	32
Ansongo	16	0	0	2	7	16	2	68	31
Bourem	12	0	0	2	13	18	2	45	33
Gao	17	0	1	7	9	20	15	59	31
Ménaka	7	0	1	2	6	11	3	56	35
Kidal	16	1	1	6	30	21	11	41	22
Abeibara	3	0	0	0	30	6	4	16	8
Kidal	8	0	1	3	43	38	20	54	36
Tessalit	3	0	0	3	19	14	7	46	19
Tin Essako	2	1	0	0	6	1	0	10	0
Bamako	46	106	188	77	26	65	63	101	73
Commune 1	9	23	14	13	36	112	83	129	91
Commune 2	5	21	47	24	47	38	31	89	73
Commune 3	7	6	5	2	19	73	55	101	84
Commune 4	10	26	93	21	12	46	89	74	71
Commune 5	9	14	14	9	32	74	72	130	87
Commune 6	6	16	15	8	18	45	41	81	48
Total Mali	926	208	240	376	18	47	32	44	44

CC = consultations curatives, CPN = consultations prénatales, ACC = accouchement assisté, DTCP3 = une des vaccination du PEV, VAT = vaccination anti-tétanique
La couverture en DTCP3 est donnée pour l'ensemble du district et non pour les seuls CSCOM.

Source : DNS, Situation des aires en 2003, sous excel et DNS, Annuaire SLIS 2002.

Tableau A2 : Déterminants du fonctionnement des structures de soins

AFRIQUE

Étude	Lieu, méthodologie	Facteur observé favorisant le bon fonctionnement des structures	Facteur observé défavorisant le bon fonctionnement des structures
Brunet-Jailly (ed) 1999	Diverses contributions à partir d'enquêtes menées auprès des ménages et des structures de soins sur recours et utilisation des structures de santé dans les capitales et villes d'Afrique de l'Ouest		Insuffisance de la formation du personnel soignant
Jaffré et de Sardan 2003	Cinq capitales africaines, enquête dans les structures de soins		Absence d'autorité, de responsabilité, de chef d'équipe, mauvaise ambiance, faible motivation du personnel, absence de compétence (recrutement du personnel par relation), bureaucratization des tâches
MALI			
PDDSS 1998-2007	Mali, synthèse des statistiques et rapport des centres de référence		Manque de personnel ; Absence de sécurité de l'emploi pour le personnel → Instabilité ; Mauvaise gestion des centres
Balique 1998	Régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Gao, Mopti. Enquête auprès de 32 centres de santé avec médecin de campagne (sur 37 existants) (21 CSCOM, 6 cabinets privés, 3 centres associatifs, 2 confessionnels).	aire : fixe plus intéressé à l'activité (au-delà du minimum requis pour le fonctionnement du centre)	Mauvaise entente avec le bureau de l'ASACO
INRSP 1998	Étude dans quatre Cercles (districts de santé) Djenné, Macina, Dioïla, Goundam. Enquête et interview auprès du personnel des CSCOM/CSAR, des membres des ASACO, des bénéficiaires	Bon rapport entre personnel et membres de l'ASACO	Moyens de transport pas toujours adéquats pour les stratégies avancées ; Manque de carburant, de financement pour les stratégies avancées L'aide extérieure importante accordée au Nord a conduit à la passivité de la population

(à suivre)

Tableau A2 (suite)

MALI

Étude	Lieu, méthodologie	Facteur observé favorisant le bon fonctionnement des structures	Facteur observé défavorisant le bon fonctionnement des structures
Kelley et al. 2000	District de Bla (région de Ségou) et commune de Sikasso : enquête auprès de 592 fournisseurs : 85 modernes (public, -CSC, CSAr non revitalisés, hôpital communautaire (CSCoM, CSAr revitalisé), privé, communal, parapublic (assurance sociale), 48 pharmacies, 214 praticiens, 129 revendeurs de médicaments, 31 agents sociaux. → comparaison entre les structures	Qualité structurelle : pour matériel de base (thermomètre, stéthoscope, endroit pour se laver mains), les structures publiques sont mieux placées que dans le privé Disponibilité des médicaments meilleure dans le publique. Qualité des soins : est standard, suivi du protocole Pas de différence observée entre les sites et les structures.	Relation personnel/malade moins bonne dans le public que dans le privé Propreté moins bonne dans le public
van Dormael et Dugas 2000	Bamako et régions : étude sur les médecins de première ligne		Statut du personnel : absence de sécurité de l'emploi, pas de contrat, pas de couverture sociale, absences de perspective de carrière Instabilité du personnel des Cscom : 71 % des chefs de centres étaient en poste depuis moins de 2 ans en 1997 Faible qualité des soins à une réduction de la liste des médicaments et au problème de viabilité financière Relation conflictuelle avec les ASACO, notamment lorsqu'elles exigent des résultats Système d'adhésion mal organisé, les centres ignorent le Nombre de leurs adhérents, les usagers ignorent leur droit en cas d'adhésion
Sanogo 2001	Régions de Kidal, Gao et Tombouctou . Enquête dans 16 CSCOM, personnel et membres des ASACO interrogés.		Absence de formation en gestion des chefs de poste (due au fait qu'ils sont fonctionnaires et donc instables)

(à suivre)

Tableau A2 (suite)

MALI

Étude	Lieu, méthodologie	Facteur observé favorisant le bon fonctionnement des structures	Facteur observé défavorisant le bon fonctionnement des structures
Traoré et al 2002	Zone sanitaire de Sélingué, 4 CSCOM 1 CSRéf, enquête ménages	Bon système de gestion ; Système de référence en partage des coûts Motivation du personnel grâce aux primes (basées sur la présence, le respect des règles et la productivité) Contractualisation des engagements entre partenaires	Mauvaise gestion, faible motivation du personnel Gratuité pour les non démunis qui représentent 91 % des soins gratuits Incertitude des usagers sur le coût de l'épisode Paiements non officiels
Touré 2002	Zone sanitaire de Sélingué : CSCOM étudiés par Traoré et al. 2002.		Schéma dominant de la société trop fort pour les sages-femmes : la contraception est pour les femmes mariées qui ont beaucoup d'enfants, pas pour les jeunes-filles, qui se voient alors renvoyées chez elles sans conseil
Fournier et al 2002	Régions de Kayes et de Sikasso : comprenant les communes urbaines et rurales : Enquête ménages, enquête structures, enquête auprès d'informateurs clé.	Stratégies de marketing (faites par les privées)	Insatisfaction du personnel (faible salaire, non sécurité de l'emploi, charges de travail), qui conduit à son instabilité, notamment pour les employés des ASACO qui ont une vision pessimiste de leur avenir et du centre dans lequel ils oeuvrent ; Si les usagers estiment que les tarifs pratiqués sont adéquats (enquête usagers), la perception du coût des prestations par la population (enquête ménage) est négative
Thomé 2002	Mali, district sanitaire de Sélingué. Étude sur 4 CSCOM pour mettre en place entre autre un système de référence des soins obstétricaux vers le centre de santé.		Faible motivation du personnel Absence d'esprit d'équipe, Absence de vraie concertation Conflit gestionnaire DV et trésorier ASACO Capacité de gestion limitée, Absence de supervision régulière du stock de médicaments

(à suivre)

Tableau A2 (suite)**MALI**

Étude	Lieu, méthodologie	Facteur observé favorisant le bon fonctionnement des structures	Facteur observé défavorisant le bon fonctionnement des structures
Ministère de la Santé 2004	Suivi du PRODESS : activités des CSCOM (résultats de 2003)		Insuffisance de personnel qualifié Instabilité du personnel due aux faibles garanties de l'emploi Logistique insuffisante, vétusté au niveau de certaines structures Absence de RAC dans 39 % des CSCOM, 41 % des CSCOM n'ont pas d'eau, 31 % pas d'électricité, 27 % pas de moto Faible gestion

Tableau A3 : Couverture des aires par type d'activité dans le district de Fana, en 2003.

Aire	CC	CPN %	ACC ass %	Cpostnat %	PF %	BCG %	DTCP-3 %	VAT-2 %
Nangola	0,13	49	39	4	3	107	113	22
Djoumanzana*	0,10	36	35	8	2	79	36	19
Dandougou	0,10	34	24	7	2	71	74	19
Diele	0,26	40	46	0	6	205	128	89
Diebe	0,15	44	40	51	2	62	74	36
Seyla	0,07	57	33	63	3	90	58	29
Falako*	0,16	49	25	7	1	96	54	21
Mena	0,06	68	60	16	3	92	86	44
Beleco	0,16	35	61	28	12	114	81	52
Fana	0,13	73	72	9	2	121	106	50
Marcacoungou	0,31	8	10	0	0	56	20	18
Ensemble	0,16	53	44	13	3	95	71	29

Source : Bagayako 2004

* CSCOM visités ; †Cabinet privé.

CC = consultation curative, CPN = consultation prénatale, ACC ass = accouchement assisté, Cpostnat = Consultation postnatale, PF = Planning familial, VAT = vaccination anti-tétanique.

Tableau A4: Déterminants de l'utilisation des structures sanitaires de premier niveau 1981–2003 en Afrique

Etude	Lieu et méthodologie	Facteurs favorisant l'utilisation des structures	Facteurs défavorisant l'utilisation des structures
Lasker 1981	Côte d'Ivoire, Enquête auprès des ménages		Mauvaises relations avec le personnel soignant
Murphy & Baba 1981	Nigeria, Etude sociologique, enquête ménage		Faible qualité des services
Abosedo 1984		Qualité des soins Personnel de soins qualifié	
Mwabu 1986	Kenya, Enquête auprès des ménages	Structure professionnelle (meilleure perception de la qualité de soins)	Mauvaise qualité perçue des soins
Kloos, et al 1987	Ethiopie, Addis Abeba et banlieue de la capitale (Kaliti). Etude géographique, entretiens auprès des ménages.	Structure professionnelle (meilleure perception de la qualité de soins)	Coût des soins Faible qualité des services
Gertler, et al., 1988	Côte d'Ivoire et Pérou Etudes empiriques sur la base d'une enquête santé péruvienne et de <i>Ivoirian Living Standards Survey</i> de 1985. Traitement statistique : modèle à choix discrets et variante		Coût d'opportunité (temps de trajet)
Vogel 1988	Afrique de l'Ouest Enquêtes auprès des prestataires de soins dans 4 pays (Sénégal, Mali, Côte d'Ivoire, Ghana)	Structure professionnelle (meilleure perception de la qualité de soins)	
Glick, et al 1989	Guinée, Enquête auprès des ménages		Coût des soins
Yoder 1989	Swaziland, étude longitudinale		Tarification, bas revenu
De Bethune, et al. 1989	Zaïre, Etude longitudinale		Tarification
Sauerborn, et al 1989	Burkina Faso Enquête ménage	Qualité des soins, personnel qualifié	Faible qualité des services
Waddington & Enyimayew 1990	Ghana, district Ashanti-Akim Etudes longitudinales conduites sur la totalité de l'année 1988	Qualité des soins : disponibilité des médicaments	Tarification : bas revenu Mauvaises relations avec le personnel soignant

(à suivre)

Tableau A4 (suite)

Étude	Lieu et méthodologie	Facteurs favorisant l'utilisation des structures	Facteurs défavorisant l'utilisation des structures
Zwart & Voorhoeve 1990	Ghana, Fréquentation des structures de soins sur une durée de 6 mois		Qualité des soins : disponibilité des médicaments
Bichman, et al 1991	Bénin Enquête dans les structures de soins	Qualité des soins : disponibilité des médicaments	Mauvaises relations avec le personnel soignant Distance de la structure de soins
UNICEF 1991	Sierra Leone : Enquête dans les structures publiques de soins revitalisées	Amélioration de la qualité des soins	Coût des soins
UNICEF 1991	Mauritanie, Enquête dans les structures publiques de soins revitalisées	Amélioration de la qualité des soins en général et disponibilité des médicaments	
Haddad 1992	Nioki, Zaïre Étude longitudinale		Coût des soins
Huber 1993	Kenya Étude sur la base d'un recensement systématique auprès des structures de soins		Pas d'exemptions de paiement
Litvack & Bodart 1993	Cameroun Étude cas-témoin, avant et après intervention	Qualité des soins : services techniques de qualité et disponibilité de médicaments	Prix et distance si pas de qualité
Mwabu, et al. 1993	Kenya Enquête ménage et informations recueillies auprès des structures de soins.	Qualité des soins en général : Niveau d'éducation du chef de famille	Coût des soins si pas de qualité
Sauerborn, et al. 1994	Burkina Faso Enquête auprès des ménages		Prix des soins
Barlow et Diop 1995	Burkina Faso, Niger Utilisation des services de soins pré-nataux et de prévention vaccinale des enfants ; analyse multivariée		Coût des soins

(à suivre)

Tableau A4 (suite)

Étude	Lieu et méthodologie	Facteurs favorisant l'utilisation des structures	Facteurs défavorisant l'utilisation des structures
Bitran 1995	Sénégal Enquête auprès des structures de soins publiques et privées Analyse statistique multivariée		Tarifification
Haddad & Fournier 1995	Zaïre, Région de Nioki, Etude longitudinale de 1987 à 1991 dans une communauté rurale du Zaïre. Modèle statistique de régression linéaire avec correction de l'auto-corrélation par l'approche itérative	Professionalisme des agents de santé	Tarifification même si qualité
Lavy & Germain 1995	Ghana Données issues du <i>Ghana Living Standard Survey</i> de 1988 (GLSS). Multinomial logit analysis.	Qualité des soins : disponibilité des médicaments	Recouvrement des coûts si pas de qualité
Sauerborn, et al. 1996	Burkina Faso : province de Kossi (milieu rural) Enquête auprès des ménages pour étudier l'effet de saison sur l'utilisation des structures modernes		Période de soudure, non gravité de la maladie
Fournier & Haddad 1997	Zaïre et Guinée, (Nioki, milieu rural) Enquête dans les structures de soins et auprès des usagers Objectif : vérifier que le recouvrement a augmenté la qualité et que celle-ci com-pense l'effet négatif du prix	Qualité perçue par les usagers ; Caractéristiques des professionnels de santé	Prix des soins
Brunet-Jailly (ed) 1999	Diverses contributions à partir d'en-quêtes menées auprès des ménages et des structures de soins sur recours et utilisation des structures de santé dan les capitales et villes d'Afrique de l'Ouest		Mauvaise qualité des soins, Incompétence et négligence du personnel (Niamey)

(à suivre)

Tableau A4 (suite)

Étude	Lieu et méthodologie	Facteurs favorisant l'utilisation des structures	Facteurs défavorisant l'utilisation des structures
Etté 1999	Côte d'Ivoire, interview auprès des utilisateurs des services modernes et traditionnels de soins, et des professionnels de santé des deux secteurs, 1995	Délivrance du certificat de naissance favorise la première consultation du nouveau-né	L'absence de maladie est un facteur de non utilisation de la consultation postnatale, → coût d'opportunité, coût du transport deviennent trop élevés Pouvoir des hommes : ce sont les hommes qui décident, or ils jugent inconcevables que les femmes s'absentent pour faire vacciner un enfant a priori sain : l'enfant prend du temps à la mère au détriment du père Non respect des horaires de la part des sages-femmes
Ortiz, P., et al. 1999 ⁶⁰	Côte d'Ivoire : Abidjan Etude sur le niveau d'utilisation des différents services de santé maternelle (planification familiale, consultations pré et postnatales, accouchements). Sources utilisées : données du système d'information sanitaire, analyse des registres des maternités à partir d'un sondage stratifié, rapports d'enquêtes, d'évaluations et de recherches opérationnelles menées par la Direction Régionale de la Santé du Sud.		Planification familiale : Pénurie de l'offre par rapport à la demande ; Méthodes modernes de PF peu disponibles dans le secteur public ; Faible recours aux services de santé après l'accouchement explique la faible fréquentation des services de PF. Suivi prénatal : Mauvaise perception par la parturiente du service fourni ; Mauvaise qualité de l'accueil ; coût excessif des prestations Accouchements en maternité (84 % des accouchements). Difficultés d'accès aux moyens de transport ; Multiparité ; faible niveau de scolarisation.

(à suivre)

Tableau A4 (suite)

Etude	Lieu et méthodologie	Facteurs favorisant l'utilisation des structures	Facteurs défavorisant l'utilisation des structures
Vangeenderhuysen et al. 1999	Niamey : enquête dans les maternités suivi des femmes en consultation	Accès à la CPN facile, existence du carnet de santé permettant les consultations, vaccination antitétanique et inscription du nouveau-né au registre d'état civil	Coût du transport, notamment en cas d'accouchement Mauvais accueil du personnel, notamment en cas de grossesse chez les célibataires, Incertitude sur le prix à payer , Réticence culturelle et religieuse des utilisateurs et des soignants, conduisant à de mauvais gestes thérapeutiques
Chawla & Ellis 2000	Niger, Districts de Say, Boboye et d'Ilela. évaluer les effets de l'introduction du paiement direct, d'un indirect (via mécanisme d'assurance) et de l'amélioration de la qualité sur la demande de soins. Enquête ménage à 2 passages à 12 mois d'intervalle dans chacun des 3 districts en 1992//93. Méthode statistique : (i) Comparaison univariée d'échantillon statistiques par région et dans le temps (ii) Modèle de logiciel multivarié pour estimer le processus de décision et le recours au traitement	Amélioration de qualité dans les structures de soins (formation du personnel au suivi d'un protocole, renforcement des compétences gestionnaires) Disponibilité des médicaments	Coût des soins pour les plus pauvres
Meuwissen 2002	Niger :District de Tillabéri, Enquête en 1998/99 pour évaluer l'influence du recouvrement des coûts sur l'utilisation des services dans 11 centres de santé à trois moments différents au cours de l'année 1998	Disponibilité des médicaments ; Stabilité des tarifs pour l'accouchement et les CPN	Paiement à l'acte pour les maladies considérées comme non sévères (retard du recours aux soins) ; Paiement à l'acte avant la consultation excluant les plus pauvres des soins

(à suivre)

Tableau A4 (suite)

Etude	Lieu et méthodologie	Facteurs favorisant l'utilisation des structures	Facteurs défavorisant l'utilisation des structures
Jaffré et de Sardan, (eds) 2003	Capitales, Dakar, Niamey, Abidjan, Conakry, Bamako : Enquête dans les structures de premier niveau plus hôpital à Dakar = suivi des femmes dans leur consultation		Attitude désobligeante du personnel vis-à-vis des pauvres et des personnes sans relation Manque d'hygiène : de la protection des tables d'examen à l'entretien des toilettes Attitude inacceptable des sages-femmes qui va de la condescendance à la violence physique en passant par l'insulte vis-à-vis des parturientes en travail Prix payé par l'usager plus élevé que celui qui est affiché ; Fractionnement des charges à payer (car-net, vaccination, consultation, etc..)
Weil, Foirry, Garenne, Zanou 2003	Côte d'Ivoire, Enquête menée en 2000 auprès des ménages, en milieu urbain et en milieu rural dans quatre régions pour identifier les facteurs influençant l'utilisation (non utilisation) des services de santé (préventifs et curatifs) de 1er niveau.		Coût des prestations, Accessibilité géographique en milieu rural, notamment pour les accouchements.
Nyonator & Kutzin 2003	Ghana, région de la Volta (milieu rural) Enquête rétrospective (1989-1996) auprès des différents types de structures de soins (hôpitaux et formations sanitaires de premier niveau) et auprès des usagers pour analyser les effets des pratiques d'exemption sur le financement et l'utilisation des services ; et préciser les perceptions communautaires concernant les pratiques de tarification	Disponibilité des médicaments	Paiement des soins pour les plus pauvres. Procédures de paiement, dessous de table, incertitude du coût des soins pour les usagers, manque de transparence.

(à suivre)

Tableau A4 (suite)

Etude	Lieu et méthodologie	Facteurs favorisant l'utilisation des structures	Facteurs défavorisant l'utilisation des structures
Ridde 2003	Burkina Faso, district de Kongoussi milieu rural, Méthode quasi-expérimentale et approche qualitative.		Paiement des soins par les usagers, surtout pour les plus pauvres.
Buor 2003	Ghana, zone rurale District d'Ahafo-Ano South Enquête auprès des ménages (entretien et questionnaires) ; Modèle de régression et techniques graphiques.	Niveau d'éducation	Distance et coût d'opportunité du trajet revenus, coût des soins
Buor, (2004)	Ghana, région Ashanti, Enquête auprès des ménages (questionnaires et entretiens auprès de 650 individus dans 3108 ménages). modèle de régression multiple.	Niveau d'éducation	Pour les femmes, la distance de la structure de soins, faible niveau de revenus Pour les hommes : mauvaise qualité des services de santé, mauvais état de santé, coût des soins
Waelkens et Criel (2004)	Afrique, Etude des facteurs de la faible adhésion aux mutuelles de santé Analyse de la littérature existante	Mutuelle Gestion saine et transparente	Qualité des soins Faible capacité financière Peu de confiance de la population dans la réussite des initiatives en général

Tableau A5 : Déterminants de l'utilisation des structures de soins de premier niveau au Mali

Étude	Lieu et méthodologie	Facteurs favorisant l'utilisation des structures	Facteurs défavorisant l'utilisation des structures
Unger et Diao 1990	Mali enquêtes dans les structures de soins	Qualité des soins : disponibilité des médicaments	
ETC 1998	Étude dans quatre Cercles (districts de santé) Djenné, Macina, Dioïla, Goundam : Enquête et interview auprès du personnel des CSCOM/CSAR, des membres des ASACO, des bénéficiaires	Stabilité du personnel	Absence de moyens de déplacement lorsque la distance est importante ; Mauvais accueil du personnel ; Frais d'accouchement trop élevés ; Faible diffusion de l'information de la part des relais lors des stratégies avancées : on prévient les hommes, qui ne communiquent pas toujours l'information aux femmes qui sont pourtant les principales intéressées ; Absences trop fréquentes du personnel ou horaire de travail non respecté par le personnel
Juillet 1999	Bamako : trois quartiers étudiés, riche, moyennement riche et pauvre. Enquête type demande de soins auprès des ménages en 1996	Proximité (29 % des réponses des ménages) ; Présence d'un parent (13 %) ; Bonne opinion de la qualité des soins fournis (13 %).	Tarifcation des soins pour les bas revenus ; Coût des médicaments pour les bas revenus
Kelley et al 2000	District de Bla (région de Ségou) et commune de Sikasso : Enquête auprès de 1691 ménages sur l'utilisation des services de santé (1er niveau et plus) pour les frères (40 % des plaintes), pour ce qui est lié à la grossesse (CPN, Accouchement et Cons. postnatale et pour les MST. Résultat donné aussi par quintile de revenus	Sévérité de l'affection Éducation du chef de famille pour les frères, Éducation des femmes pour les soins maternels et infantile Compétence du personnel (34 % des réponses) Proximité de la structure (28 %)	Manque d'argent, revenu faible (pauvres utilisent plus le traditionnel et le privé où le coût total de l'accès était moins élevé— jusqu'en 2000 à Sikasso, que les riches, la probabilité d'avoir un accouchement assisté est plus faible pour les femmes pauvres que pour les riches

(à suivre)

Tableau A5 (suite)

Étude	Lieu et méthodologie	Facteurs favorisant l'utilisation des structures	Facteurs défavorisant l'utilisation des structures
van Dormael et Dugas 2000	Bamako et régions : Étude sur les médecins de première ligne		Faible qualification du personnel à mauvaise qualité des soins, Grande instabilité à peu de relation de confiance avec le personnel ; Mauvaise qualité de la relation soigné/soignant : manque d'humanisme
CIDR 2001	Mali, six sites visités (lieu non précisé). Interview du personnel des CSCOM, des membres de l'ASACO	Bon accueil de la part du personnel Qualité des prestations	Pas de possibilité de crédit pour les plus pauvres
Nzapayaké 2002	Mali, Étude dans deux communes de Bamako, dans les régions de Mopti et de Koulikoro, enquête auprès d'usagers		Faible pouvoir d'achat ; Maladies pour lesquelles on ne recourt pas aux CSCOM, par crainte de déshonneur car le secret est mal gardé (MST, SIDA, maladies psychiques, déficiences sexuelles, stérilité, fractures, problèmes gynécologiques Mauvais emplacement du CSCOM (tabous, interdits)
Fournier et al 2002	Régions de Kayes et de Sikasso : Enquête ménages, enquête structures, enquête auprès d'informateurs clé.	Bon accueil Qualité des soins Personnalité du chef de poste Disponibilité et accessibilité des médicaments	Malhonnêteté du personnel, temps d'attente trop longue, faibles ressources de certaines catégories de la population ; Enclavement Demande d'information et de services de santé de la reproduction non satisfaite Mauvaise relation soigné/soignant Manque de professionnalisme, faible qualification du personnel ; Pas de facilités de paiement En ville, les ménages ont une opinion négative des CSCOM et CSref, et positive du privé pour lequel la disposition à payer est élevée

(à suivre)

Tableau A5 (suite)

Etude	Lieu et méthodologie	Facteurs favorisant l'utilisation des structures	Facteurs défavorisant l'utilisation des structures
Traoré et al. 2002	Zone sanitaire de Sélingué : Enquête ménages, enquête patients des 4 CSCOM et du CSRéf	Prix acceptables connus à l'avance avec un forfait à l'hospitalisation permettant de diminuer le coût pour les patients et rendu possible grâce à une rationalisation de certaines dépenses	Proximité de centres confessionnels
Touré 2002	Zone sanitaire de Sélingué : Entretiens semi-ouverts auprès de 305 personnes de 12 villages plus ou moins proches des CSCOM étudiés par Traoré et al. 2002 Sujet d'entretien : parcours des dernières grossesses, attentes de la population vis-à-vis des CSCOM, et du PMA	Qualité reconnue, même si cela coûte plus cher (les gens vont dans le privé si qualité est présente) ; Satisfaction du patient en cas de guérison Qualité des prestations offertes, compétence	Les femmes sont plus passives que les hommes vis-à-vis de la maladie, notamment parce que ce ne sont pas elles qui payent ; Tendance à minimiser la maladie (38 % des répondantes), ce qui conduit à attendre que cela passe ; Manque d'argent PMA ne répond pas aux attentes de la population Attitude d'incompréhension du personnel devant la description de leur pathologie qui ne correspond pas au schéma que le personnel connaît à la population se détournera du centre pour la pathologie que le centre est incapable de soigner ; Les jeunes-filles célibataires se font rabrouer lorsqu'elles s'informent sur les moyens de contraception

(à suivre)

Tableau A5 (suite)

Étude	Lieu et méthodologie	Facteurs favorisant l'utilisation des structures	Facteurs défavorisant l'utilisation des structures
Thomé 2002	Mali, district sanitaire de Sélingué. Enquête dans 4 CSCOM et le centre de référence pour étudier la mise en place d'autre un système de référence des soins obstétricaux vers le centre de santé Consultation des registres, suivi des consultations, interview des usagers		Faible qualité des soins : patients vus par des aides soignants et matrones Paiement non officiel limité mais existant Services gratuits pour les connaissances Accueil du personnel se fait à la tête du patient (pauvre, non connu = non considéré) Fractionnement du paiement par les usagers est mal compris : carnet + Forfait consultation + médicaments, notion de pré-paiement pas intégrée Concurrence privé/tradi/automédication PMA trop limité par rapport aux attentes de la population
Castle 2003	Bamako et Sikasso, Enquête auprès de 166 jeunes-filles, sexuellement actives, sur leur désir de maternité et leurs méthodes de contraception (planning familial)	Faible coût et protection contre MST	Reconnaissance sociale et familiale de la femme fonction du nombre d'enfants, Crainte de stérilité; Craintes des effet secondaires de la contraception : frigidité, arrêt des règles ; Crainte du mari
EDSM-III 2003		Education des femmes	Absence de discussion entre conjoints (à propos de PF)
Mariko 2003	Données issues d'enquêtes ménages collectées dans 12 quartiers de Bamako entre le 14 juin et le 31 juillet 1997 Procédure d'échantillonnage aléatoire, stratifié à trois niveaux Modèle de traitement statistique utilisé : logiciel multinomial emboîté	Qualité des soins en général Disponibilité des médicaments atténué l'effet prix ⁶¹ . Processus de soins ⁶² favorise l'utilisation des services de santé et réduit l'effet prix La « satisfaction du patient » agit positivement sur la demande de services publics de santé Formation et sensibilisation des agents de santé des dispensaires publics. ⁶³	Age Prix, si pas de qualité ⁶⁴ Une augmentation des prix n'aurait qu'un impact mineur sur l'utilisation des formations sanitaires publiques.

(à suivre)

Tableau A5 (suite)

Étude	Lieu et méthodologie	Facteurs favorisant l'utilisation des structures	Facteurs défavorisant l'utilisation des structures
Novartis 2003	Étude dans 18 villages de la commune de Cinzana (région de Ségou) pour comprendre la faible utilisation (14 %) du dispensaire		Distance, Accueil réservé du personnel soignant Coût Revenus faibles et aléatoires

Les Mutuelles

L'UTM

Les mutuelles de santé ont fait depuis le début des années quatre-vingt-dix l'objet d'un développement particulier, dans le cadre de la coopération entre la France et l'État malien. Leur développement a bénéficié d'une situation favorable du fait d'une part de la faiblesse de l'action publique dans le secteur et de la mobilisation communautaire et d'autre part, d'un passé mutualiste malien.

Ce développement s'est appuyé sur la mise en place de l'Union technique de la mutualité malienne (U.T.M.), qui fut la mise en pratique du concept d'agence de développement de la mutualité, proposé par la Coopération française et la F.N.M.F. pour réaliser la promotion de l'assurance maladie volontaire dans le pays. L'U.T.M. a une triple fonction : stratégique pour orienter le développement en définissant des projets pertinents dans le contexte national ; technique pour appuyer les mutuelles en création ; politique, comme représentation des mutuelles adhérentes. Elle a un statut spécifique, conforme au code de la mutualité, promulgué en 1996 au Mali. Dans le cadre de ses fonctions, elle mène une stratégie duale qui

s'adresse d'une part au milieu urbain et au secteur de l'économie formelle, d'autre part au milieu rural et au secteur informel. Ainsi, dans le premier cas, elle propose aux mutuelles de distribuer une garantie « clés en main » qu'elle gère de façon centralisée : l'assurance maladie volontaire (A.M.V.). Le second volet de sa stratégie consiste à appuyer les mutuelles qui veulent définir leur propre garantie, en fonction des besoins exprimés par leurs membres, et la gérer eux-mêmes (Letourmy et Pavy Letourmy 2003, Ouattara et al. 2003 ; Letourmy 2000a et 2000b).

Résultats du mouvement mutualiste malien

L'action de l'U.T.M. a donné des résultats intéressants, mais relativement modestes en termes d'effectifs d'adhérents comme le montre le tableau ci-dessous.

L'explication de ces modestes résultats est double. D'une part, la population du Mali n'est pas encore acquise à l'idée d'assurance et comprend un grand nombre de personnes aux ressources modestes. D'autre part, l'U.T.M. a rencontré de grandes difficultés avec l'offre de soins publique. Celle-ci est de qualité inégale et

Tableau—Données relatives au mouvement mutualiste malien animé par l'U.T.M.[†]

Mutuelles fonctionnelles diffusant une prestation santé (septembre 2002)		
Nombre de mutuelles	Cotisants	Bénéficiaires
22	7 710	29 971
Mutuelles offrant des facilités d'accès aux soins grâce à une réduction tarifaire dans un centre de soins géré par une mutuelle		
Nombre de mutuelles	Cotisants	Bénéficiaires
3	2 384	16 024
Mutuelles existantes et en gestation, mais non encore fonctionnelles		
Nombre de mutuelles	Cotisants potentiels	Bénéficiaires potentiels
12	12 527	79 040
Mutuelles diffusant l'A.M.V. de l'U.T.M.		
Nombre de mutuelles	Cotisants	Bénéficiaires
12	5 277	17 874
Mutuelles couvrant un risque long (vieillesse, décès, invalidité, etc.)		
Nombre de mutuelles	Cotisants	Bénéficiaires
21	31 053	—

Source : Ouattara, et al., 2003.

l'U.T.M. a choisi de ne passer convention qu'avec quelques formations. En plus de ces difficultés, le mouvement mutualiste malien doit désormais composer avec l'Etat qui cherche à jouer un rôle de plus en plus important au sein du mouvement, ce qui pose le problème de son autonomie. Enfin, l'U.T.M. n'est pas autonome financièrement et dépend des subventions de la Coopération française, de l'ANMC de Belgique et du PRODESS. Néanmoins, les mutuelles maliennes animées par l'U.T.M. disposent d'atouts intéressants : leur pouvoir de contractualisation, leur développement régional croissant (antennes régionales à Kayes, Sikasso, Ségou et Mopti), et des possibilités nouvelles de développement financier et en termes d'effectifs via une association de type banque-assurance avec les caisses de rurales de crédit Kafo Jiginew.

Expériences récentes

Appui de l'USAID et d'Abtassoc. Région de Bla et Sikasso. Des mutuelles de quartiers ont été créées à la demande des habitants. L'expérience actuelle compte cinq mutuelles, deux à Sikasso (quartier de Wayerma : 566 adhérents et 4562 bénéficiaires ; quartier de Bogoula-ville : 232 adhérents et 680 bénéficiaires), trois à Bla (aires de santé de Kéméni, Bla, Tounan) (entretien avec le Dr. Sidibe). Une évaluation de l'impact de ces mutuelles sur l'utilisation des structures de soins sera réalisée en 2004-2005.

Appui de l'UTM et de Santé Sud. Zone de la CMDT, village de Nongon, région de Sikasso. Avec l'aide du médecin, employé par l'ASACO en 1994, les villageois ont créé une mutuelle des cotonniers en 1998. Elle permet aux adhérents la prise en charge des soins réalisés par le

centre de santé de Nongon et les références décidées par le médecin directeur du centre. Une convention a été signée entre l'ASACO et l'hôpital régional de Sikasso. L'utilisation du CSCOM de Nongon, déjà fort acceptable et conforme à l'objectif du Prodess (0,5 contact/pers/an) depuis le début, a augmenté pour atteindre actuellement 1 contact par pers/par an. Il est envisagé d'étendre la protection au petit risque, comme ce qui se fait en Asie. (entretiens avec le Dr. Yacouba Koné, médecin à Nongon, de 1994 à 2000 et actuel représentant de Santé Sud au Mali et le Dr. Oumar Ouattara, ancien médecin de campagne, responsable du GIE conseil et actuellement directeur de l'UTM).

PISAM, Projet Intégré de Santé et d'Activités Mutualistes (Novartis 2003). Les problèmes de malnutrition des enfants, combinés à une faible utilisation des structures de soins de premier niveau dans la commune de Cinzana, ont conduit la fondation Novartis à élaborer un projet intégré de santé (avec l'appui de Santé Sud et de l'UTM). Après avoir élaboré une typologie des facteurs qui empêchaient le recours aux soins modernes, Novartis décidait de se concentrer sur les facteurs possibles d'in-

tervention : les ressources monétaires, la disponibilité et la qualité des soins cliniques, les relations patients/soignant.

Pour intervenir sur les ressources monétaires, leur disponibilité immédiate et sur la qualité des soins, l'idée d'une mutuelle de santé a vu le jour. La question posée devint : **une mutuelle de santé est-elle l'instrument approprié pour améliorer l'accès des pauvres aux soins de qualité ?** Mais, outre la baisse des coûts pour les usagers, il faut assurer à la population, pour qu'elle y voit un intérêt supplémentaire, une certaine qualité des soins. Dans ce sens, le projet supporta la construction d'un nouveau CSCOM, recruta un médecin et renforça la capacité des membres de l'ASACO. Mise en place depuis 2002, la mutuelle est devenue opérationnelle avec l'ouverture, en janvier 2004, du CSCOM, conventionné. Tout chef de famille de l'aire de santé de Cinzana peut adhérer à la mutuelle.⁶⁵ La carte d'adhésion coûte 1000 Fcfa par an et couvre jusqu'à 15 personnes. La prime annuelle s'élève à 1150 Fcfa par personne. Actuellement, la mutuelle compte environ 500 membres. Le projet prévoit de faire le bilan de la première année d'activité du CSCOM et de la mutuelle en février 2005.

Association malienne pour la protection et la promotion de la famille : AMPPF

L'objectif de cette ONG malienne, créée en 1972 et soutenue par l'IPPF (International Planned Parenthood Federation), est le développement des services de qualité en matière de santé sexuelle et de santé de la reproduction. Les activités de l'AMPPF concerne les activités traditionnelles de soins maternels et infantiles (consultations pré et post natales, suivi des grossesses, soins obstétricaux, problèmes de stérilité) et les activités de planning familial (conseils et distribution/vente de moyens de contraception qu'ils soient oraux, injectables, ou chirurgicaux) mais aussi des activités de dépistage des MST, du Sida. Pour mener

ces activités, l'AMPPF dispose à Bamako d'une clinique privée à but non lucratif et d'agents de relais, susceptibles de mener des activités d'IEC dans les quartiers et de cinq antennes dans les régions (Kayes, Sikasso, Ségou, Mopti, Koulikoro) et qui sont relayées au niveau du village par des agents choisis par la communauté qui peuvent distribuer les méthodes non cliniques (préservatifs et spermicide) de contraception. En 2002, le centre EVEIL, centre de dépistage du VIH et financé par l'USAID, a vu le jour à Ségou. Bien qu'il n'y ait pas de véritable contrat avec l'Etat, une partie du personnel du siège de Bamako est fonctionnaire.

Tableau : activités de la clinique AMPPF de Bamako

Effectifs	2002		2003	
	total	Nouveaux	anciens	total
Utilisateurs toute méthode confondue dont :	1 420	1467	4974	6441
Orale		265	1 850	
Injectable		413	1 973	
DIU	272	117	371	
Spermicide		110	110	
Préservatif		182	140	
Implants	409	344	404	
CCV (ligature des trompes)	26	36	123	
Couple année protection	4172			4636
Cas IST/VIH/Sida pris en charge	151			110
Nouveaux cas de stérilité	186			156
Total des visites	7 544			7 633

Source : AMPPF, Rapport annuel 2003.

Constats et propositions du collectif Santé Nord

(entretien avec Marc Ledret, MSF et document du CSN, 2004)

Désappointé par les faibles performances de leurs activités, malgré une mobilisation de fonds, de compétences et de volonté non négligeables, plusieurs ONG, dont MSF, ont décidé de former un collectif (Collectif Santé Nord, créé en mars 1999),⁶⁶ auquel s'est récemment joint le forum des ONG européennes (FONGEM), afin de réfléchir sur leurs expériences et de tirer les leçons en vue d'améliorer l'efficacité de leurs interventions.

Un bon nombre de constats établis par le Collectif Santé Nord (2004) rejoignent ici encore ce qui a été souvent souligné par ailleurs. Nous reprendrons les principaux :

- les ASACO fonctionnent mal. → Pourquoi ? Du fait d'une faible représentativité de la communauté (lorsqu'un CSCOM n'est pas à l'origine de la demande de la population comme pour les anciens CSAR, les membres influents des ASACO ne sont pas toujours représentatifs de la communauté, mais sont ceux qui savent jouer du système), de l'absence de vie associative (rétention de l'information de la part de certaines catégories de personnes), de l'inadaptation du schéma imposé du CSCOM aux besoins réels de la population (PMA, structure fixe dans certaines régions) et d'une faible capacité de gestion.

- les structures de santé sont peu fréquentées.
→ Pourquoi ?

Du fait de la mauvaise qualité des soins, de la non prise en compte des spécificités culturelles, d'accessibilité financière et géographiques pour certains groupes de la population.

- la mise en œuvre du schéma de prise en charge des problèmes de santé est lente et difficile.

Des propositions ont été faites pour répondre à ces carences.

Pour dynamiser les ASACO et faire en sorte que la population se retrouve dans ces associations et leur redonne sa confiance, il faudrait mobiliser les communautés autour de projets susceptibles de les intéresser, comme impliquer les ASACO dans la lutte contre le paludisme par la distribution de moustiquaires imprégnées, le développement de mutuelles (qui connaissent ici et là des succès (mutuelle de femmes à Bourem) ou encore l'implantation et la gestion d'un point d'eau. Il est ensuite nécessaire d'assouplir le schéma opérationnel imposé en l'adaptant aux spécificités de chaque zone : la stratégie de centres fixes est peu adaptée à la population essentiellement nomade des zones du Nord, qu'ils soient éleveurs ou

pêcheurs (comme les Bozo). Dans ces zones, les stratégies mobiles doivent être privilégiées. Pour améliorer la gestion des CSCOM, il faut renforcer la capacité des ASACOS à gérer en assurant des formations adaptées notamment en langues locales.

L'amélioration de la qualité des soins passe par le renforcement des compétences du personnel et de l'amélioration de la relation soignant/soigné. C'est en partie le rôle des écoles de formation qui peuvent s'implanter dans les

régions et introduire des enseignements sur ces aspects (voir l'exemple de l'école privée d'infirmiers de Gao).

L'amélioration de l'efficience et de la prise en charge passe par une politique de contrats par objectif (entre ASACO et personnel soignant) et des engagements entre les partenaires (ASACO, municipalités, professionnels de la santé du secteur privé), chacun y trouvant son intérêt.

Liste des personnes rencontrées

- Ministère de la santé (direction et services)
Dr. Mohamed Lamine Diarra, Directeur de la Cellule de Planification et des Statistiques (CPN)

Dr. Mountaga Bouare, CPN

Mr. Amadou Sanguisso, CPN

Dr. Baba Tounkara, Direction Nationale de la Santé (DNS), Unité Planification, Formation et Information sanitaire (PFIS)

Dr. Amadou Sogodogo, DNS/ unité PFIS

Dr. Jean Paul Louis, conseiller Union Européenne ACP, DNS

Dr. Jean-Pierre Boitte, coopérant technique, IOTA, Bamako.

- Structures de santé et ASACO

Dr. Boubacar Traoré, médecin gynécologue, chef du centre

Dr. Sinayogo Kadiatou Toure, médecin généraliste

Dr. Youna Sall Coulibaly, médecin généraliste

Dr. Sylvain Keita, pédiatre

Dr. Moussa Bagayako, médecin adjoint du centre

Dr. Mariam Sidibé, médecin chargée de la santé reproductive

Fassoum Doumbia, maire de Falako

Chefs des villages des sites des CSCOM

Membres des bureaux des ASACO visitées

- ONG

Association Malienne pour la Protection et la Promotion de la Famille (AMPPF)

Dr. Mountaga Toure, Directeur exécutif

Dr. Toure, gynécologue, Responsable de la clinique

Dr. Diakité, Directeur des programmes

Médecins Sans Frontières

Dr. Marc Ledret

Santé Sud

Dr. Yacouba Kone, Coordinateur général

Dr. Dominique Desplats,

- Partenaires

Mr. Marius W. de Jong, Conseiller en santé
Premier Secrétaire, Ambassade des Pays-Bas

Mme. Lisa Nichols, Directrice adjointe, Programme Santé USAID

Mr. Cheick H.T. Simpara, Programme Santé USAID

Mr . Ousmane Sidibé, Programme Santé USAID

Dr. Alain Barry, Coordinateur du projet PISAM

Dr. Oumar Niangado, Délégué de la fondation Syngenta

- Autres

Dr. Oumar Ouattara, Directeur de l'UTM

Dr. Hubert Balique, Conseiller en santé publique

Dr. Pierre Fournier, Université de Montréal

Monographie de quelques CSCOM

Les CSCOM étudiés font partie des districts sanitaires de Bamako, Fana et de Kati

District sanitaire de Fana

Le district sanitaire de Fana, d'une superficie de 7319 km², compte 9 aires de santé communautaires fonctionnelles (neuf restent à le devenir) avec CSCOM plus une, Marcacoungo (sur la route Bamako-Fana) où est installé un cabinet privé tenu par un médecin (Bagayako 2004). Le centre de santé de référence de ces aires se trouve dans la ville de Fana, situé à 120 km de Bamako, sur l'axe Bamako-Ségou. C'est une des principales zone cotonnière du Mali, dans laquelle la CMDT (Compagnie Malienne pour le Développement du Textile) qui a installé une usine d'égrainage du coton, joue un rôle important. Différentes ONG interviennent dans le district dont cinq ont des activités dans le domaine de la santé (OMAFES sur la santé et la sécurité alimentaire dans plusieurs aires, CANEF (nutrition et micro crédit), JEKAFO et GSDB (toutes deux à Fana sur les MST et VIH/Sida), et Keneya Ciwara dans la zone sur la santé de la mère et de l'enfant (Bagayoko 2004).

Le centre de santé de référence est équipé d'un bloc opératoire, de salles d'hospitalisations tant pour la médecine générale que pour la chirurgie. Il a un système de référence théoriquement opérationnel depuis octobre 1999 : il possède une ambulance et tous les CSCOM, sauf un (Diele) sont munis d'un RAC. Cependant, l'ambulance est parfois en panne, il n'y a pas toujours de carburant, les réseaux RAC sont quelquefois en panne, le système de partage des coûts fonctionne mal, les ASACO n'étant pas toujours à jour de leur cotisation, les patients payent 70 % du coût au lieu des 40 % prévus (Bagayako 2004).

Outre le centre de santé de référence, on trouve trois cabinets privés à Fana. Outre les CSCOM, le district de Fana compte également 12 maternités rurales. L'approvisionnement en médicaments peut se faire auprès du magasin régional de la PPM, de deux officines privées et de six dépôts de médicaments puisque toutes ces structures vendent des médicaments en spécialité et en DCI (Bagayako 2004).

Comme le montre le tableau ci-dessous, le niveau d'activités menées par les centres de santé diffère d'une aire de santé à l'autre et d'une activité à l'autre. Ainsi, on voit que le cabinet privé (qui n'offre pratiquement que des soins curatifs) a un taux d'utilisation relative-

ment correct et en tout cas bien supérieur à tous les CSCOM. Il est reconnu que la présence d'un médecin dans ce centre, installé depuis une huitaine d'années, attire la population tant de l'aire concernée que venant d'autres aires, d'autant qu'il prescrit et qu'il dispose de médicaments en DCI. Le chef de centre de Djoumanzana nous signalait ainsi que certains habitants de son aire n'hésitaient pas à se rendre à Marcacoungo malgré la distance et le fait que le coût de la consultation soit plus élevée (de l'ordre de 1000 Fcfa contre 300 à 400 Fcfa dans les CSCOM, Bagayako 2004). Par contre, comme on peut s'y attendre, en l'absence de contrat ou convention passée avec l'Etat (le centre de santé de référence), ce cabinet n'assure pratiquement que cette activité. Si les CSCOM de Seyla et de Mena ont un taux d'utilisation extrêmement bas pour les soins curatifs, ils ont une couverture parmi les plus élevées pour la CPN (57 et 68 % contre moins 50 % ailleurs, Fana exceptée) ou, fait très rare, la consultation postnatale (63 % pour Seyla). Nous n'avons malheureusement pas pu nous rendre à Seyla ou à Mena, les chefs de poste étant absents les jours qui avaient été programmés pour notre visite dans le district de Fana. D'après le Dr. Bagayako qui nous a reçu à

Fana, le mauvais fonctionnement de ces deux CSCOM ainsi que celui de Dandougou s'explique pour deux raisons essentielles :

- les querelles qui ont provoqué une scission entre les membres des ASACO, certains reprochant à d'autres de ne pas avoir été assez solidaires devant la CMDT à la suite de la chute des prix du coton ;
- la forte concurrence dans ces aires, d'aides soignants qui oeuvrent de manière informelle.

Les deux aires de santé visitées sont celles de Falako et de Djoumanzana, proches l'une de l'autre et situés à environ 15 km de Marcacoungo .

- Aire de santé de Falako : une ASACO fonctionnelle et dynamique, un CSCOM qui fonctionne même si les indicateurs ne sont pas des plus performants.

L'aire de santé de Falako regroupe 52 localités (villages et hameaux). Comme les statuts le prévoient, le conseil de gestion de l'ASACO est composé de deux délégués par localité et se réunit effectivement une fois par trimestre. Un comité de gestion, composé d'un président, de son adjoint, d'un trésorier, d'une trésorière

Tableau : Couverture des aires par type d'activité, district de Fana, en 2003.

Aire	CC	CPN %	ACC ass %	Cpostnat %	PF %	BCG %	DTCP-3 %	VAT-2 %
Nangola	0,13	49	39	4	3	107	113	22
Djoumanzana*	0,10	36	35	8	2	79	36	19
Dandougou	0,10	34	24	7	2	71	74	19
Diele	0,26	40	46	0	6	205	128	89
Diebe	0,15	44	40	51	2	62	74	36
Seyla	0,07	57	33	63	3	90	58	29
Falako*	0,16	49	25	7	1	96	54	21
Mena	0,06	68	60	16	3	92	86	44
Beleco	0,16	35	61	28	12	114	81	52
Fana	0,13	73	72	9	2	121	106	50
Marcacoungo†	0,31	8	10	0	0	56	20	18
Ensemble	0,16	53	44	13	3	95	71	29

Source : Bagayako, 2004

* CSCOM visités ; †Cabinet privé ;

CC = consultation curative, CPN = consultation prénatale, ACC ass = accouchement assisté, Cpostnat = Consultation postnatale, PF = Planning familial, VAT = vaccination anti-tétanique.

adjointe et d'un secrétaire se réunit également une fois par mois avec le personnel du CSCOM pour discuter de la marche du centre et résoudre les problèmes. Si aucun système de partage des coûts n'a été mis en place pour les urgences, notamment obstétricales (la parturiente et sa famille prennent en charge la totalité du coût du transport), le système de constitution du kit d'urgence fonctionne, l'ASACO versant chaque mois sa cotisation au centre de santé de référence.

Comme certains villages étaient trop éloignés du CSCOM, l'ASACO a décidé de créer une maternité à Soundiani, à 18 km de Falako pour assurer leur couverture. Cette maternité reçoit ses médicaments du CSCOM de Falako et est dirigée par une matrone, payée par l'ASACO. La matrone gère la maternité avec l'aide des membres de l'ASACO des localités concernées qui examinent les comptes qu'elle présente tous les 15 jours. Par ailleurs, afin d'améliorer l'utilisation du CSCOM qui reste basse (0,16 CC/an/personne), les membres du conseil de gestion essaient, dans leurs villages respectifs, de sensibiliser les villageois sur l'intérêt d'utiliser le CSCOM plutôt que les structures informelles relativement présentes dans la zone. Cependant, d'après l'ASACO, l'utilisation du CSCOM est liée à la commercialisation : au moment de la vente du coton, le CSCOM est fréquenté, il ne l'est pas en période de soudure.

Le CSCOM de Falako, créé en 2001, est un bâtiment neuf,⁶⁷ propre, accueillant, muni de bancs disposés sous un préau. Il est dirigé par une infirmière de 1er cycle, payée sur crédit PPTÉ et en poste depuis 2002. Les soins de la mère et de l'enfant sont assurés par une matrone, qui travaillait déjà à la maternité rurale du PDSS depuis 1997, et qui a été recrutée par l'ASACO au moment de l'ouverture du CSCOM. La matrone gère également le dépôt de vente de médicaments et les recettes tirées de la tarification. Tous les 15 jours, après vérification des comptes avec les membres du comité de gestion, la matrone remet l'argent au trésorier

qui le verse sur le compte de l'ASACO. Un vaccinateur complète le personnel de ce CSCOM. Ex aide-soignant, il était également en poste au dispensaire rural, et a reçu une formation spécifique, avant d'être recruté par l'ASACO en 2001, pour s'occuper des vaccinations. Le CSCOM n'a ni gardien (pas vraiment utile à la campagne) ni manœuvre. Pour maintenir la propreté du centre, notamment de la salle d'accouchement, les femmes du village se sont organisées et viennent en groupe à tour de rôle une fois par semaine nettoyer la maternité. Le CSCOM, et donc la matrone, travaillent avec les accoucheuses traditionnelles du village. A chaque accouchement, celles-ci viennent au centre et assistent la matrone. Elles sont bénévoles, accomplissent les gestes et assurent le rituel traditionnel (comme elles le feraient pour un accouchement à domicile). Elles sont chargées de nettoyer la table de travail après l'accouchement.

Le CSCOM est ouvert du lundi au samedi de 8h à 17h. S'il n'y a pas de service de garde à proprement parlé, en cas d'urgence, les usagers se rendent chez l'infirmière ou la matrone qui ouvre alors le centre et s'occupe du patient ou de la parturiente. Les activités de prévention de la mère (CPN) et de l'enfant (consultations postnatales) se déroulent deux fois par semaine en centre fixe. Le nombre de consultations prénatales par jour de consultation qui stagnait à 10 a brusquement augmenté au mois de mai grâce au programme (UNICEF) de stratégie avancée pour la survie de l'enfant (SASII) qui consiste à distribuer à chaque femme enceinte une moustiquaire imprégnée et du fer. Comme, le CSCOM a adopté la stratégie avancée (selon un programme défini par l'Etat) depuis 2002, la matrone se rend avec le vaccinateur trois fois par semaine dans les villages de l'aire de santé. Pendant que le vaccinateur administrent les vaccins du programme élargi de vaccination (PEV) qui comprend le BCG, DTC, VAT, la matrone assure ses activités de prévention (CPN, Consultation postnatale, PF) et d'éducation sanitaire. Le centre dispose d'une moto

CSCOM de Falako	Tarif (en Fcfa)	
	aire de santé	hors aire
Acte		
Consultation curative	300	500
Soins infirmiers	500	1000
CPN	400	600
Accouchement	2440*	3440*
Déclaration naissance	450	450
Vaccination enfant	250	250
Vaccination femme	150	150

* comprend l'acte 1500 (2500), la vaccination antitétanique (VAT, 100) le gant (540), la seringue (100).

pour mener à bien ses activités, les vaccins sont fournis gratuitement dans le cadre du PEV, l'ASACO prend en charge le carburant.

En l'absence de la matrone, l'infirmière chef de centre s'occupe également si besoin des accouchements avec l'aide des accoucheuses traditionnelles.

S'il n'y a pas de système d'adhésion et de pré-paiement, les tarifs diffèrent selon que les usagers sont de l'aire de santé ou non (tableau ci-dessous). Les tarifs pratiqués (hors médicaments) sont relativement bas.

Le CSCOM est correctement géré, le dépôt de vente des médicaments est régulièrement alimenté. La matrone, qui gère ce dépôt s'approvisionne uniquement au centre de santé de référence, malgré les ruptures de stock survenues en 2003, dues aux ruptures de stock de la PPM.

Les relations entre l'ASACO et le personnel sont bonnes. Le personnel recruté par l'ASACO (deux personnes) a un contrat, est inscrit à l'INPS et ses dernières revendications (augmentation de salaire) ont été satisfaites. Matrone et vaccinateur touchent le même salaire : 25.000 Fcfa par mois.

■ Aire de santé de Djoumanzana

Cette aire regroupe 19 villages dont trois seulement sont à plus de 10km du CSCOM. L'accès géographique est donc correct.

Tout comme à Falako, le conseil de gestion de l'ASACO est composé de deux délégués par village et se réunit une fois par trimestre. Le

comité de gestion, se réunit une fois par mois. Il est composé de six membres dont une femme (sœur du maire), trois habitant dans le village du CSCOM, les trois autres dans les villages de l'aire. Bien qu'appelé à être renouvelé chaque année, ses membres ont toujours été reconduits depuis la création du CSCOM.

Pour les membres de l'ASACO, l'utilisation du CSCOM n'est pas très élevée mais cela s'explique par une concurrence élevée du secteur informel (aides-soignants et infirmiers à la retraite soignant à domicile) et privé avec le centre de Marcacoungo, qui malgré la distance (17km) attire des villageois de Djoumanzana.

Comme à Falako, aucun système de partage des coûts n'a été mis en place pour les urgences,⁶⁸ excepté la constitution du kit d'urgence pour lequel l'ASACO verse une cotisation au centre de santé de référence.

Le CSCOM de Djoumanzana est un ancien poste de santé rural, devenu CSCOM en 1997. Il est composé de deux bâtiments séparés (le centre de santé et la maternité), quoique proches. Il fonctionne sur le même modèle que celui de Falako. En dehors des heures d'ouverture, tous les jours, de 8h à 11h et de 16h à 18h, sauf le mardi, les patients iront chercher un des membres du personnel en cas d'urgence. Le CSCOM est tenu par un infirmier de premier cycle, recruté par l'ASACO en mars 1998 et qui est depuis avril 2004 sur un poste PPTE. La stratégie avancée a démarré très récemment (en octobre 2003) grâce au recrutement par la mairie d'un vaccinateur et à l'appui de l'ONG Tchikwara qui prend en charge le carburant et les

CSCOM de Djoumanzana	Tarif (en Fcfa)	
	aire de santé	hors aire
Acte		
Consultation curative	300	500
Soins infirmiers	500	750
CPN	500	750
Accouchement	2090*	3090*
Déclaration naissance	450	450
Planning familial	Gratuit, préservatif = 3 pour 50 Fcfa, confiance = 300 Fcfa tous les trois mois	

* comprend l'acte 1250 (2250), la vaccination antitétanique, le gant et la seringue.

primes (1000 Fcfa par agent et par sortie). La matrone, recrutée en 1997 par l'ASACO, est responsable de la maternité et assure les activités liées à cette fonction en centre fixe, deux fois par semaine et en stratégie avancée, trois fois par semaine dans les villages. Le programme SASII (introduction de moustiquaires imprégnées) a permis ici aussi d'augmenter considérablement les CPN (54 par mis en janvier/février, 157 en avril avec le lancement du programme).

La gestion du dépôt de vente et du centre est assuré par un gérant (formé à la gestion), recruté en 1997.

Tout comme à Falako, deux accoucheuses traditionnelles assistent la matrone à tour de rôle pour les accouchements et sont chargés de nettoyer la table d'accouchement. Elles touchent 250 Fcfa par accouchement. Les salaires de la matrone et du gérant n'ont pas augmenté depuis leur recrutement (1997) et s'élèvent à 22.000 Fcfa par mois contre 25.000 Fcfa pour le vaccinateur et 40.000 Fcfa pour l'infirmier. Pourtant les comptes du CSCOM sont excédentaires, en mars 2004, le compte présentait un solde créditeur de 743.535 Fcfa (stock de médicaments + valeur en banque). Les relations entre le personnel et l'ASACO semblent bonnes, même si le personnel n'a pas obtenu satisfaction.

District sanitaire de Kati

Le district de Kati couvre une population totale de 290.251 habitants et compte 16 aires de

santé dont quatre fonctionnent mal selon le médecin chef du centre de référence. Celui-ci est situé dans la ville de Kati, située à une vingtaine de kilomètres à l'ouest de Bamako sur l'axe Bamako-Didiéni. Le centre de santé de référence n'est pas équipé d'un plateau technique complet, n'ayant pas de bloc opératoire. Aussi, les cas nécessitant un tel équipement sont transférés à Bamako.

Le mauvais fonctionnement de certaines aires de santé est avant tout, d'après le médecin chef, lié aux ASACO qui ne jouent pas leur rôle d'animateur et d'informateur et qui ne se réunissent pas. Le chef de centre a par ailleurs des difficultés à dynamiser leurs membres dans la mesure où il fait peu de tournées de supervision, faute d'argent (bien qu'un des engagements du PRODESS soit de fournir le carburant pour les supervisions, les besoins du centre ne sont pas couverts). Pour une aire de santé au moins, la construction du centre a plus ou moins été imposée, la population ne l'ayant pas sollicité.

Les deux aires de santé visitées sont celles de Sanankoroba plus proche (une quinzaine de km) de Bamako (qu'on doit traverser en venant de Kati) que de Kati (60km) et Soninkéry, situé à 22 km de Kati.

- *Aire de santé de Sanankoroba* : une ASACO fonctionnelle et dynamique, un CSCOM qui fonctionne.

L'aire de santé de Sanankoroba regroupe 19 villages et 20.691 habitants. Le CSCOM est un

ancien centre de santé d'arrondissement qui a été réhabilité en 1999, date à laquelle l'ASACO a été créée. On retrouve comme pour toutes les ASACO la même composition théorique du conseil de gestion (composé de deux délégués par village) et du comité de gestion, composé d'un président (une femme), de son adjoint et d'un trésorier. Sanankoroba bénéficie de plusieurs atouts, une organisation traditionnelle forte (qui a permis de maintenir la présence de champs collectifs au niveau du village, dénotant la présence d'une forte cohésion sociale), l'appui d'un trois ONG maliennes (Keneya Tchiwara, Bara Nyuman, AMPE) qui interviennent dans les activités de prévention de la mère et de l'enfant et des maladies transmissibles et le jumelage avec un village canadien qui a contribué au développement d'activités génératrices de revenu agricole (qui a permis l'accès au crédit) en incitant les femmes à se regrouper en association et en formant les villageois à la gestion communautaire (dont la présidente de l'ASACO et son adjoint).

Ces atouts contribuent au dynamisme de l'ASACO dont les membres ont su mobiliser les femmes (déjà regroupées en association de par leur activité agricole) et leur expliquer les avantages de la consultation prénatale et les sensibilise au planning familial. Ces femmes ont ensuite pris le relais des membres des

ASACO pour sensibiliser le reste de la population. L'entente avec le personnel du CSCOM est bonne, notamment avec le chef de centre qui s'appuie sur les membres des ASACO pour annoncer le planning de la stratégie avancée. L'ASACO utilise le crieur public pour faire passer l'information.

La mairie joue bien son rôle⁶⁹, elle est présente dans les réunions et appuie les activités du centre et joue le rôle de médiateur entre l'ASACO et le chef de centre, lorsqu'il y a lieu.

Malgré ce dynamisme, il reste des problèmes à résoudre comme le statut du personnel recruté par l'ASACO qui n'a établi de contrat pour aucun de ses employés. L'autre problème, lié à la situation géographique de ce centre, qui bien que dépendant de Kati est plus proche de Bamako, est celui des évacuations sanitaires. Le statut administratif du centre voudrait que le système de référence soit organisé avec le centre de Kati. Or la population refuse d'être évacué sur Kati parce qu'elle n'est pas sûre d'être correctement prise en charge (il n'y a pas de bloc opératoire) d'autant qu'il lui faut traverser Bamako pour se rendre à Kati et préfère se débrouiller toute seule dans ces cas. Les responsables de l'ASACO sont en discussion avec le ministère, via le centre de référence de la commune VI (le plus proche), pour régler cet aspect.

Notes

Remerciements

1. La liste figure en annexe Viii

Introduction

2. Faillite d'autant plus évidente que les usagers payaient les consommables et les médicaments, une fois la dotation annuelle épuisée (bien avant la fin de l'année) et des « contributions personnelles », demandées, du fait de bas salaires ou de salaires impayés, par les professionnels de santé pour assurer la prise en charge d'un patient. Ce phénomène est devenu un problème majeur dans les pays de l'ex Union Soviétique où les consultations sont théoriquement gratuites, mais où le problème de la diminution conséquente du budget public de la santé et des très bas salaires du personnel de la santé ont induit des paiements informels exorbitants pour les patients (Falkingham 2004).

Chapitre I

3. Ministère de la Santé, représentants des différentes corporations de médecins, infirmiers et sages-femmes, ONG (telles AMPP, Save the Children, Care Mali) OMS, USAID, Ambassade des Pays-Bas,...

4. Ce travail a été réalisé principalement par Aude Letourmy

5. La nouveauté attirant toujours au premier abord, les résultats en seraient biaisés.

Chapitre II

6. Les deux tiers de l'aide sont des dons (PNUD, 2002).

7. Dont 45 % d'aide multilatérale, 51 % d'aide bilatérale et 4 % d'aide des ONG.

8. A titre de comparaison, en France par exemple, les dépenses totales de santé représentent 9 % du PNB et 76 % de ces dépenses sont des dépenses publiques, (Banque mondiale, 2004)

Chapitre III

9. Environ 300.

10. Cette « revitalisation » impliquait de la part de la population, la création d'une ASACO et la mise à disposition du PMA (que les CSAR n'offrait pas toujours), de la part de l'Etat, la rénovation du CSAR et une dotation en médicaments.

11. En 2002, on comptait 605 CSCOM et en 2003, 930. Il est prévu d'en avoir 1150 d'ici 2005.

12. Celui des anciens CSAR.

13. L'objectif à terme est d'augmenter l'effectif de ce personnel et d'y adjoindre un médecin, une infirmière obstétricienne et un technicien de laboratoire.

14. Les CSCOM du district de Bamako sont tous dirigés par un médecin.

15. Le personnel dans le tableau 1 est donné pour toutes structures confondues contrairement à ce qui apparaît dans le tableau 2. Si, à partir de ces deux tableaux, on ne peut donner l'évolution exacte du personnel dans les structures de premier niveau entre 1998 et 2002, on peut tirer des informations intéressantes.

16. Annuaire SLIS 2002, DNS, 2003, communiquées par la CPS sur support magnétique

17. On ne dispose pas de statistiques sur les médecins non fonctionnaires. On sait que quelques uns sont établis comme médecins libéraux dans les grandes villes que moins d'une centaine sont des médecins de « campagne » (annexe III). D'autres travailleraient comme coordonnateurs dans des projets de santé menés par des partenaires du développement (Care Mali, Médecins sans Frontière, Fondation Novartis, etc..).

18. En 1997, on dénombrait environ 1800 infirmiers (IDE et 1^{er} cycle) au Mali, dont 1 594 dans la fonction publique.

19. Ce qui est encore plus vrai pour les infirmiers de 1^{er} cycle, recrutés au niveau DEF (BEPC dans le cursus français correspondant à une fin de 4^{ème} année de collège) et qui assurent la fonction de chef de poste dans 38 % des CSCOM.

20. La médecine exige en effet un interrogatoire complet sur les antécédents de la maladie, sur son histoire, sur la symptomatologie, un examen systématique (non seulement des organes sur lesquels porte la plainte, mais aussi sur les autres) et une vraie décision médicale (Balique 1998), démarche rarement suivie par le personnel soignant (Borel 2001).

21. Cette détérioration n'est pas propre à la faculté de médecine, mais à tout l'enseignement universitaire où près de la moitié des

enseignants sont des contractuels dont la plupart sont d'un niveau ne dépassant pas le 2^{ème} cycle universitaire (Brunet-Jailly 2004).

22. Le nombre d'étudiants à la faculté de médecine, toutes années confondues, est passé d'environ 300 au début des années 1980 à près de 5000 en 2001. Les enseignants de la faculté de médecine sont si conscients de cette situation qu'ils ont demandé l'instauration d'un *numerus clausus* au terme de la première année d'études, qu'ils ont obtenu après deux mois de grève (Brunet-Jailly 2004).

23. La contraception, c'est pour les femmes mariées qui ont beaucoup d'enfants, pas pour les jeunes-filles, leur dira-t-on (Castle 2003) .

24. 28 % seulement des aires de santé auraient une ASACO fonctionnelle en 2003 (Ministère de la Santé, 2004).

25. Cette incapacité de gestion, si elle peut être le plus souvent attribuée à un problème de niveau de formation des membres de l'ASACO, souvent peu éduqués, peut être aussi due à des conflits qui desservent l'intérêt général. A Bamako, certaines ASACO qui connaissent des problèmes flagrants de gestion, sont pourtant dirigées par des membres tout à fait qualifiés. Cela montre que la résolution des problèmes n'est pas nécessairement une question d'ordre technique.

26. Il est cependant prévu que l'Etat prenne en charge le carburant (PRODESS II).

27. Les données au niveau des aires de santé ne sont disponibles qu'au niveau des centres de référence

28. En incluant l'activité des centres de santé de référence, ces taux sont pour l'ensemble du Mali 54 % (contre 47 % pour les CSCOM seuls), Kayes 39 % (contre 32 %), Koulikoro 51 % (contre 46 %), Sikasso 67 % (contre 58 %), Ségou 61 % (contre 58 %), Mopti 45 % (contre 42 %), Tombouctou 33 % (contre 19 %), Gao 25 % (contre 17 %), Kidal 23 % (contre 21 %), Bamako 79 % (contre 65 %).

29. Il aurait été intéressant d'y ajouter le ratio de mortalité maternelle, mais il n'est pas disponible par région.

30. Il faut toutefois rester prudent dans la mesure où l'étude d'une telle relation impliquerait de la vérifier au niveau des aires de santé et donc de disposer de données à ce niveau.

31. Qui incluait non seulement la qualité structurelle, mais celle qui concernait le processus de soins et la relation soignant/soigné).

32. Ce phénomène a été observé dans l'étude sur les capitales ouest-africaines grâce au système de la double ordonnance (Jaffré et de Sardan 2003)

33. Pour reconnaître à une structure la capacité d'assurer des soins obstétricaux d'urgence de base (ou complets), il faut qu'elle soit capable d'assurer toutes les fonctions énumérées.

34. Près des trois quarts (71 %) des sages-femmes sont à Bamako, dans les centres de référence et dans les structures privées. Le pays dispose de 48 gynécologues dont 80 % sont à Bamako, 29 médecins anesthésistes dont aucun dans les régions du nord (Mopti, Tombouctou, Kidal, Gao).

35. Contrairement à ce qui est observé dans les pays européens ou d'Amérique du Nord, les banques ne jouent pas leur rôle et ne sont pas capables d'offrir des crédits à ceux qui souhaiteraient s'installer.

36. Dans un des districts visités, le médecin du centre de santé de référence avait décidé, de sa propre initiative, d'inclure dans ses statistiques et dans son planning de supervision, le seul centre de santé libéral de sa zone.

37. Cette situation est tolérée par l'Etat, celui-ci ne souhaitant pas légiférer sur cette question. Elle conduit cependant à de véritables abus, dont se plaignent souvent les patients qui ne comprennent pas pourquoi les médecins des hôpitaux -par exemple- ne les examinent que dans les cliniques (qui quelque fois leur appartiennent) où ils exercent aussi.

38. Des recherches sur les plantes médicinales traditionnelles en liaison avec des tradi-

praticiens sont menées par exemple par l'INRSP depuis le début des années 1980 avec une certaine volonté affichée d'intégrer ces traitements.

Chapitre IV

39. On entend par déterminant, l'ensemble des facteurs qui isolément ou simultanément favorise l'accès aux soins des ménages ainsi que les éléments leur permettant de vaincre les obstacles qui empêchent le recours à des soins de santé.

40. Le processus de soins est ce qui est fait au malade, où, quand et comment (Mariko 2003).

41. Le livre récent, Une médecine inhospitalière, édité par Jaffré et de Sardan (2003,) est édifiant sur ces aspects.

42. Nous verrons plus loin que la couverture des petits risques commence à être envisagée au Mali.

43. La diminution du coût des médicaments peut venir soit d'une baisse des prix, soit d'une rationalisation de la prescription.

44. Le koko, entité nosologique populaire, est une maladie répandue dans la région de Sélingué. Considérée comme une maladie grave par la population, elle ne correspond à aucune pathologie déterminée pour le personnel soignant car elle regroupe une ensemble de pathologies diverses sans lien entre elles. Le personnel soignant moderne ne reconnaissant pas cette « affection » comme une entité unique, a tendance à l'ignorer et à ne pas répondre au besoin exprimé de la population qui considère désormais que cette maladie (et donc toutes les pathologies qui se regroupent sous ce terme populaire) ne peut être soignée par la médecine moderne. Au contraire, les tradipraticiens ont su répondre à la demande de la population et la traite (Touré 2000).

45. Ce sont pour la consultation générale : interrogatoire, prise du poids, mesure de la taille, examen physique, explication sur les médicaments prescrits, conseils hygiéno-diété-

tiques, fixation, s'il y a lieu, d'un rendez-vous ultérieur ; pour une consultation prénatale : pesée, inspection, palpation, toucher vaginal, examen du spéculum, prise de tension, mention de l'âge, mesure de la taille, nombre de grossesses antérieures, vaccination, conseils diététiques.

46. De tels référentiels existent pour la consultation prénatale et le personnel (que nous avons interrogé) est capable de les décrire et de les appliquer dans les CSCOM qui fonctionnaient bien.

47. C'est tout le problème du rééquilibrage de la relation soignant-soigné où le soignant doit expliquer au soigné ce qu'il fait et pourquoi il le fait au lieu d'utiliser son silence pour conforter sa supériorité relationnelle. La pression des ASACO peut permettre d'insister sur le fait que le soignant a des devoirs envers le soigné alors que dans le schéma actuel le soigné s'estime redevable d'un soignant qui va l'aider.

48. L'UTM a été soutenue au départ par des partenaires très actifs : coopération et mutualité française.

49. L'histoire de la mutualité n'est pas récente, puisque la première mutuelle (MUTEC, mutualité des enseignants) a vu le jour en 1989.

50. Rien n'empêche a priori que des femmes soient nommées dans le comité de gestion. En pratique, elles sont peu nombreuses à en faire partie.

Chapitre V

51. Même si l'enquête de terrain est loin d'être exhaustive et représentative de l'ensemble des districts de santé, nous allons voir qu'elle confirme les constats issus de la littérature.

52. La première (Nzapyeke 1997) concernait dix CSCOM des districts sanitaires de Bamako, Kati et Kolokani, la seconde (Diarra et al. 1997), huit CSCOM de la région de Koulikoro.

53. Il est connu que les sages-femmes sont en surnombre à Bamako (puisqu'elles refusent toute affectation hors de Bamako), notamment dans les centres de référence. Dans le cadre de l'appui que doivent fournir les centres de référence aux CSCOM, les chefs des centres de référence des communes de Bamako affectent quelques unes dans les CSCOM. C'est ce qui se passe dans la commune que nous avons étudié.

54. Il semble cependant que les stagiaires soient beaucoup trop nombreux, les chefs de poste ne parvenant pas à gérer cette situation. Il en résulte un encombrement qui peut gêner plus qu'aider la fonctionnement du CSCOM et une inefficacité du stage pour l'étudiant.

55. Ces projets ne concernent pas tous au départ la santé, mais des secteurs variés tels l'agriculture ou la gestion communautaire.

56. Les CSCOM, qui ont la possibilité en théorie de s'approvisionner en médicaments génériques en dehors de la PPM puisqu'il existe d'autres structures qui fournissent des génériques, ne le font pas même lorsque celle-ci est en rupture de stock comme cela a été le cas en 2003.

57. Dokotoro : désigne le médecin (ou infirmier qui lui est assimilé) ayant une formation issue de la culture occidentale.

Chapitre VI

58. C'est à dire à partir des demandes de la population.

59. Un tel module a été récemment introduit dans le cursus des élèves de l'école privée de Gao.

Annexe IV

60. L'objectif de cette étude était de faire le point sur le niveau d'utilisation des différents services de santé maternelle dans les structures de soins d'Abidjan. L'utilisation de quatre

types de services a été étudiée : les services de planification familiale ; le suivi prénatal et les accouchements et le suivi post-natal.

61. « Un doublement de ces tarifs conduit seulement [à Bamako] à une réduction de la fréquentation de 0,8 % pour les dispensaires et de 1,8 % pour les hôpitaux ». Mariko 2003, p.56.

62. « La disponibilité d'un personnel médical en nombre suffisant, d'équipements est une condition nécessaire mais pas suffisante pour agir positivement sur l'utilisation des services de santé. Il faut que ce personnel utilise de façon approprié ces équipements selon les règles de la science médicale du moment. », Mariko 2003, p. 54.

63. « L'investissement en capital humain est nécessaire si nous voulons accroître l'utilisation des services de santé », Mariko, p. 55. A noter que cet aspect avait déjà été souligné par Haddad et Fournier 1997 nommé sous le terme de « professionnalisme » du personnel de santé.

64. Mariko (1999) a montré que (i) en supprimant les variables de qualité, l'effet négatif du prix serait amplifié de 25 %, (ii) la suppression de la variable « processus de soins » amplifie l'effet positif du « nombre d'agents de santé sur l'utilisation et rend même significative cette variable qui ne l'était pas auparavant. », Mariko 2003, p. 54.

Annexe V

65. Les habitants hors aire peuvent également adhérer sous condition d'utiliser le CSCOM de Cinzana.

Annexe VI

66. Les membres de ce collectif sont : Action contre la faim, Espagne (ACH), Groupe de recherche et d'appui aux initiatives des populations (GRAIP), Handicap international (HI), Association internationale des volontaires laïcs, Italie (LVIA), Médecins du monde France et Belgique (MDM), Médecins sans frontières Luxembourg (MSF), Santé Mali Rhône-Alpes, France (SMARA).

Annexe IX

67. Dans le cadre du PDSS, le village était doté d'un poste de santé rural avec maternité, mais les locaux ont été abandonnés, les villageois de l'aire ayant préféré construire de nouveaux locaux pour leur CSCOM.

68. Le chef de poste nous disait qu'il avait évacué une parturiente à Fana pour une césarienne, le coût total de cette évacuation s'est élevée pour la parturiente à 40,000 Fcfa.

69. Peut-être le fait que la présidente soit une employée de la mairie est-il un atout supplémentaire.

Références

Revue de la littérature en Afrique

- Abosede, O.A. (1984), Self medication: an important aspect of primary health care, *Social Science and Medicine*, 19.
- Akin J.S., Hutchinson (1999) Health care financing choice and the phenomenon of bypassing, *Health Policy and Planning*, 14, 2, 135-151.
- Atim, C., (1998), Contribution of mutual health organization to financing, delivery and access to health care: synthesis research in nine West and Central African Countries, Technical Report n°18, *Partnership for Health Reform Project*, Abt Associates Inc., Bethesda, MD.
- Audibert M., Mathonnat J., Bokossa M-J., Diabagate A., (2001), Systèmes de production rizicole et maladies parasitaires dans l'Afrique de l'Ouest : caractéristiques socio-économiques des ménages agricoles en zone de forêt ivoirienne, *Etudes et Documents*, E01.07, CERDI, 30p.
- Audibert M., Mathonnat J., Bokossa M-J., Diabagate A., (2000), Systèmes de production rizicole et maladies parasitaires dans l'Afrique de l'Ouest : aspects socio-économiques, premiers résultats dans la zone de savane ivoirienne, *Etudes et Documents*, E00.10, CERDI, 36 p.
- Audibert, M., Mathonnat, J (2000), Cost recovery in Mauritania: initial lessons, *Health Policy and Planning*, 15, 1, 66-75.
- Audibert M, Mathonnat J, Nyezimana I, Henry MC (1998), The determinants of health care demand amongst the Senufo of the Côte d'Ivoire, *Health and System Science* 2, 111-126.
- Ayé, M. Champagne, F., Contandriopoulos, A.P. (2002), Economic role of solidarity and social capital in accessing modern health care services in the Ivory Coast, *Social Science and Medicine*, 55, 1929-1946.
- Baltussen, R., Yé, Y., Haddad, S., Sauerborn, R.S., (2002), Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso », *Health Policy and Planning*, 17,1, 42-48.
- Banque mondiale (1994), Pour une meilleure santé en Afrique. Les leçons de l'expérience. Banque mondiale, Washington, D.C.
- Barlow, R., Diop, F. (1995), Increasing the utilization of the cost-effective health services through changes in demand, *Health*

- Policy and Planning*, vol. 10, n°3, 284-295.
- Benett, S., Creese, A., Monash, R., (1998), Health insurance schemes for people outside formal sector employment, *ARA Paper*, Number 16, Division of Analysis, Research and Assessment of WHO.
- Bichman, W., Diesfeld H.J., Agboton, Y., Gbaguidi, E.A.C., Simhäuser, U. (1991), District health systems: users' preferences for service in Benin, *Health Policy and Planning*, 6.
- Bitran, R. (1995), Efficiency and quality in the public and private sectors in Senegal, *Health Policy and Planning*, vol. 10, n°3, 271-283.
- Buor, D. (2004), Gender and the utilization of health services in the Ashanti Region, Ghana, *Health Policy*, article in press.
- Buor, D., (2003), Analysing the primacy of distance in the utilization of health services in the Ahafo South District, Ghana, *Int. J. Health Plann. Mgmt*, 18, 293-311.
- Chawla, M, Ellis, R.P., (2000), The impact of financing and quality changes on health care demand in Niger, *Health Policy and Planning*, 15, 1, 76-84.
- Chima R I., Goodman C.A, Mills A. (2003), The economic impact of malaria in Africa: a critical review of the evidence, *Health Policy*, 63, 17-36.
- Cissé B (2004a), L'impact de la tarification sur la demande de soins dans les PED : les raisons de résultats contradictoires, *Revue Française d'Economie*, 18, 4, 111-140.
- Cissé B (2004b), Progressivity and horizontal inequity in health care finance and delivery: what about Africa? *Health Policy*.
- Creese, A., (1997), They don't reduce costs, and they increase inequity, *British Medical Journal*, 315, 202-203.
- Criel, B., Van der Stuyft, P., Van Lerberghe, W. (1999), The Bwamanda Hospital Insurance Scheme: effective for whom? A study of its impact on hospitalization and utilization patterns, *Social Science and Medicine*, 48, 7.
- De Bethune, X., Alfani, S., Lahaye, J.P. (1989), The influence of an abrupt price increase on health service utilization: evidence from Zaïre, *Health Policy and Planning*, 4, 76.
- De Walt, K.M. (1977), The illnesses no longer understand: changing concepts of health and curing in a rural community, *Med. Anthropol. Newslett.*, 8, 5.
- Diop, F., Yazbeck, A., Bitran, R., (1995), The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger, *Health Policy and Planning*, 10, 3, 223-240.
- Dror D (2001), Reinsurance of health insurance for the informal sector, *Bulletin of the WHO*, 79, 7, 671-678.
- Etté J. (1999), Qu'attendre du savoir des malades sur leur maladie ? in J. Brunet-Jailly (ed), Santé en Capitales, La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines, Abidjan, CEDA, 277-300.
- Evans R.G, Barer M.L et T.R. Marmor (sous la direction de) (1996), Etre ou ne pas être en bonne santé, biologie et déterminants sociaux de la maladie, John Libbey Eurotext, Les Presses de l'Université de Montréal, Paris.
- Fabricant, S.J., Kamara, C.W. (1991), The financing of health of community health services in Sierra Leone: seasonality, socio-economic status, gender and location factors affecting access to services, *UNICEF Bamako Initiative Technical Report Series 8*.
- Falkingham J, Poverty, Out-of-pocket payments and access to health care: evidence from Tajikistan, *Social Science and Medicine*, 58, 2004, 247-258.
- Fournier, P., Haddad, S., (1997), Dimensions de la qualité des services de santé en Afrique au Sud du Sahara », in Brunet-Jailly, J (ed), *Innover dans les systèmes de*

- santé : Expériences d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 275-290.
- Gertler, P., Locay, L., Sanderson, W, Dor, A., van der Gaag, J. (1988), Health care financing and the demand for medical care, Washington D.C., World Bank, *LSMS Working Paper 37*, pp. 927-941.
- Gertler, P., van der Gaag, J. (1990), *The willingness to pay for medical care: evidence from two developing countries*, Baltimore, John Hopkins University Press.
- Gilson, L., (1997), Review Paper. The lessons of user fee experience in Africa », in *Health Policy and Planning*, 12, 4, 273-285.
- Glick, D.C., Ward, W.B., Gordon, A., Haba, F. (1991), Malaria treatment practice among women in Guinea *Journal of Health and Social Behaviour*, 30.
- Haddad, S. (1992), Utilisation des services de santé en pays en développement. Une étude longitudinale dans la zone de santé rurale de Nioki au Zaïre, *Thèse de doctorat*, Université Claude Bernard, Lyon, France.
- Haddad, S., Fournier, P., (1995), Quality, cost and utilization of health services in developing countries. A longitudinal study in Zaïre, *Social Science and Medicine*, 40, 6, 743-753.
- Haddad, S., Fournier, P., Machouf, N., Yatara, F., (1998), What does quality mean to lay people? Community perceptions of primary health care service in Guinea, *Social Science and Medicine*, 47, 3, 381-394.
- Haderman W, van Damne W, van Pelt M, Por I, Kimvan H, Meeseen B (2004), Access to health care for all? User fees plus a health equity fund in sotnikum, Cambodia, *Health Policy and Planning* 19, 1, 22-32.
- Huber, J. (1993), Ensuring access to health care with the introduction of user fees: a Kenyan example, *Social Science and Medicine*, 36, 485-494.
- Jaffré Y, de Sardan O (sous la direction de) (2003), Une médecine inhospitalière, Paris, APAD, Karthala, 462 p.
- Jakab, M., Preker, A., Krishnan, C., Schneider, P., Diop, F., Jütting , J., (2001), Social Inclusion and Financial Protection through Community Financing: Initial Results from five Households Survey, Working Group 3, *Background Report to Commission on Macroeconomics and Health*.
- Juillet, A., Ortiz, C., (2003), Les mutuelles de santé peuvent-elles être une réponse au problème d'accès aux soins en milieu urbain ? Le cas d'Abidjan », in Audibert, M., Mathonnat, J., de Roodenbeke, E. (eds), *Le financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Paris, Karthala, 251-268.
- Jütting, J., (2000), Do mutual health insurance schemes improve the access to health care? Preliminary results from household survey in rural Senegal, *Colloque International sur le Financement des systèmes de santé dans les pays à faible revenu d'Afrique et d'Asie*, 30 novembre-1^{er} décembre 2000, Cerdi, Clermont-Ferrand.
- Jütting, J. (2003), Financial protection and access to health care in rural areas of Senegal », in Preker, A. S., Carrin, G. (eds), *Health Financing for Poor People: Resource Mobilization and Risk Sharing*, Washington, D.C., The World Bank, Geneva, WHO, ILO, 231-250.
- Kloos, H., Etea, A., Degefa, A., Aga, H., Solomon, B., Abera, K., Abegaz, A., Belemo, G. (1987), Illness and health behaviour in Addis Ababa and rural central Ethiopia, *Social Science and Medicine*, 25, 9, 1003-1019.
- Lasker, J.N. (1981), Choosing among therapies: illness behaviour in the Ivory Coast, *Social Science and Medicine*, 15a.
- Lavy V., Germain, J.M. (1995), Tradeoffs in cost, quality and accessibility in utiliza-

- tion of health facilities: insights from Ghana, in Shaw, R.P., Ainsworth, M., (eds), *Financing Health Services through User fees and Insurance: Case studies from Sub-Saharan Africa*, World Bank Discussion Paper 294, Washington, D.C.
- Litvack, J.L., Bodart, C. (1993), User fees plus quality equals improved access to health care: result from a field survey, *Social Science and Medicine*, 37, 3,369-383.
- Makinen, M., Waters, H., Rauch, M., Almagambetova, N., Bitran, R., Gilson, L., McIntyre, D., Pannarunothai, S., Prieto, A.L., Ubilla, G., Ram, S., (2000), Inequalities in health care use and expenditures: empirical data from eight developing countries and countries in transition, *Bulletin of the WHO*, 78, , 1, 55-65.
- Marmot M., Wilkinson R.G (1999), Social determinants of health, *Oxford University Press*, 291 p.
- Mataria A., Luchini S., Moatti J.P. (2003), Demand Assessment and Price-elasticity Estimation of Quality-improved Health Care in Palestine: some Responses from the Contingent Valuation Method. Communication présentée aux XXVI^e Journées des Economistes de la Santé Française, CERDI, Clermont- Ferrand, 9 et 10 Janvier.
- Meuwissen, E.L., (2002), Problems of cost recovery implementation in district health care: a case study from Niger, *Health Policy and Planning*, 17, 3, 304-313.
- Mills, A., (1983) Economic aspects of health insurance, in Lee, K., Mills, A., (eds), *Health Economics in Developing Countries*, Oxford, Oxford University Press, chapter 4.
- Mwabu, G.M. (1986), Health care decisions at the household level: result from a rural health survey in Kenya, *Social Science and Medicine*, 22, n°3, 315-319.
- Mwabu, G., Ainsworth, M. Nyamete, A. (1991), Quality of medical care and choice of medical treatment in Kenya: an empirical analysis, *The Journal of Human Resources*, vol. 28, n°4, 838-862.
- Mwabu, G., Wang'ombe, J.K., Kimani, V.N. (1991), Health service pricing reforms and health care demand in Kenya, *Paper presented at the 4th Annual Meeting of the IHPP in Nyon, Switzerland*.
- Murphy, M., Baba, T.M. (1981), Rural dwellers and health care in Northern Nigeria, *Social Science and Medicine*, 15a.
- Nyonator, F., Kutzin, J., (2003), Health for some ? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana, in Audibert, M., Mathonnat, J., de Roodenbeke, E. (eds), *Le Financement de la Santé dans les Pays d'Afrique et d'Asie à Faible Revenu*, Paris, Karthala, 97-118.
- Nyonator, R., Kutzin, J., (1999), Health for some ? The effects of User Fees in the Volta Region of Ghana, in *Health Policy and Planning*, 14, 4, 329-341.
- Oliveira-Cruz, O., Hanson, K., Mills, A., (2003), Approaches to overcoming constraints to effective health service delivery: a review of the evidence, *J. Int.Dev.*, 15, 41-65.
- Ortiz, P, Portal, J.L., Kamelan-Tano, Y., Tano-Bian, A., (1999), L'utilisation des services de santé maternelle et infantile à Abidjan (en 1994-1996), in Brunet-Jailly, J. (ed), *Santé en Capitale, la Dynamique des Systèmes de Santé dans les Capitales Ouest-Africaines*, Abidjan, Ceda, 121-140.
- Preker, A., Carrin, G., Dror, D., Jakab, Hsiao, Arhin-Tenkorang, (2002), Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness, *Bulletin of the World Health Organization*, 80, 2, 143-150.
- Pritze, S., Affoya, P., Barandoa, B.T., (1999), L'accès aux soins dans le quartier de Bê (Lomé, Togo) », in Brunet-Jailly, J. (ed), *Santé en Capitale, la Dynamique de Systèmes de Santé dans les Capitales Ouest-Africaines*, Abidjan, Ceda,171-182.
- Ridde, V., (2003), Fees-for-services, cost recovery, and equity in a district of Burkina

- Faso operating the Bamako Initiative, *Bulletin of the WHO*, vol. 81, 7, 532-538.
- Sanogo S (2001), Etude sur la viabilité des CSCOM au nord du Mali, *Ministère de la Santé*, Rapport, 70 p.
- Sarah Project (2004), Where do people go for services? Care seeking for young children with recent illness, *Academy for Educational Development*, Washington, D.C., February, Draft.
- Sauerborn, R., Nougara, A., Diesfeld, H.J. (1989), Low utilization of community health workers: result from a household interview survey in Burkina Faso, *Social Science and Medicine*, 29, 10, 1163-1174.
- Sauerborn, R., Nougara, A., Latimer, E. (1994), The elasticity of demand for health care in Burkina Faso: differences across age and income groups, *Health Policy and Planning*, vol.9, 2, 185-192.
- Sauerborn, R., Nougara, A., Hien, M., Diesfeld, H.J., (1996), Seasonal variations of house hold costs of illness in Burkina Faso, *Social Science and Medicine*, 43, 3, 281-290.
- Soucat, A., Gandaho, T., Levy-Bruhl, D., de Bethune, X., Alihonou, E., Ortiz, C., Gbedonou, P., Adovohekpe, P., Camara, O., Ndiaye, J.M., Dieng, B., Knippenberg, R., (1997), Health seeking behaviour and household health expenditures in Benin and Guinea: the equity implications of the Bamako Initiative, *Int. J. Health Plann. Mgmt*, 12, suppl. 1, S317-S163.
- Stanton, B., Clemens, J., (1989), User fees for health care in developing countries: a case study of Bangladesh, *Social Science and Medicine*, 29, 10, 1199-1205.
- Stierle, F., Kaddar, M., Tchicaya, A., Schmidt-Ehry, B., (1999), Indigence and access to health care in sub-saharan Africa, *Int. J. Health Plann. Mgmt*, 14, 81-105.
- The World Bank: (2002), African Development Indicators 2002, drawn from World Bank Africa database. (2004), World development indicators.
- Unger, J.P., Diao, M. (1990), From Bamako to Kolda: a case study of medicines and the financing of district health services, *Health Policy and Planning*, 5.
- UNICEF (1991), Les unités sanitaires de base—Présentation des premiers résultats du programme national de soins de santé primaire en République Islamique de Mauritanie, in *L'initiative de Bamako Rapport technique n°11*, New-York.
- Vangeenderhuysen C., Laouel Kader A., Nayama M., de Groof D (1999), La mortalité maternelle à Niamey: pour une analyse globale, in J. Brunet-Jailly (ed), *Santé en Capitales, La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines*, Abidjan, CEDA, 29-46.
- Vogel, R.J.(1988), Cost recovery in the health sector. Selected country studies in West Africa, *World Bank Technical Paper*, n°82.
- Waddington, C.J., Enyimayew, K.A, A price to pay, Part 1 (1989): the impact of user charges in Ashanti-Akin district, Ghana, *International Journal of Health Planning and Management*, 4, 17.
- Part 2 (1990): the impact of user charges in the Volta Region of Ghana, *International Journal of Health Planning and Management*, 5, 287.
- Waelkens M-P. Criel B (2004), Les mutuelles de santé en Afrique sub-saharienne, *HNP Discussion Paper*, the World Bank, 99 p.
- Weil O, Foirry J-P, Garenne M, Zanou B (2003), Les problèmes d'accessibilité des services de santé en Côte d'Ivoire : résultats d'une enquête sur les facteurs d'utilisation, in M. Audibert, J. Mathonnat, E. de Roodenbeke (eds), *Le Financement de la Santé dans les Pays d'Afrique et d'Asie à Faible Revenu*, 72-96.
- Wouters A., Olusoji A., Morrow R. (1993), Quality of health Care and its role in cost recovery. *U.S.A.I.D*, Washington D.C.

- Yoder, R.A., (1989), Are people willing and able to pay for health services, *Social Science and Medicine*, 29, n°1, 1989, pp. 35-42.
- Zwart, S., Voorhoeve, W.A. (1990), Community health care and hospital attendance : a case study in rural Ghana, *Social Science and Medicine*, 31, n°7, 711
- Articles, documents et études spécifiques sur le Mali**
- Association malienne pour la protection et la promotion familiale, Rapport annuel 2003.
- Bagayako M. (2004), Bulletin d'informations sanitaire 2003, Ministère de la santé, Région de Koulikoro, district de Fana, 39p.
- Balique, H (sous la direction de) (1998), La médicalisation des zones rurales d'Afrique Sub-saharienne et de Madagascar, l'expérience des médecins de campagne du Mali, Association des médecins de campagne du Mali, *Association Santé Sud*, Document provisoire, 1998, 121p.
- Ballo M., Traoré S., Niambélé I., Ba S., Ayad M., Ndiaye S. (2002), Enquête Démographie et de Santé (EDSM-III), *Ministère de la Santé, Cellule de Planification et de Statistique, Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique*, Bamako, 450 p.
- Blaise P, Kegels G, van Lerberghe W, Diakité B, Touré G (1997), Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali, Etude réalisée pour le Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale (PSPHR), *Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées*, 2 volumes plus annexes.
- Borel T. (2001), Evaluation de la qualité de l'offre de soins de centres de santé communautaires en zone rurale au Mali, Mémoire de DEA, Université Pierre et Marie Curie Paris VI, Institut Santé et Développement, Paris,
- Brunet-Jailly J. (2004), Situation de la recherche au Mali, *Actualités de la Recherche au Mali*, IRD, n° 19, mars.
- Brunet-Jailly (ed), (1999), Santé en Capitales, La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines, Abidjan, CEDA, 384p.
- Castle S (2003), Factors influencing young Malians' reluctance to use hormonal contraceptives, *Studies in Family Planning*, 34, 3, 186-199.
- CIDR (2001), Comment impliquer durablement les populations rurales dans la gestion des services de santé de base, DDC/Suisse, Direction du développement et de la coopération, Aubenas, 79 p.
- Collectif Santé Nord (2004), *Propositions d'axes de réflexion pour les interventions de la société civile dans le secteur de la santé*, Bamako, avril 2004.
- Diakité B.D., Diarra T., Traoré S., (1993), Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni, in: J. Brunet-Jailly (ed), *Se Soigner au Mali*, Paris, Karthala/ ORSTOM, 153-175.
- Diarra K., Diakite B. D., Keita M. (1997), Viabilité financière des centres de santé communautaires (CSCOM) de la région de Koulikoro, *Ministère de la Santé, de la solidarité et des personnes âgées*, INRSP, 66p + annexes.
- Direction Nationale de la Santé, Ministère de la Santé, Mali (2003) Annuaire SLIS 2002, Bulletin semestriel 2003, Données de base sur excell, 2003
- Division Santé de la Reproduction, DSR (2003), Evaluation de l'offre des besoins obstétricaux d'urgence au Mali, DNS, Ministère de la Santé, UNICEF, UNFPA, OMS, 110p.
- Fournier P, Drave M, Haddad S, Piché V (2002), Appui au Ministère de la Santé du Mali pour la réalisation d'une étude du système de santé des régions de Ségou et Kayes, *Unité de Santé Internationale*

- (USI-UdeM), CARE Canada, Société Canadienne de Santé Internationale.
- Juillet A (1999), L'accessibilité des soins à Bamako (Mali), in J. Brunet-Jailly (ed), Santé en Capitales, La dynamique des systèmes de santé des capitales ouest-africaines, Abidjan, CEDA, 153-170.
- Kelley A.G., Kelley E., Simpara C.S, Sidibé O, Makinen M (2001), Reducing barriers to the use of basic health services: findings on demand, supply and quality of care in Sikasso and Bla, *The equity initiative in Mali (IPE)*, PHR, Abt, USAID, Unicef, 93 p.
- Letourmy, A., Pavy-Letourmy, A., (2003), La micro-assurance de santé dans les pays à faible revenu : vue d'ensemble, analyse d'expérience et apport au développement social, *Rapport d'étude à l'Agence française de Développement*.
- Letourmy, A., (2003), Les mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest , BIT, *Symposium de Turin*.
- Letourmy, A., (2000a), Les mutuelles de santé en Afrique : conditions d'un développement, in *Afrique Contemporaine*, numéro spécial, 3ème trimestre, 195, 230-240.
- Letourmy, A., (2000b), La démarche d'appui aux mutuelles de santé : retour d'expériences, Paris, *Association pour le développement et la coordination des relations internationales— ADECRI / Ministère des Affaires Etrangères*, 50p.
- Maïga F.I., Haddad S., Gauvin L., Fournier P. (2003), Public and private sector responses to essential drug policies: a multi-level analysis of drug prescription and selling practices in Mali, *Social Science and Medicine* 57, 5, 937-948.
- Mariko M (1993), Deux expériences de recouvrement des coûts au Mali, in Brunet-Jailly J (ed), *Se soigner au Mali, Une contribution des Sciences Sociales*, Paris, Karthala/ORSTOM, 247-275.
- Mariko M (2003), Accès aux soins et qualité : résultats d'une étude empirique menée à Bamako (Mali), in M. Audibert, J. Mathonnat, E. de Roodenbeke (eds), *Le Financement de la Santé dans les Pays d'Afrique et d'Asie à Faible Revenu*, 41-58.
- Mariko, M., (2003), Quality of care and the demand for health services in Bamako, Mali: the specific role of structural, process, and outcome components, *Social Science and Medicine*, 56, 1183-1196.
- Marouani M.A., Raffinot M. (2003), Pro-poor growth: a Malian case-study, *GTZ*, 75p.
- Ministère de la Santé, Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) 1998-2007, 139 p.
- Ministère de la Santé, Synthèse du rapport d'activités 2003 et du programme opérationnel 2004 du PRODESS, Comité de suivi, *Ministère du développement social et de la solidarité et des personnes âgées, CPS*, 47 p.
- Novartis (2003), Projet Intégré de Santé et d'Activités Mutualistes (PISAM), Document de projet, *Ministère de la santé, Ministère du développement social et des personnes âgées*, 22 p.
- Nzapayake A.W (1997), Les Centres de santé communautaires au Mali, Résultats de l'enquête auprès des bénéficiaires, Ministère de la santé, *Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale*, Bamako, 100p.
- PNUD (2002), Rapport 2000 sur le développement humain et durable au Mali, www.ml.undp.org.
- Ramanana Rahary D. (2004), Etude de viabilité financière des CSCOM dans la région de Sikasso (Mali), Rapport de stage de DESS d'économie de la santé, CERDI, *Pharmaciens sans frontières, Comité International*, 43p.
- Roger M., (1993), Sumaya dans la région de Sikasso : une entité en évolution, in Brunet-Jailly J (ed), *Se soigner au Mali, Une contribution des Sciences Sociales*, Paris, Karthala/ORSTOM, 82-125.

- Sanogo S. (2001), Etude sur la viabilité des CSCOM au nord du Mali, *Ministère de la Santé*.
- The World Bank (1998), The World Bank and the Health Sector in Mali, report 18112, 56p.
- The World Bank (2003), Santé et pauvreté, Analyse des indicateurs de santé et population dans le cadre de la stratégie nationale de lutte contre la pauvreté au Mali, rapport final, 219p.
- Thomé J.M (2002), Etude de faisabilité, Mission d'économie de santé, Projet d'appui à la zone sanitaire de Sélingué, *Rapport de mission MSF (Luxembourg)*, Cdrom.
- Touré L. (2002), Recherche socio-anthropologique sur la politique communautaire et son acceptabilité par la population dans la zone sanitaire de Sélingué, Rapport final, *Médecins dans frontières* Luxembourg, MSF/L.
- Traoré B, Camara I, Thomé J-M (2002), Projet de partenariat pour la mise en place d'un nouveau système de gestion et de financement équilibré dans la zone sanitaire de Sélingué, *Evaluation à mi-parcours, Volet économique et financier*, 70p.
- van Dormael M, Dugas S. (2000), Projet de recherche "Médecine de première ligne dans les pays en développement, Etude de cas Mali, *Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold d'Anvers, Département de Santé Tropicale*, OMS, 53p.

