

SYSTEME DE SANTE PUBLIQUE AU MALI, D'HIER A AUJOURD'HUI

I- INTRODUCTION

Il s'agit d'analyser et de porter un jugement sur la santé publique au Mali et clarifier la place qu'y occupent les hôpitaux. Cet exercice représente un extraordinaire défi à relever. La difficulté principale réside d'abord dans la pluralité de sens que recouvre la notion de santé publique. Pour la clarté du débat dans une large acception du terme il s'agit de « comprendre, de décrire et d'analyser les différentes logiques socio-sanitaires dans la société, d'appréhender, de restituer et de traduire dans toute sa diversité l'activité de soins et les contraintes au quotidien qui sont celles des individus, des familles, des collectivités et des professionnels de santé ». Santé publique et sciences sociales.

Ce concept recouvre deux notions :

- a) la médecine individuelle qui s'intéresse d'abord et surtout à l'individu.
- b) la santé publique qui s'intéresse à la prise en charge du groupe (la famille, le village, le pays).
Le problème posé par l'individu est posé également par le groupe. Il s'agit simplement d'établir des priorités.

Les outils d'analyse et de compréhension ont trait à :

- l'épidémiologie
- les systèmes de soins (CSCOM, Hôpitaux publics ou privés, tout ce qui produit des soins préventifs ou curatifs).
- l'hygiène
- l'urbanisation
- les mutuelles et la sécurité sociale
- l'éducation
- l'aménagement du territoire
- les routes
- les moyens modernes de communication.

On comprend donc aisément que la politique de santé n'est pas seulement l'apanage du Ministère de la santé.

Dans notre propos nous analyserons le chemin parcouru de l'indépendance du Mali à nos jours. Bien entendu nous ferons un rapide survol de ce qui a été fait pendant la période coloniale.

II- LE CHEMIN PARCOURU

A AVANT 1960 :

De l'arrivée des premiers médecins français à la fin du 19^e siècle jusqu'à l'indépendance, le Soudan français a bénéficié d'une suite de décisions politiques et stratégiques qui ont conduit à la situation de 1960. Ces décisions avaient pour objectifs d'améliorer l'état de santé des populations en fonction des connaissances et des ressources du moment.

Dès leur arrivée les troupes coloniales étaient accompagnées de médecins et d'infirmiers dont la mission était d'apporter des soins aux combattants. Ils ont affronté des problèmes de santé grave qui ont noms paludisme, fièvre jaune, dysentérie, maladies parasitaires, à un moment où les moyens de traitement étaient encore dérisoires ; bien entendu les malades indigènes aussi ont bénéficié de leur soins. La première formation sanitaire fixe fut « Ambulance » de Kayes (l'actuel Hôpital Régional) qui fut ouvert en 1890. En 1906 fut posée la première pierre de l'Hôpital du Point G. Les premiers bénéficiaires des soins furent les ressortissants français et les indigènes qui travaillaient auprès d'eux. Mais rapidement et progressivement les populations qui vivaient dans leur entourage furent intéressées. Au début des années 1890 fut créée l'Assistance Médicale Indigène (AMI) qui fut un pilier essentiel de la stratégie sanitaire de l'époque. La gratuité des soins était assurée à tous.

Malgré la faiblesse des moyens on assista à une extension du réseau de formations sanitaires fixes. Chaque Cercle créa son centre de santé.

TABLEAU 1 : Evolution du nombre des infrastructures

	1936	1946	1956
Hôpitaux	2	2	5
Centres médicaux	27	35	33
Dispensaires	29	42	167
Maternités	18	23	35
Nombre de lits	1213	1949	2293

Il fallut rapidement former des personnels indigènes. En 1918 fut créée à Dakar l'Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie qui forma des médecins auxiliaires, des pharmaciens auxiliaires et des sage-femmes. Cette école reçut sa dernière promotion en 1950, année de la création de l'Ecole Préparatoire de Médecine et de Pharmacie. De 1918 à 1950 cette Ecole Africaine de Médecine et de Pharmacie a formé 514 médecins, 50 pharmaciens et 481 sages-femmes. Comme structures pharmaceutiques, il existait la pharmacie d'approvisionnement et deux pharmacies privées (Pharmacie BRUHANT et Pharmacie Soudanaise).

La progression des moyens disponibles par habitant fut constante.

TABLEAU 2 : Evolution des indicateurs de moyens

Nombre moyen	1936	1956
Habitants par médecin	58 900	41 000
Habitants par dispensaire	123 860	25 102
Lits pour 10 000 habitants	8,2	13,3

La fréquentation de ces formations sanitaires connut un accroissement rapide.

TABLEAU 3 : Evolution du nombre de consultants reçus dans les formations sanitaires

	1932	1936	1940	1944	1948	1952	1956
Consultants	12 000	35 000	50 000	75 000	80 000	150 000	190 000

La vaccination a été progressivement introduite dans les activités de l'Assistance Médicale Indigène (AMI).

TABLEAU 4 : Evolution de la vaccination par l'AMI (Hors SGHMP)

Vaccins	1936	1946	1956
Variole	416 699	173 532	263 775
Fièvre jaune	342	3 880	13 410
Variole –Fièvre jaune	0	485 034	351 077
Tuberculose	251	308	18 468

La nécessité de la lutte contre la mortalité des enfants fut affirmée dès 1926 mais c'est en 1943 qu'elle a été retenue comme une priorité et dotée de ressources propres.

TABLEAU 5 : Evolution des moyens de la PMI

	1936	1946	1956
Maternités	18	23	33
Sages-femmes	26	50	51
Infirmières visiteuses	17	73	63

Pour conduire ces activités le budget de santé connut une progression régulière.

TABLEAU 6 : Evolution du budget des services de santé au sein du budget de la colonie

Années	Budget Santé	Budget Colonie	Taux
1925	1 604 182	33 950 350	4,7 %
1936	8 518 222	118 178 900	7,2 %
1946	16 210 086	138 312 730	12,2 %
1956	45 490 726	335 337 400	13,6 %

A la fin de la deuxième guerre mondiale il y eut une extension des établissements de soins qui a fait suite à la création en 1946 du Fonds d'Investissements pour le Développement Economique et Social des territoires d'outre mer (FIDES).

Dans le premier Plan (1949 – 1952) la part des investissements consacrés à la santé au sein du FIDES fut de 3,2 % et atteint 6 % au cours du second Plan (1953 – 1957).

Dans les années 1920 les premières campagnes de lutte contre les grandes endémies furent lancées sous l'impulsion du Docteur JAMOT ; elles étaient au départ destinées à lutter contre la Trypanosomiase par des équipes mobiles autonomes qui se rendaient dans les villages. Progressivement le champ d'activité de ces équipes mobiles fut étendu à la lèpre, au trachome, à l'onchocercose. Ce sont ces même équipes qui furent utilisées pour conduire les premières campagnes de vaccination. Leur coordination générale pour l'ensemble de l'Afrique Occidentale Française fut confiée à la Direction Générale d'Hygiène Mobile et de Profilaxie (SGHMP) installée à Bobodioulasso en Haute-Volta.

TABLEAU 7 : Evolution activités SGHMP

	1951	1952	1953	1954	1955	1956
Consultants	18 935	17 638	26 927	16 221	41 756	93 756

Vaccinations	395 197	311 586	242 000	101 082	144 311	238 296
--------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

Par ailleurs l'organisation s'appuyait sur des institutions spécialisées. Le Centre Muraz à Bobodioulasso, l'Institut Central de la lèpre (Institut Marchoux) créé à Bamako en 1931, l'Institut d'Ophtalmologie Tropicale (IOTA) créé à Bamako en 1953. En 1960 à l'accession des pays de l'ex AOF à l'indépendance, le Médecin Général RICHET sut convaincre les nouveaux Chefs d'Etats de la nécessité du maintien d'une lutte conjointe contre les grandes endémies qui ne connaissaient pas de frontières. Alors fut créé l'Organisme de Coordination pour le Contrôle des Grandes Endémies (OCCGE) dont le siège fut maintenu à Bobodioulasso regroupant huit pays francophones. Cette vision de l'action sanitaire pendant la période coloniale jeta les bases de la démarche de santé publique poursuivie jusqu'à nos jours. L'ensemble du système reposait sur une organisation administrative rigoureuse qui mettait l'accent sur le respect du règlement et de la hiérarchie toute militaire.

B 1960 – 1968 :

Le tableau 8 ci-dessous donne une idée de l'évolution de certains indicateurs de santé en 1960.

TABLEAU 8

	1960
Taux brut de mortalité (pour mille)	29
Taux de mortalité infantile (pour mille)	233
Taux de mortalité juvénile (pour mille)	400
Espérance de vie à la naissance (années)	35
Taux brut de mortalité (pour mille)	52

En 1960 le système de santé du Mali comptait :

- 75 Médecins
- 8 Pharmaciens
- 1 Dentiste
- 61 Sages-femmes
- 97 Agents de santé
- 651 Infirmiers et Infirmières.

Notre pays disposait aussi de :

- 5 Hôpitaux (Kayes, Mopti, Markala, Hôpital du Point G, Hôpital Gabriel Touré)
- 16 Centres Médicaux avec Médecins
- 36 Maternités
- 15 Centres de PMI
- 162 Dispensaires d'état
- 1 Dispensaire Anti –Tuberculeux (DAT)
- 16 Laboratoires dont 10 à Bamako
- 1 Pharmacie Centrale d'Approvisionnement.

Le Gouvernement affirme le droit à la santé de tous les maliens, la gratuité des soins et prend des mesures tendant à étendre la couverture sanitaire à l'ensemble du pays. L'option socialiste

du pays fait de l'offre de soins un monopole de l'administration. En 1965 on pouvait déjà constater les résultats des premiers efforts quant à l'évolution des ressources humaines.

TABLEAU 9 : Situation du personnel de santé

	Bamako		Périphérie		Total Mali
	Nombre	%	Nombre	%	
Médecins	58	62 %	35	38 %	93
Pharmaciens	9	100 %	0	0 %	9
Chirurgiens-Dentistes	6	100 %	0	0 %	6
Sages-femmes	44	59 %	30	41 %	74
Infirmiers d'Etat	74	52 %	69	48 %	143
Infirmiers de santé	314	35 %	580	65 %	854
Autres	940	49 %	996	51 %	1 936
Total	1445	46 %	1710	54 %	3 155

Le pays disposait par ailleurs de 26 spécialistes :

- 13 Chirurgiens
- 4 Ophtalmologistes
- 2 Pneumo-Phthysiologues
- 1 Dermatologue
- 1 Obstétricien
- 2 Biologistes
- 1 Radiologue
- 1 Médecin de travail
- 1 Médecin de santé publique.

La formation des Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-dentistes était assurée à l'étranger. A l'Ecole Secondaire de la Santé créée en 1963 étaient formées des Sages-femmes, des Infirmiers/Infirmières d'Etat, des Techniciens Sanitaires, des Techniciens de laboratoires, des Assistantes Sociales et des Secrétaires Médicales.

En ce qui concerne des établissements de soins le Mali disposait de :

- 8 Hôpitaux (les 5 premiers plus Ségou, Gao et Nioro)
- 35 Centres Médicaux
- 52 Maternités
- 266 Dispensaires d'Etat.

Le nombre total des lits d'hospitalisation était de 3210 (1704 dans les hôpitaux, 885 dans les maternités et 621 dans les centres médicaux) soit 1 lit pour 1430 habitants.

Pour la prise en charge des grandes endémies le Mali était divisé en 11 secteurs auxquels étaient affectés 4 Médecins, 170 Infirmiers, 177 Auxiliaires lèpre et 93 autres Agents.

Par ailleurs les 11 Médecins Chefs des 11 centres médicaux correspondant aux secteurs étaient chargés, dans un esprit d'intégration, des équipes mobiles. Le Ministre de la Santé disposait de 240 véhicules dont 53 pour les centres médicaux et 53 pour les grandes endémies.

Le premier Plan Décénal de Développement Sanitaire (1966 – 1976) fut adopté à la suite du premier séminaire des travailleurs de la santé tenu en 1965. Le secteur privé n'y avait aucune place. La stratégie préconisée mettait l'accent sur :

- a) l'extension du système national de soins qui devait descendre jusqu'au niveau des villages, constituant une pyramide sanitaire à cinq niveaux comprenant :
- 1 Direction Nationale de la Santé,
 - 6 Directions Régionales de la Santé disposant chacune d'un hôpital régional et d'une équipe de spécialistes dans les diverses disciplines de la santé publique (maladies transmissibles, PMI et médecine scolaire, éducation sanitaire, actions sociales),
 - 42 Centres de santé de cercles dirigés par un Médecin et regroupant : consultations externes, hospitalisation, maternité, centres médico – social, hygiène, profilaxie et éducation sanitaire,
 - 231 Centres de santé d'Arrondissements dirigés par un Infirmier et comportant un Dispensaire et une Maternité PMI avec activités sociales.

Bien avant ALMA ATA était préconisée la mise en place dans les villages d'un poste de santé animé par un secouriste et une matrone désignés par les populations et formés au Centre de santé de Cercle. On voit qu'à chaque niveau était consacrée l'intégration des activités promotionnelles préventives et curatives.

- b) la réhabilitation et l'extension des infrastructures existantes,
- c) l'approvisionnement en médicaments et vaccins,
- d) le renforcement des équipes mobiles dont le champ d'activité devait être élargie,
- e) la formation des personnels de santé,
- f) le développement de l'éducation pour la santé,
- g) la poursuite des grands programmes de santé publique (PMI, Hygiène, Trypanosomiase, Variole, Paludisme, Tuberculose, Onchocercose, Bilargiose, Trépanématose),
- h) le développement de la recherche sur les plantes médicinales.

Même si tous les objectifs de ce plan ne furent pas atteints, il a permis néanmoins d'asseoir de façon définitive l'ossature du système de soins du pays. Au plan des infrastructures l'ensemble de la pyramide sanitaire préconisée fut réalisé ; la création de la Pharmacie Populaire avec ses multiples succursales permit d'améliorer la disponibilité des médicaments au niveau du grand public complétant fort heureusement les efforts de la Pharmacie d'Approvisionnement ; la formation professionnelle par la conception de l'Ecole Nationale des Assistants Médicaux qui n'ouvrit cependant ses portes qu'en 1969 et qui devint par la suite l'Ecole Nationale de la Médecine et de Pharmacie puis la Faculté de Médecine et de Pharmacie au sein de l'Université du Mali a été une réussite.

C 1968 – 1991 :

Certes l'organisation préconisée au niveau des villages restait au stade de projet, on assista cependant à la création de centres de santé de secteurs de base qui regroupaient plusieurs villages autour d'un dispensaire et d'une maternité construits par la population, comportant la présence d'un Aide-soignant et d'une Matrone formés par les autorités médicales de la région et payés par le mouvement coopératif ou les associations des parents d'élèves. Dans la même foulée furent créés des dépôts pharmaceutiques coopératifs.

L'Institut National de Recherche sur la Pharmacopée et la Médecine Traditionnelle fut créé en 1973. La sortie des 8 premiers Médecins de l'Ecole Nationale de Médecine en novembre

1974 marque le début d'une nouvelle période qui permettra au Mali d'accéder plus rapidement que d'autres pays d'Afrique au Sud du Sahara à la médicalisation des zones rurales. En 1976 furent lancées les premières expériences d'équipes de santé des villages dans les cercles de Kolokani, de Diré.

Le premier séminaire sur les soins de santé primaire tenu à Bamako en 1977 permit de définir une organisation pyramidale à 6 niveaux ; le secteur de base était alors présenté comme un relai entre l'arrondissement et le village. Le Mali participa à la conférence d'ALMA ATA en novembre 1978. Le Parti Unique, l'UDPM qui devait être mise en place cette année là, affirma l'adhésion du Mali à la Déclaration d'ALMA ATA et fit de la mise en œuvre des soins de santé primaires l'option fondamentale de sa politique de santé.

Le deuxième séminaire des travailleurs de la santé tenu dans la foulée consacre ce droit et officialise l'organisation générale du système de soins du Mali faite de 6 niveaux allant de l'équipe de santé du village au niveau national.

Le principe de la gratuité des soins fut réaffirmé dans le programme du Parti Unique qui n'excluait pas cependant l'émergence d'une « Médecine plus personnalisée », ce qui était un clin d'œil à l'exercice de la Médecine privée. C'est en ce moment qu'on multiplie les équipes de santé du village formées à un rythme rapide dans le but d'assurer la promotion de soins de santé primaires. Les centres de santé des secteurs de base se multiplient de même que sont assurées les formations régionales en 6 mois des Aides-soignants et des Matrones.

La multiplication des ONG au début des années 80 donne un élan nouveau aux équipes de santé de village et aux centres de santé de cercles qui devaient jouer leur rôle de supervision. Des pharmacies villageoises furent mises en place un peu partout.

Des projets d'appui au développement des soins de santé primaires ont également vu le jour. Il s'agit de :

- Projet Mali Sud dans la région de Sikasso par la CMDT,
- Projet Mali Suisse qui vint compléter Mali Sud,
- Projet Santé Rurale dans les cercles de Yélimané et de Koro financé par l'USAID pour plus d'1 milliard de francs CFA et qui bénéficia de l'appui des experts de l'Université Harvard.

A la même période on assista aux premières expériences de recouvrement des coûts dans le but de prendre le relais des cotisations des parents d'élèves . Ces expériences ont fini par être officialisées en 1987 dans le cadre de l'Initiative de Bamako.

Pendant la même période ont vu le jour les premières expériences de création de centres de santé par les associations de travailleurs de la région de Kayes migrant en France.

Le début des années 80 est marqué par le retour des programmes verticaux. Ainsi virent le jour le Programme de Lutte contre les maladies diarrhéiques de l'enfant, le Programme Elargi de Vaccination (PEV). A travers le PEV on devait atteindre en 1990 un taux de couverture vaccinale contre 6 maladies cibles de 80 % des enfants de 12 à 23 mois. En 1981 fut adopté le second Plan Décénal de Développement Socio-Sanitaire (1981- 1990). Ses objectifs étaient très ambitieux ; à l'horizon 1990 certains objectifs spécifiques à atteindre étaient :

- immunisation de tous les enfants de 0 à 6 ans contre les 6 maladies cibles,

- approvisionnement en eau saine et en quantité suffisante pour l'ensemble de la population,
- élimination de toutes les formes de malnutrition,
- contrôle de toutes les endémies majeures,
- extension de la couverture sanitaire à la majorité de la population en portant l'effort en direction des plus démunis.

Par ailleurs l'organisation des centres de santé de cercle fut enrichie par la description de centres de santé de « deuxième degré » avec un service de chirurgie comprenant un bloc opératoire et une petite unité d'hospitalisation. Le principe de recouvrement des coûts fut admis comme une nécessité s'inscrivant dans le cadre de la participation des populations. Une attention particulière fut accordée au renforcement du processus gestionnaire à travers les programmes régionaux, les conseils de gestion, le renforcement du système d'information sanitaire, à travers la formation à la planification et à la gestion du personnel.

En 1982, sur financement de la Banque Mondiale fut lancé le Projet de Développement Sanitaire (PDS), structure en quatre volets :

- renforcement de la planification sanitaire devant assurer un appui important à la Direction Nationale de la Planification Sanitaire et Sociale,
- soutien à la politique pharmaceutique en améliorant les performances de la PPM, en assurant un approvisionnement constant en médicaments acquis par appels d'offre internationaux,
- soutien à la formation des professionnels de santé et en apportant un appui pédagogique à l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie,
- soutien au développement sanitaire des 3 cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba (KBK).

Le PDS fut complété par d'autres projets :

- le Projet d'Appui au Développement Sanitaire de la 2^{ème} région financé par la France,
- le Projet d'Appui au Développement Sanitaire du cercle de Bandiagara (GTZ Allemande),
- le Projet d'Appui au cercle de Diré (Italie),
- le Projet de lutte contre la malnutrition dans la région de Ségou (UNICEF),
- le Projet d'Appui aux soins de santé primaires dans le cercle de Niono (Pays Bas).

En 1984 la survenue de la deuxième grande sécheresse a amené l'accentuation de la place des ONG et le renforcement de la présence de l'UNICEF dans les régions du Nord. MSF Belgique appuya la création des magasins santé-sécheresse et le renforcement des centres de santé.

Au total en 1985 le Mali disposait d'un important réseau d'unités de santé composé de près d'un millier de centres de santé d'arrondissements et de secteurs de base et de tout autant d'équipes de santé villageoises.

Les centres de santé trouvaient des ressources dans la vente de tickets et dans la ristourne de 15 % qui était accordée aux dépôts coopératifs par la Pharmacie Populaire.

En septembre 1987 une conférence internationale réunissant tous les ministres de la santé de la région Africaine de l'OMS fut organisée à Bamako avec la participation de l'UNICEF. Cette conférence a conduit à la formulation et à l'adoption par la communauté internationale de ce qu'on a appelé « l'Initiative de Bamako ».

Cette approche mit un accent sur la place que devait occuper les médicaments essentiels présentés sous leur Dénomination Commune Internationale (DCI) et permit de lever les dernières réticences quant au recouvrement des coûts.

En 1985 – 1986 furent adoptés les textes sur la privatisation des professions de santé. Ainsi fut autorisée l'exercice privé des professions des Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-dentistes, Sages-femmes, Infirmiers et Infirmières. De même fut élaboré le Code de déontologie médicale et furent créés les ordres de Médecins, Pharmaciens, Chirurgiens-dentistes et de Sages-femmes. Des cabinets médicaux privés, des cliniques privées et des pharmacies privées virent le jour.

En février 1989 fut créé dans le quartier de Banconi à Bamako le premier centre de santé communautaire. En mars 1989 le centre de santé de la MUTEK ; créé par les fonctionnaires de l'éducation et de la culture, il introduisit la notion de pré-paiement dans le financement de l'accès aux soins.

Le 15 décembre 1990 a été formulée une déclaration de politique sectorielle de santé qui a fixé comme objectif général « de réaliser la santé pour tous à un horizon aussi rapproché que possible ».

La mise en œuvre de cette politique sectorielle a été organisée à travers le Projet Santé Population et Hydraulique Rurale (PSPHR) initié avec le concours de la Banque Mondiale en 1991 à la suite du Projet de Développement Sanitaire (PDS 1985 - 1990). Six (6) autres bailleurs se sont joints à la Banque Mondiale pour porter le montant total du financement à 61,4 millions de dollars US (UNICEF, USAID, FED, FAC, KFW, Coopération Belge). Le contenu du projet a été structuré en 4 volets :

- un volet appui au développement sanitaire du District.
- un volet population.
- un volet réforme pharmaceutique.
- un volet hydraulique villageoise.

D 1991 – 2003 :

Malgré les efforts accomplis depuis 30 ans, le taux de fréquentation des formations sanitaires de même que le taux de couverture sont encore faibles. Quelques données des années 90 mettent en évidence ces faiblesses :

- 32 % de grossesses ayant bénéficié d'une consultation prénatale (79 % à Bamako).
- 30,4 % d'accouchements ayant eu lieu dans une maternité (78,8 % à Bamako).
- 0,8 % des accouchements se sont achevés par une césarienne (2,4 % à Bamako).
- 31,7 % des femmes enceintes sont correctement vaccinées contre le tétanos (61 % à Bamako).
- 31,5 % d'enfants de 12 à 23 mois sont complètement vaccinés contre les 6 maladies cibles du PEV (54,2 % à Bamako).
- 15,7 % des diarrhées déclarées ont été traitées par réhydratation par voie orale (44,1 % à Bamako).
- 49,8 % des hommes déclarent avoir déjà utilisé un préservatif (73,5 % à Bamako).

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé l'Accord de Crédit IDA N°2217/MLI du 3 mai 1991 d'un montant de 19 200 000 DTS n'est entré en vigueur que le 26

mars 1992 sans que les conditions de mobilisation soient satisfaites. Certains partenaires n'ont pas emboîté le pas et n'ont procédé à aucune mobilisation de ressources financières.

Sur ces entre-faites naît le Plan de Développement Sanitaire et Social (PDSS) qui dessine un cadre général d'intervention de tous les partenaires, maliens et étrangers. Il définit les grandes priorités nationales et les options stratégiques du Mali. Tous les acteurs du système de soins (Administration, Collectivités locales, Etablissements publics et privés, ONG, Bailleurs de Fonds) doivent agir ensemble et potentialiser ainsi leurs efforts.

La mise en œuvre de ce plan a débuté en janvier 1999 par le lancement d'un Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) d'un coût total de 81 milliards de francs CFA pour 5 ans. Les ressources du PRODESS proviennent de :

- budget de l'Etat,
- partenaires extérieurs du secteur santé et actions sociales,
- financements locaux des communes et des usagers des services

Il faut souligner que le financement du PRODESS est fortement soutenu par la Banque Mondiale qui pour ce faire a accordé au Mali un crédit de 40 millions de US dollars. Le contenu du PRODESS est regroupé en 8 sous-programmes :

- lutte intégrée contre la maladie (vaccination, paludisme, sida, tuberculose, etc) et le développement de la santé de reproduction (réduction de la mortalité maternelle et infantile, planification des naissances, etc),
- l'extension de la couverture sanitaire et l'amélioration de la qualité de soins.
- l'amélioration de la qualité des services hospitaliers.
- le renforcement du secteur pharmaceutique.
- la lutte contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale.
- le développement des formes et des modalités de financements alternatifs de la santé (mutuelles, prise en charge des personnes démunies, etc).
- la mobilisation sociale.
- le développement des ressources humaines.
- le renforcement institutionnel.

Somme toute le PRODESS prolonge la politique Santé Population Hydraulique villageoise en créant 300 nouveaux CSCOM en plus des 347 déjà créés. On poursuivra les efforts dans le sens d'une amélioration de la capacité de gestion, en amplifiant la dynamique communautaire et une plus grande implication du secteur privé dans la fourniture des services de base.

Dans les centres de santé de cercles on améliorera la gestion, la qualité de la référence et la contre référence en remplaçant les infrastructures et en améliorant la formation du personnel. Dans le secteur hospitalier on poursuivra les efforts ponctuels tendant à freiner la dégradation et on renforcera l'autonomie de gestion de même que le plateau technique ; on poursuivra l'amélioration du contrôle interne de même que la qualité des prestations. On créera des établissements spécialisés.

Des efforts seront faits pour hisser à un niveau élevé le contrôle de la qualité des médicaments, des aliments et du sang.

Il faudra garantir une véritable accessibilité à des médicaments à des prix abordables partout ; faire la promotion des mécanismes alternatifs de financement de la santé et la prise en charge de la référence.

L'accent sera mis sur la formation des ressources humaines. On procédera à un renforcement du cadre institutionnel et on introduira de nouvelles procédures de gestion et de financement. Des objectifs spécifiques du programme tendront à réduire la mortalité et la morbidité, améliorer l'accès et l'utilisation des services dans les centres fixes et au niveau communautaire, dynamiser l'information, l'éducation, la communication et la participation communautaire, lutter contre l'exclusion sociale et donner un nouvel élan à la promotion communautaire.

III- IMPACT DES ACTIONS ENTREPRISES

Les résultats auxquels on est parvenu jusqu'à maintenant sont sans aucun doute en deçà de ce qu'on attendait.

Quelques indicateurs de santé ci-dessous donnent une idée du chemin qui reste à parcourir : il s'agit de données de EDSM-III.

	Mortalité néo-natale	Mortalité infantile	Mortalité infanto-juvénile	Mortalité juvénile
1960		233‰		400‰
1988	78,2‰	129,4‰	250,6‰	139‰
1998	57‰	113,4‰	229‰	130‰

Taux de mortalité maternelle 582 pour 100 000 naissances vivantes.

Assistance au cours des accouchements 41%

Taux de consultations prénatales :

- . 36% -Mopti
- . 46% - Kayes
- . 46% - Kidal – Gao - Tombouctou
- . 93% -Bamako

Pas de consultations post-natales :

- . 89% - Bamako
- . 78% - Sikasso
- . 91% - Mopti

- Taux de couverture des enfants de 12 – 23 mois de tous les vaccins du PEV – 28,7%.

- Taux d'utilisation de contraception :

- . 32% femmes non en union.
- . 8% femmes en union.

Des domaines de préoccupations sont nombreux :

1- Les affections endémo-épidémiques :

- Sida.

- Tuberculose.
- Méningite.
- Choléra.
- Fièvre jaune.

2- Les affections responsables d'incapacité physique :

- Paludisme.
- Onchocercose.
- Vers de Guinée.
- Lèpre.
- Poliomyélite.

3- Autres affections faisant l'objet d'une importante demande de soins :

Pendant longtemps elles ont été occultées en partie par les affections prioritaires. Il s'agit des maladies cardio-vasculaires, hépatique, endocriniennes, rénales, métaboliques.

Les causes de ces faiblesses sont à rechercher aux différents niveaux du système de soins de notre pays.

a) Premier niveau :

Le slogan « Santé pour tous d'ici l'an 2000 » a mobilisé notre pays depuis ALMA ATA. Peut-on nous reprocher d'avoir accepté une simplification à l'extrême des soins pour assurer leur accessibilité au plus grand nombre ?

D'éminents chercheurs ont montré que la promotion des soins de santé primaires ne doit pas se faire de façon isolée mais dans le cadre d'une promotion d'ensemble du système de soins au sein duquel ils s'inscrivent nécessairement. La définition d'un paquet minimum d'activités de même que la prise en compte des formations sanitaires fixes de différents niveaux s'est tout naturellement imposé. De même que s'est imposé l'implication des communautés qui sont intéressées au premier chef. La personnalité morale qui leur est conférée leur donne un large domaine d'action. Ils sont employeurs, disposent d'un compte bancaire, peuvent signer des conventions et des contrats. Les CSCOM jouent un rôle essentiel dans la couverture sanitaire, et dans l'accessibilité des soins.

Une évaluation des CSCOM du District de Bamako en 1998 montre que 16 centres sur 35 (46%) avaient atteint le niveau d'activités permettant d'assurer leur auto financement. Du reste c'est la cession de médicaments en DCI qui permet dans la plupart des cas d'équilibrer les comptes. Il est actuellement devenu évident que les établissements producteurs de soins doivent être soumis aux règles de gestion des entreprises, qu'elles soient publiques ou privées. On savait dès le départ que la capacité contributive des populations au plan financier serait au cœur du problème.

Elle est la conséquence des disparités de revenus en milieu rural et péri-urbain d'une région à l'autre ; la même disparité existe à l'intérieur d'une même région, d'un cercle à un autre ou d'un arrondissement à un autre. Une telle situation pose des limites à l'accessibilité financière. Pour ce qui est de l'accessibilité géographique, l'appréciation de la couverture dans un rayon approximatif de 5 km ou 15 km autour d'une formation sanitaire est tout à fait aléatoire. Si

théoriquement il y eut augmentation de la couverture du fait de l'implication d'un grand nombre de CSCOM, l'utilisation des services au contraire ne connaît pas automatiquement un accroissement significatif. Il faut également reconnaître que la gestion au premier niveau a connu de sérieuses contraintes en rapport avec la prise en charge des activités préventives et promotionnelles déléguées par l'Etat. Une autre contrainte est liée au faible nombre de personnel qualifié, à l'instabilité de ce personnel, au manque d'entretien et à la dégradation des infrastructures.

Les ASACO qui sont d'essence démocratiques fonctionnent-elles de façon démocratique ? Leur mode gestion est-elle transparente ? La tutelle de l'Etat est-elle correctement exercée ? Que dire des relations entre les ASACO et CSCOM ? Toutes choses qui sont de nature à avoir une influence négative sur la qualité des soins.

b) Niveau intermédiaire et central :

Le deuxième niveau souffre de maux qui sont :

- plateau technique insignifiant.
- personnel qualifié en nombre insuffisant.
- manque de médicaments.
- infrastructures inadaptées et sous-équipées.
- faiblesse ou inexistence de l'organisation de la référence.
- faiblesse de la participation communautaire.
- moyens financiers dérisoires.

Dans ces conditions on est en droit de penser que les activités programmées connaîtront des difficultés dans leur exécution et que les résultats pourraient être meilleurs si les activités étaient adaptées à la capacité managériale de chaque équipe.

Dans tous les cas de figure le nombre et la qualité du personnel, la capacité gestionnaire, la discipline et l'autorité du chef, de même que la disponibilité des moyens sont indispensables.

Les hôpitaux régionaux constituent la référence pour les centres de santé de cercles. Ils doivent évoluer vers un statut d'EPA qui devrait leur permettre d'être dans des conditions plus favorables pour accomplir leur mission.

Les hôpitaux nationaux qui ont énormément bénéficié de la sollicitude de l'Etat, se sont mieux organisés depuis la mise en place du statut d'EPA. La nouvelle loi hospitalière de même que l'élaboration et la mise en œuvre des projets d'établissements devraient leur permettre de connaître un nouvel élan si les moyens sont mis à leur disposition.

IV- LA PROBLEMATIQUE DU SYSTEME DE SOINS

Réduisons-la simplement en quelques points essentiels.

A LES RESSOURCES HUMAINES :

La gestion des ressources humaines est sans aucun doute un des défis majeurs de la politique de santé. Le concept gestion des ressources humaines a de nos jours dépassé la notion de

gestion du personnel dans son acception la plus élargie. Sous la pression des besoins nouveaux, il est apparu nécessaire d'adapter l'homme à l'organisation, satisfaire ses besoins mais aussi les attentes de l'organisation en termes de productivité, d'efficacité et de compétitivité. Dorénavant il s'agit de prendre en compte, certes les motivations économiques mais aussi les motivations affectives et sociales et enfin réconcilier l'homme au travail avec son organisation. Le but est de l'amener à se réaliser dans son travail, à utiliser son énergie et sa créativité au profit de l'organisation et à évaluer ses résultats par rapport à ses objectifs.

La réalisation d'une telle ambition n'est possible que si la structure chargée de la concrétiser à rang de réel Etat Major et exerce des tâches véritablement managériales.

Les contraintes liées aux différents programmes d'ajustement structurel ont révélé de façon dramatique la problématique des ressources humaines dans les secteurs sociaux surtout depuis la dévaluation en 1994.

Il a fallu tenir compte des spécificités de ces secteurs. C'est ainsi qu'il a été rendu possible le recrutement de 1549 agents toutes catégories confondues entre 1992 et 2001, 194 agents contractuels sur le filet social en 1994 et la mise à disposition des collectivités de 203 agents dans le cadre du programme PPTE.

Le Tableau 10 ci-dessous donne les ratios nombre d'habitants pour un agent par catégorie. Le déficit en techniciens d'hygiène est dû à la suppression de la filière de formation, depuis quelques années, à l'Ecole Secondaire de la Santé ; on a procédé à sa réouverture en 2000 – 2001.

TABLEAU 10

Ratios d'habitants pour un agent par catégorie			
Corps	Ratios 1992	Ratios 2001	Normes OMS
Médecins pour	23 154	13 478	10 000
Sages-femmes pour	24 524	21 329	5 000
Infirmiers d'Etat pour	12 120	10 022	5 000
Infirmiers premier cycle pour	9 000	9 276	1 000

La place de la structure devant prendre en charge les ressources humaines doit être clairement définie dans l'organigramme du département de la Santé. Cette structure doit réfléchir non seulement au problème de la répartition judicieuse du personnel mais aussi à tous les problèmes de formation et à l'établissement de plans de carrière ; le recrutement par catégorie en précisant le nombre de spécialistes nécessaires par catégorie, au redéploiement du personnel en surnombre ; au besoin en assistance technique. Dans notre situation présente il est devenu indispensable de se pencher sur le fonctionnement des institutions de formation du personnel para-médical aussi bien publiques que privées .

Il convient de se poser un certain nombre de questions. Les institutions privées possèdent-elles les infrastructures adéquates ? Leur capacité de recrutement est-elle suffisante ? Les programmes de formations sont-ils adaptés ?

A propos des institutions publiques comme privées certaines préoccupations doivent être exprimées :

- les cursus de formation sont-ils adaptés ?
- le contenu des programmes prend-il en compte tous les aspects de la politique de santé ?
- les stages pratiques se déroulent-ils dans les conditions satisfaisantes ?
- l'encadrement technique a-t-il les qualités requises ?

Il convient de donner à ces questions des réponses satisfaisantes et prendre des mesures en conséquence, car il est craint que les produits formés ne soient pas à la hauteur des tâches qui seront les leurs.

La Faculté de Médecine créée en 1969 pour former des Médecins et Pharmaciens dans le contexte malien mais avec un niveau scientifique identique à ce qui est requis partout ailleurs, à pleinement répondu à toutes les attentes. De sa création à la fin de l'année 1999, l'année se son trentième anniversaire, elle a formé

- 900 Médecins.
- 300 Pharmaciens.

Le personnel d'encadrement s'est régulièrement renforcé depuis le début, les missions d'enseignement venant de l'étranger, nombreuses au départ, ont été progressivement réduites au profit des maliens formés sur place, qui ont été nommés agrégés dans plusieurs disciplines.

Le déroulement du cursus de formation de cette Faculté a été plusieurs fois remanié pour mieux s'adapter.

Il faut cependant avoir l'honnêteté de reconnaître que depuis 15 ans la qualité du produit n'a cessé de se dégrader à la suite de plusieurs facteurs :

- pléthore d'étudiants.
- défaut de sélection à l'entrée.
- inadéquation et déficience de l'encadrement pratique et hospitalier.
- années universitaires tronquées du fait des débrayages intempestifs.

L'institutionnalisation du numerus clausus apportera-t-elle une solution à la problématique de la qualité de la formation ?

Sincèrement je ne le pense pas, parce que le niveau d'instruction général des étudiants à l'entrée reste encore faible. Le grand nombre des étudiants présents dans les années terminales doit nous amener à poser des questions à propos de la thèse de doctorat consacrant la fin cursus. Faut-il continuer à la maintenir dans son formalisme désuet, avec des travaux dont un nombre de plus en plus élevé sont de qualité scientifique insuffisante ?

Chacun sait qu'il existe en Afrique et ailleurs d'autres modalités incontestables de décerner le grade de Docteur en Médecine.

Le système du numerus clausus, certes équitable, engendre cependant perte de temps, frustration et importante déperdition. N'est-il pas plus judicieux d'instaurer tout simplement un concours d'entrée après le baccalauréat ?

B FINANCEMENT DU SYSTEME :

Une donnée permanente de la politique de Santé de notre pays a été la restructuration continue de notre système de soins, afin d'améliorer l'accès de l'ensemble de la population à un minimum de soins de qualité. Pendant de longues années, la gratuité de ces soins était la règle. Mais d'autres réalités ont fini par imposer une autre façon de voir les choses.

« Une étude prospective des comptes de la Santé de notre pays réalisée en 1998 sur les années 2000 à 2007 a permis d'affirmer que la totalité des coûts récurrents du nouveau système de soins, tel qu'il est préconisé par l'Etat, ne représente que 58% de l'ensemble des dépenses de Santé prévisibles du pays. Si le manque de ressources limite de façon indiscutable l'amélioration de la situation sanitaire, on peut cependant affirmer la faisabilité financière de

l'option stratégique adoptée et que les difficultés à surmonter pour assurer la performance du système de soins ne sont pas liées au manque de ressources mais à la maîtrise de la gestion et de la qualité des soins ».

Ainsi « l'ensemble des dépenses de Santé du pays, tous secteurs confondus (public, privé, traditionnel) a été estimé à 71,3 milliards de FCFA soit 170 FCFA par personne et par an pour une population de 9,9 millions d'habitants. La part des ménages dans ce montant est de 46,7 milliards soit 65% ». Il faut bien entendu se placer dans l'optique où les soins sont perçus en termes économiques et les établissements qui les produisent sont donc soumis aux règles de gestion des entreprises.

Il est certain que le rôle de l'Etat reste prépondérant, notamment dans l'élaboration et le pilotage de la politique de Santé, la régulation de l'équité dans l'accès aux soins de bonne qualité, l'élaboration et la mise en œuvre de plans et programmes nationaux de Santé Publique, qui prendra en compte le financement des investissements. Les ressources nécessaires pourraient provenir de :

- Ménages
- Etat
- Bailleurs
- Dotations aux amortissements

La source de financement des ménages, reste encore la plus aléatoire et la plus mal connue. Comme partout ailleurs on doit résolument s'orienter vers une formule de tiers payant à travers des filières de soins. Cette part des ménages pourra provenir :

- du système de prévoyance sociale, de mutuelles pour les classes moyennes et les habitants des zones d'activités économiques satisfaisantes.
- d'un Fonds National de Solidarité (alimenté par des sources diverses). Ces ressources pourront être réparties entre les structures de l'aide sociale.

Le financement des investissements du secteur pose problème. L'ensemble des établissements de soins de notre pays représente un patrimoine de plusieurs dizaines de milliards de FCFA. Il en découle, pour assurer leur entretien et leur renouvellement, un coût annuel d'amortissement important. A cela s'ajoute le coût des nouveaux investissements. Au total, il apparaît clairement que les besoins de financement sont considérables et qu'il convient de réfléchir à leur couverture. Certes, les donateurs restent incontournables dans notre contexte de pays pauvre enclavé, il convient néanmoins d'étudier les solutions alternatives tendant à amoindrir leur place excessive. La mise en place d'un Fonds National d'Investissement devient alors indispensable.

C V.I.H. / S.I.D.A :

1) Connaissance de la maladie :

La connaissance des I.S.T. révélée par l'EDSM-III est la suivante :

- 74% des femmes du milieu rural ne connaissent pas les I.S.T.
- 48% des femmes à Bamako ne connaissent pas les I.S.T.
- 82% de femmes à Mopti ne connaissent pas les I.S.T.

L'existence du VIH/SIDA est connue de pratiquement toute la population (90% des femmes et 98% des hommes) quelque soit l'âge, l'état matrimonial, le milieu et la région de résidence et les niveaux d'instruction. De même les niveaux de connaissance varient d'un minimum de 83 à 100% chez les femmes et de 94 à 100% chez les hommes.

- 56% des femmes pensent qu'il y a un moyen de l'éviter, ce chiffre atteint 75% chez les hommes.

2) Aspect social :

Pour ce qui est de la confidentialité :

- 19% des femmes et 21% des hommes pensent que l'état d'un porteur de VIH/SIDA ne doit pas être divulgué à la communauté.
- 43% des femmes et 46% des hommes pensent qu'un enseignant qui a le VIH/SIDA et qui ne paraît pas malade ne doit pas continuer à enseigner à l'école.
- 13% des hommes et 26% des femmes déclarent ne pas être prêts à prendre en charge chez lui un proche atteint de VIH/SIDA.
- 15% des femmes et 26% des hommes sont opposés à l'éducation des enfants sur l'utilisation des condoms.

3) Dépistage :

- 9% des hommes et 4% des femmes ont effectué un test de dépistage (c'est à Bamako que ce pourcentage atteint 23%).
- 6% des hommes souhaiteraient effectuer un test de dépistage.
- 50% des femmes non dépistées souhaiteraient en faire un.

4) Lutte contre la maladie : Elle fait l'objet d'initiatives diverses.

Le programme de lutte contre le SIDA a été effectivement installé en 1988, alors que cette lutte a connu une amorce dès 1985. Les plus hautes autorités de notre pays s'y sont engagées, il en est de même de la société civile (leaders religieux, associations, ONG, secteur privé, personnes vivant avec le VIH/SIDA).

Cet engagement a abouti à :

- Haut Conseil National de lutte contre le SIDA sous le haut patronage du Président de la République.
- Plan Stratégique de lutte contre le VIH/SIDA 2001 – 2005.
- Approche multisectorielle impliquant 10 départements ministériels.
- Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux (IMAARV).
- Initiative un cercle une ONG.
- Enquête de sero-prévalence couplée avec EDSM-III.

Les résultats de l'enquête EDSM-III montrent :

- séroprévalence nationale 1,7% (3% en 1992).
- séroprévalence globale : homme 1,3%, femme 2%.

- Dans le cadre du programme de transmission mère-enfant, les observations sont menées pour le moment à travers six (6) sites tous situés à Bamako. Au niveau de ce programme le taux de transmission mère-enfant est de 2,2%. Il est entendu que les femmes dépistées à ce niveau, un traitement antirétroviral à la Névirapine pour couper la transmission mère-enfant est institué à Bamako.

Il existe à travers le pays plusieurs sites de surveillance sentinelle dans les centres de consultations prénatales.

Pour le tout venant des femmes fréquentant ces centres la prévalence relevée est de 2,3%.

Dans le cadre de l'Initiative Malienne d'Accès aux Antirétroviraux (IMAARV) il existe 3 sites de traitement pour adultes et enfants tous situés à Bamako, à l'Hôpital du Point G, à l'Hôpital Gabriel Touré et au CESAG. A la fin du mois de novembre 2003 seulement 900 malades étaient pris en charge au niveau de ces sites.

D MEDICAMENTS

La Pharmacie Populaire a été créée le 5 octobre 1960 dans le but de compléter l'action de la Pharmacie d'Approvisionnement car elle assurait la mise à la disposition du grand public de médicaments qui ne pouvaient être fournis par la Pharmacie d'Approvisionnement. Elle a créée des succursales dans plusieurs quartiers de Bamako, dans tous les chefs lieux de régions et de cercles et dans les chefs lieux d'arrondissements.

L'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques (UMPP) fut créée en 1983 en coopération avec la République Populaire de Chine dans le but de fournir certains médicaments essentiels et des solutés massifs.

La mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (1987) permit de faire entrer dans la pratique l'utilisation des médicaments essentiels sous leur Dénomination Commune Internationale (DCI). Des décisions importantes ont été prises pour la promotion des médicaments essentiels :

- établissement de la première liste de médicaments essentiels accompagné d'un premier manuel de traitement.
- Juin 1993 érection de la PPM en EPIC.
- Contrat-plan entre Etat et PPM faisant d'elle l'outil privilégié en matière d'approvisionnement en médicaments essentiels (gamme de 70 médicaments en DCI)
- exonération des médicaments en DCI de tous droits et taxes douaniers y compris la TVA.
- mise en place de magasins régionaux.
- levée du monopole de la PPM et apparition sur le marché des médicaments de quatre (4) grossistes privés.
- création de la Direction de la Pharmacie et du médicament.

Dans quelle mesure ces décisions ont-elles été appliquées ?

Le suivi de ces décisions a-t-il été bien assuré ?

Un fait est que la Déclaration de politique sectorielle de Santé en décembre 1990 fit, entre autres, le constat de manque de médicaments. Les causes de cette situation seraient à rechercher dans :

- la non disponibilité.
- le prix élevé.

- l'insuffisance de la PPM.
- les difficultés de l'UMPP.
- la non implication des Pharmaciens privés dans la politique pharmaceutique.

Depuis la libéralisation de la profession pharmaceutique on a assisté à une prolifération d'officines privées à Bamako ; l'intérieur du pays se garnit petit à petit, des dépôts pharmaceutiques sont ouverts çà et là. Depuis de nombreuses années on assiste à une perversion de la distribution de médicaments. En effet un marché illicite se développe ; des médicaments se vendent sur des étalages et les « pharmacies par terre » prolifèrent sans aucun frein.

Que fait-on pour réprimer cette activité illicite ? Rien sans doute. Est-il acceptable ?

Dans le cadre du PRODESS les interventions programmées pour améliorer le fonctionnement des organismes et pour rendre les médicaments disponibles et accessibles ont-elles porté fruit ?

A la Pharmacie Populaire du Mali un audit technique et financier en juin 2001 avait pour objectif de déterminer le besoin en fonds de roulement et les conditions techniques requises pour un meilleur fonctionnement.

A l'Usine Malienne de Produits Pharmaceutiques l'état des lieux a mis en évidence un outil de production vétuste et présentement mal adapté, une rentabilité financière insuffisante à cause de la faiblesse de productivité et des prix peu concurrentiels.

Une mission d'évaluation mise en place par l'autorité de tutelle en Juillet 2002 confirme cet état de la situation et préconise entre autres mesures, l'ouverture du capital et une dotation de 610 921 307 Francs CFA.

A présent, compte tenu des difficultés mises en évidence et aussi de l'environnement économique du secteur, on doit se poser la question de l'opportunité même de l'existence de cet outil de production en tant que tel dans notre secteur pharmaceutique. La réponse à cette question doit être donnée avec courage et lucidité, dans un sens ou dans un autre, dans le seul intérêt des consommateurs maliens. A la décharge de la PPM et de l'UMPP il semble que la mobilisation des fonds en leur faveur dans le cadre des interventions programmées du PRODESS a été très insuffisante.

E LES HOPITAUX

Il est à présent reconnu par tous en Afrique que les hôpitaux ont un rôle particulier et prépondérant à jouer dans le système de santé publique. Ils sont un maillon essentiel de l'accessibilité aux soins. Les soins hospitaliers et communautaires sont interdépendants et les efforts doivent tendre vers une harmonisation de leurs relations. Quelque soit le niveau où l'on se trouve, il se pose un problème de mission à définir, des infrastructures et des équipements techniques adaptés à choisir des problèmes de maintenances à résoudre et les défis de la gestion à relever.

Les structures de santé du premier niveau (CSCOM, CSA) ont pour référence le centre de santé de Cercle qui a aussi une fonction clinique pour prendre en charge les cas dépassant la compétence de l'échelon inférieur. Il joue le rôle de véritable petit hôpital à travers ses quelques lits d'hospitalisation, sa maternité, son petit laboratoire et son petit bloc opératoire. Ce rôle de petit hôpital, qui n'occulte absolument pas les autres activités de santé publiques, a connu un essor particulier depuis que les premiers médecins sortis de l'ENMP ont commencé à occuper les postes en 1975. Ces premiers produits de notre école savaient conduire une enquête épidémiologique, planifier et mettre en œuvre une campagne de vaccination, traiter un accès pernicieux palustre, immobiliser par plâtre une fracture simple, opérer une hernie et pratiquer une opération césarienne. A cette époque les CSCOM n'existaient pas, la prise en

charge de la référence ne posait pas problème puisqu'elle était gratuite. Les nécessaires orientations stratégiques de la politique sectorielle de santé opérées par notre pays a instauré une participation des communautés au financement de la santé. La chaîne de la référence s'organise de mieux en mieux entre CSCOM et C S Ref. Cercle, mais des études auraient montré qu'un peu partout une part non négligeable des malades « s'évanouit » dans la nature et ne parviennent pas au lieu de la référence par manque d'argent ou par défaut de moyens de transport. C'est dire que la recherche de moyens alternatifs de financement se pose avec acuité.

A niveau régional, l'organisation de la relation fonctionnelle concerne non seulement la référence et la contre référence entre les deux niveaux, mais aussi l'implication des hôpitaux dans la supervision et la formation que doit organiser la Région pour le personnel des Cercles. La Région, lorsque les compétences existent, intervient également dans la maintenance du matériel bio-médical du Cercle en cas de besoin.

A vrai dire les hôpitaux régionaux ne disposent pas des moyens idoines pour remplir pleinement cette mission. Certes, certains hôpitaux ont bénéficié d'appui ponctuel important pour améliorer les infrastructures et les équipements ; Tombouctou et Kayes sont des cas à part ; mais le personnel médical et para – médical a besoin d'être étoffé. Chacun sait que les hôpitaux nationaux ont une pléthore de spécialistes dans certains domaines, alors que des hôpitaux régionaux n'en disposent pas. Chacun sait que la République du Mali ne s'arrête pas à Bamako. L'extension du statut d'EPA aux hôpitaux régionaux sera sans aucun doute un pas important dans la bonne direction.

A Gabriel Touré, par moments, on se croirait dans un CSCOM, alors que Bamako dispose à suffisance de structures de niveau inférieur. Lorsque j' y ai été affecté en 1966 comme chirurgien, ma consultation était celle d'un médecin omnipraticien. En presque quarante ans que de chemin parcouru depuis dans tous les domaines. Il n'est pas normal que le tout venant des malades viennent engorger cet hôpital au mépris de la hiérarchie pourrait – on dire.

Cependant les hôpitaux nationaux sont des maillons essentiels de notre système de santé. Tout le personnel médical et paramédical à tous les niveaux y ont fait leurs armes. Ils doivent concentrer leurs efforts sur des activités très spécialisées dans les domaines de la pratique médicale, de l'enseignement et de la recherche. Dans ce but, les praticiens doivent tendre en permanence vers une amélioration de leur compétence et aussi de la qualité de leurs services. Dans ces Institutions ou doit rechercher l'excellence. Sur ce chemin beaucoup reste encore à faire. Des efforts importants ont été faits pour améliorer la gestion, la qualité des infrastructures et des équipements. Certaines spécialités essentielles font défaut cependant. Dans aucun de nos hôpitaux n'existe un centre spécialisé de traitement des cancers avec prise en charge médicale, chirurgicale et radiothérapeute. On ne dispose pas non plus de service étoffé de maladies infectieuses. Il n'existe aucune structure de réanimation cardiaque alors que la pathologie cardio – vasculaire explose. L'Institut de cardiologie reste encore un vœu pieux. La pédiatrie est une discipline à l'intérieur de la quelle il y a toutes les spécialités de la médecine de l'adulte. Pour cette raison on appelle de tous nos vœux d'hôpital pour enfants qui est un maillon essentiel dans la longue chaîne des structures hospitalières.

Sans doute des efforts importants ont été faits au niveau de plusieurs services, mais plusieurs d'entre eux ont des activités en deçà de ce qui peut être attendu. Les difficultés d'approvisionnement, les problèmes liés à la maintenance, le manque de personnel et l'insuffisance de ressources propres des hôpitaux sont des obstacles sur le chemin du progrès.

Quittons un instant ces belles perspectives d'avenir, descendons sur terre et réfléchissons au jugement que les usagers portent sur le fonctionnement des établissements hospitaliers.

Convenons-en, la plupart de nos hôpitaux n'assurent pas de façon satisfaisante leur mission de service public et se trouvent bien souvent dans une situation précaire tant du point de vue technique que financier. Cette situation a conduit à la remise en cause de leur mode d'organisation et de fonctionnement et à la formulation d'une nouvelle conception du système hospitalier. Les résultats auxquels ont abouti les différents projets de réhabilitation ont été rapidement anéantis, les bâtiments remis à neuf se dégradent par manque d'entretien, les nouveaux équipements tombent rapidement en panne par manque de maintenance, l'environnement se détériore par manque d'hygiène. La qualité des services n'a cessé de se détériorer et a atteint désormais un niveau intolérable. Beaucoup de malades ont du mal à être correctement pris en charge, les paiements clandestins au personnel sont courants. Ce personnel se fait même revendeur de médicaments et de consommables au sein de l'établissement au mépris de toute déontologie. Il faut ajouter à ce tableau déjà sombre l'absentéisme, le détournement de la clientèle, les conditions d'hébergement à la limite de l'acceptable.

Les dépenses que doivent effectuer les malades sont excessives. Ils doivent non seulement s'acquitter des tarifs officiels mais aussi acheter les médicaments, payer les examens complémentaires (radio, scanner, échographie, analyses biologiques) souvent en dehors de l'hôpital qui ne peut les faire. Le malade à opérer même en urgence doit tout acheter (solutés massifs, sparadrap, compresse, alcool, lame de bistouri, fils de suture et même deux ou trois paires de gans pour le Chirurgien et ses assistants).

Pourquoi avons-nous accepté pendant si longtemps d'être les témoins passifs et quelques fois complices de cette situation qui va à l'encontre de tout ce que nous sommes aux plans culturel, moral et déontologique.

L'Etat a cependant été sensible à notre désespoir en relation avec la détérioration des conditions de travail. Pour sortir de cette situation, les dotations de l'Etat ayant des limites, il a fallu sortir des chantiers battus et faire preuve d'innovation. C'est ainsi qu'en 1984 a été imaginé par l'autorité du tutelle, avec la caution du gouvernement ce qu'on a appelé « le système d'autonomie de gestion des hôpitaux ». En faisant fi de toutes les règles de gestion des finances publiques, les hôpitaux nationaux ont été autorisés à loger la totalité de leurs recettes dans un compte bancaire et à les réutiliser dans le but d'un meilleur fonctionnement pour la satisfaction des usagers. Le statut d'EPA qui a suivi est simplement l'aboutissement et l'institutionnalisation de cet état de fait, les objectifs étant les-mêmes. Est-ce suffisant ?

La réalité est que l'économie s'impose partout même dans une situation de production de services dans le domaine social. Il se pose indiscutablement, même dans un tel domaine la problématique du coût de production de ce service. Prenons l'équation simple suivante :

$$C (\text{coût}) = T (\text{tarif}) + S (\text{subvention})$$

Coût = ce qu'il faut pour produire . Dès qu'on fixe un tarif dans le social il se pose le problème de son acceptabilité. C'est là qu'intervient l'Etat avec la subvention permettant de tenir ce tarif.

La rémunération de l'ensemble des actes pratiqués au sein d'un établissement hospitalier doit être soumise à l'exigence de cette équation. Au total, un hôpital a un coût de fonctionnement réel incompressible. Si l'on veut qu'il remplisse pleinement sa fonction, il faut y mettre le prix. Il faut tenir compte aussi et surtout des hommes et des femmes constituant le corps médical, para-médical, administratif, et ceux et celles chargés des services généraux. Il faut

reconnaître que ce corps médical indispensable pose actuellement problème. Le flux et le reflux des Médecins entre les hôpitaux publics et les formations sanitaires privées au détriment de la quantité et de la qualité des soins nous interpelle tous. Il faut impérativement trouver les moyens de fixer le Médecin à l'hôpital. Le centre hospitalier universitaire est sans aucun doute là où doit être réalisée l'unité de lieu, de temps et d'action, pour la pratique médicale, l'enseignement et la recherche.

Comment fixer les Médecins dans les hôpitaux publics de Bamako ? Les solutions sont multiples. Examinons l'une d'elle. Il faut d'abord organiser les services de consultations qui doivent se faire en un seul lieu, dans des cabinets convenables bien équipés avec un seul Secrétariat. Les consultations des Professeurs titulaires et des Agrégés y sont planifiées. L'ensemble du plateau technique y compris le bloc opératoire et le service de réanimation sont utilisés en commun.

Il est par ailleurs normal que la demande de soins très personnalisée trouve sa satisfaction dans l'enceinte de l'hôpital. Ce qui justifie la création des services VIP au prix coûtant. Il reste entendu que l'autorité de tutelle assistera la Direction de l'hôpital dans la réflexion pour fixer les prix et les justes rémunérations. Le service public et les Médecins doivent y trouver leur compte.

Ce type d'organisation tend à exister actuellement un peu partout. Le Mali ne peut y faire exception.

F GESTION DES PROGRAMMES

La gestion des programmes de développement sanitaire pose de nombreux problèmes au niveau périphérique. Ces problèmes tiennent :

- au déficit de planification et de suivi.
- au nombre et à la qualité du personnel.
- aux moyens matériels insuffisants.
- à la dispersion entre les tâches multiples.

Les mêmes problèmes se posent au niveau intermédiaire et central.

Il est réel que nous n'avons pas de ressources humaines de très haut niveau dans tous les domaines.

De combien d'Economistes de la Santé de haut niveau disposons-nous au Mali ?

De combien de Spécialistes de Santé Publique de haut niveau disposons-nous au Mali ?

De combien d'Epidémiologistes de haut niveau disposons-nous au Mali ?

De combien de Gestionnaires des services de Santé de haut niveau disposons-nous au Mali ?

Certes nous en avons formés. Que sont-ils devenus ?

Faute de disposer de ressources humaines suffisantes les programmes de santé sont montés avec l'assistance d'Experts commis par les bailleurs. Le déficit de ressource humaines à différents niveaux de la gestion est à l'origine de tous les dérapages et des mauvais résultats qui s'en suivent.

Prenons le cas du PDS, le premier grand Programme géré sous la tutelle du Ministère de la Santé. Il comportait plusieurs volets : soutien à la formation, appui à la Pharmacie Populaire, volet Santé appelé communément Projet KBK soutien à la planification sanitaire.

Dans le cadre dudit Projet KBK la réalisation des infrastructures a été confiée à une Entreprise étrangère imposée par le principal bailleur. De toute évidence cette Entreprise n'avait pas une superficie financière suffisante pour faire face à ses obligations contractuelles. De même nous

ont été imposées les conditions et la philosophie d'utilisation des matériaux locaux. La fourniture des corps d'état secondaires a été confiée à une société installée à La Palmas. L'exécution de ce marché a donné lieu à des retards considérables.

Tous les trois chantiers du volet santé ont connu des difficultés (démolition et reconstruction de pans entiers, le chantier de Kéniéba a même été repris presque entièrement, arrêt prolongé des chantiers). Ces problèmes ont entraîné des pertes financières considérables. Les activités d'animation, d'éducation en ont été les parents pauvres. Des activités de vaccination n'avaient pas encore débuté en 1989.

Le volet hydraulique villageoise a permis d'installer une à trois sources d'eau potable par village. Très rapidement plusieurs pompes installées ont été hors d'usage et un nombre important de sources donne une eau impropre à la consommation humaine.

Le PSPHR a été monté à la suite du PDS et son Rapport d'Evaluation Finale mentionne aux points 20 et 21 ce qui suit :

« En matière de financement, l'approche qui a prévalu jusqu'à présent a accordé une place plus importante à la recherche de sources de financement (qui paie ?) qu'aux problèmes de coûts et d'efficacité (combien cela coûte ?)

Le deuxième aspect devra prendre beaucoup plus d'importance dans les prochaines années afin d'accroître la productivité de chaque ressource, d'identifier des activités coûteuses mais sans impact réel sur la santé, et de mieux prendre en compte les contraintes de financements internes et externes du pays. »

« Il est nécessaire également d'éviter l'installation d'un « modèle implicite » où les dépenses d'investissement sont prises en charge par les bailleurs de fonds et les dépenses de fonctionnement souvent très lourdes laissées à la charge du pays. Les deux types de dépenses doivent être évalués simultanément dans toutes les prévisions, en particulier celles qui concernent le niveau secondaire et tertiaire du système, afin de garantir la pérennité des actions entreprises. Dans certains cas, les dépenses récurrentes induites peuvent constituer un critère important dans le choix des priorités et des projets ».

De telles considérations ont-elles été prises en compte dans le montage du PRODESS dont la première phase est à présent achevée ?

Il semble que les difficultés se profilent déjà à l'horizon. A travers le Rapport de la Mission d'Evaluation Externe en octobre 2002, à la rubrique gestion on lit ce qui suit :

« Les états produits par le système informatisé de gestion financière du Programme (TOMPRO), mis en place plus d'un an après le lancement du Programme, ne prennent en compte qu'une fraction des financements engagés, exception est faite de ceux engagés sur le crédit IDA et ceux apportés par la Santé : sur 39 milliards de francs CFA mobilisés en 2000 et 2001, seuls 700 millions de francs CFA (soit 2%) sont comptabilisés dans TOMPRO. Il est donc impossible de réaliser un suivi global et analytique des décaissements réalisés au titre du Programme et, ce faisant, de mesurer l'efficacité des activités programmées. »

N'y a-t-il pas lieu de s'inquiéter ? Quelles mesures ont-elles été prises pour faire face à cette situation ?

VI- CONCLUSION

Les nécessaires orientations stratégiques qui s'imposent à notre pays dans sa politique sectorielle de santé ne vont certainement pas dans le sens d'un désengagement de l'Etat. Des contraintes de tous ordres l'oblige à procéder à un réajustement de son rôle pour demeurer tout à fait à la hauteur de la mission de service public qui s'impose à lui.

Le concept communautaire, dans la théorie, reste la pierre angulaire dans notre démarche tendant à la satisfaction des besoins fondamentaux de santé de la population. Il existe une réalité un peu partout au Mali, les associations de santé (ASACO) sont constituées de délégués des villages de l'aire de santé. Ces délégués sont cooptés par les personnes influentes des villages et sont donc l'émanation des pouvoirs en place. Cette réalité nous éloigne peut être du principe de l'adhésion volontaire et individuelle.

Dans la pratique de la démocratie dans nos villages, l'appartenance à la communauté est si forte que ce mode de désignation ne porte pas atteinte au concept communautaire. Il faut faire avec, mais entreprendre les réformes indispensables tendant à rendre la gestion des ASACO régulière et transparente. Conférer la personnalité morale et l'autonomie financière aux ASACO, c'est bien ; mais créer les conditions permettant aux communautés de s'assumer pleinement au plan économique est encore mieux. Les ASACO à faible revenu ne peuvent vivre continuellement sous perfusion de l'Etat. Seule la promotion d'activités créatrices de richesses peut leur permettre de recouvrer leur dignité.

Nous avons déploré la grande mobilité du personnel préjudiciable et nuisible au bon fonctionnement des CSCOM. La même « nuisance » existe cependant au niveau des services centraux. Combien de directeurs nos hôpitaux nationaux ont connu en 10 ans ? Le Secrétaire Général du Ministère de la Santé et le Directeur National de la Santé ont changé chaque fois qu'un nouveau ministre a été nommé. Depuis sa création le Programme National de lutte contre le SIDA a connu 6 ou 7 Directeurs, alors que dans un pays voisin du Mali où la lutte contre le SIDA est citée en exemple en Afrique, la même personne dirige le Programme depuis sa création en 1988. Je veux parler du Sénégal.

Pour le SIDA des efforts doivent être faits dans le sens de la vulgarisation des dépistages du VIH / SIDA. Rappelons que selon EDSM-III, 40% des hommes et 50% des femmes enquêtés ne souhaitent pas effectuer de test de dépistage. Cela pose problème et signifie que les efforts de sensibilisation sont insuffisants.

Dans le cadre du Programme PTME les six (6) sites de surveillance existants sont tous situés à Bamako. Le taux de prévalence des femmes enceintes au niveau de ces sites se situe à 2,2%. Il existe à travers le pays des sites de surveillance sentinelle dans les maternités et les PMI s'adressant au tout venant des consultantes. Le taux de prévalence dans ces sites se trouve à 2,3%. Dans le cadre de l'IMAARV il existe trois (3) sites de traitement Antirétroviral tous situés à Bamako, à l'Hôpital du Point G, à l'Hôpital Gabriel Touré et au CESAG. A la fin du mois de novembre 2003 seuls 900 (hommes femmes et enfants) étaient pris en charge pour traitement sur les 150 000 malades et séropositifs qui existeraient au Mali.

Cette situation nous interpelle tous. Il faut résolument se placer dans une perspective dynamique et prendre des mesures indispensables :

- le coût du traitement mensuel doit descendre encore au dessous de 75 \$ US.
- la surveillance dans le cadre du Programme PTME doit être étendue à tous les sites de surveillance sentinelle.
- à la limite un site de surveillance sentinelle doit exister dans chaque centre de santé de cercle où bien entendu la prise en charge doit être décentralisée.
- il faut fixer chaque année un pourcentage de malades à accéder aux traitements ARV.
- instaurer une véritable prise en charge communautaire, donc former dans ce sens du personnel dans les CSCOM en relation avec l'hôpital de référence. Il faut que les malades restent chez eux et aborder avec eux la maladie dans un sens positif c'est à dire que l'annonce de la maladie doit être suivie de la mise en route du traitement.

Chacun sait que l'hôpital reste au centre de notre système de Santé Publique. Les usagers y accèdent souvent dans un état de détresse complète. Ils espèrent y trouver un havre de paix, où ils rencontrent compétence et sollicitude. L'adage « guérir quelquefois, soulager souvent, consoler toujours » n'est-il pas la devise de la Médecine ? les éléments de cette tryptique résument toute la dimension humaine de notre sacerdoce. Tous nos efforts doivent tendre à nous en rendre dignes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1- Balique (H) – Le système de soins au Mali : analyse, perspectives nouvelles et étude prospective à moyen terme. Thèse de Doctorat de l'Université de la Méditerranée, Marseille 1998, 660p.
- 2- Balique (H) – Le concept de communauté et ses limites : à propos des centres de santé communautaires au Mali. Communication au colloque « Anthropologie des systèmes et des politiques de santé » organisé par l'Amades, Paris 6 – 8 janvier 1999.
- 3- Balique (H) – Dix ans d'expérience des centres de santé communautaires au Mali – Santé Publique, 2001, vol.13, pp 35 – 48.
- 4- Balique (H) – Les Hôpitaux publics des pays d'Afrique francophone du Sud du Sahara et leurs perspectives – Bulletin de la société de pathologie exotique, 1999, T. 92, N°5, pp 323 – 328
- 5- Brumet Jailly (J) – Innover dans les systèmes de santé : expériences d'Afrique de l'Ouest – Editions Karthala, Paris, 1997.
- 6- Coulibaly (S), Keïta (H) – Les comptes nationaux de la santé au Mali. Rapport INRSP, Bamako, 1993, 147 p
- 7- Hôpital du Point G – Conseil d'Administration, Rapport d'Activité 2002 – Bamako
- 8- Hôpital Gabriel Touré – Conseil d'Administration – Rapport d'Activité 2002 – Bamako
- 9- Mevel (A) – Rapport de la visite des centres de santé communautaires du District de Bamako – Document polycopie, Direction régionale de la santé – Bamako 1998
- 10- MSSPA – Plan décennal de développement sanitaire et social 1998 – 2007 – Bamako, 1998
- 11- MSSPA – Politique pharmaceutique nationale – Bamako, 1996
- 12- MSSPA – Rapport de mission VMPP – Juillet 2002
- 13- OMS (1989) – Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali WHO/SHS/NHP/89,10 Genève
- 14- ONUSIDA – Le point sur l'Epidémie de SIDA – Décembre 2003.
- 15- PRODESS – Evaluation externe - Rapport final – Bamako, Novembre 2002
- 16- Programme de développement sanitaire et social (PRODESS) 1998 – 2002 – Bamako
- 17- République du Mali – Enquête démographique et de santé (EDSM – III) 2001.
- 18- TAMOUZA (A), GUINGNI (B) – Evaluation finale du Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale (PSPHR), Janvier 1999.