

Analyse des comptes nationaux de la santé

par Seydou O. COULIBALY, Kafing DIARRA

Pour mieux décrire et suivre l'évolution de leurs activités économiques, les pays développés ont profondément amélioré leur système comptable, au lendemain de la seconde guerre mondiale et sous l'influence de la théorie keynésienne. Ils ont identifié dans des comptes annexes des secteurs d'activités qui ne peuvent pas être réduits à leur apparence économique. A partir des années 1960, les systèmes de comptabilité nationale ont été perfectionnés par la construction de comptes satellites pour chacun des principaux domaines d'action de l'Etat. Ainsi, par exemple, on trouve en France des comptes satellites de la santé, de l'éducation, du logement, de la recherche, et de la protection sociale. Ces différents comptes sont connectés entre eux et construits par les ministères de tutelle respectifs (Fardeau, 1990).

Le compte satellite de la santé a pour objet d'analyser l'ensemble des biens et services produits et consommés pendant une année quelle que soit la source de financement. Il permet de déterminer non seulement la consommation médicale totale, mais également d'identifier ses différentes composantes ; d'apprécier la recherche médicale, les activités de médecine préventive, les dépenses de construction et les autres investissements.

Une telle évolution n'a pas été perçue dans les pays en voie de développement où l'état de délabrement des systèmes de soins et le caractère rudimentaire et peu fiable des systèmes comptables et financiers sont reconnus de tous. C'est dans ce contexte difficile que nous avons essayé de construire les comptes nationaux de la santé du Mali, pour étudier le financement des coûts récurrents de la santé dans ce pays (voir Brunet-Jailly *et alii*, 1989). L'objectif de cette étude était

d'identifier et de quantifier les moyens de financement affectés au secteur de la santé, de dégager des perspectives pour le financement des coûts récurrents de ce secteur, de redéfinir une politique sanitaire basée sur un système d'approvisionnement en médicaments et de recouvrement des coûts. Dans cette perspective, des comptes nationaux de la santé avaient un intérêt double : ils devaient permettre de préciser le niveau et l'évolution du financement selon la nature des dépenses, et fournir aux autorités concernées un instrument de politique de financement des services de santé. Exposons rapidement la méthodologie utilisée, avant de présenter les principaux résultats.

1. Méthodologie

Pour effectuer la recherche, il est apparu nécessaire, compte tenu de l'état des informations disponibles à l'échelon central, de mener une enquête dans chacun des 46 « cercles » (circonscription administrative regroupant en moyenne à peu près 200 000 habitants) du pays et dans le district de Bamako, tout en réalisant d'autre part un certain nombre d'études de cas dans des formations sanitaires sélectionnées, pour recueillir les données de base sans lesquelles la réflexion est impossible.

Ces études de cas (Brunet-Jailly, 1989a) ont porté sur l'expérience du Projet de Développement Sanitaire (PDS) financé par la Banque Mondiale dans les cercles de Kéniéba, Bafoulabé et Kita (Région de Kayes), celle des « magasins santé », réalisée avec l'assistance technique de Médecins du Monde (MDM) dans les cercles de Bankass et de Koro (Région de Mopti), et celle des magasins santé dans les Régions de Tombouctou et de Gao, réalisée avec l'assistance technique de Médecins Sans Frontières Belgique (MSF).

L'enquête d'ensemble consistait à collecter directement auprès de chaque formation sanitaire, dans chaque cercle et région, les données et informations utiles à la conduite de l'étude. Pour ce faire, les enquêteurs ont exploité tous les documents disponibles (livre de comptabilité matière, liste actualisée du personnel, rapports d'activité, livre journal, compte de gestion, états de salaire du personnel). Les données ont été recueillies sur la période de 1983 à 1987. Les documents consultés ne procuraient pas toujours les informations voulues, et plusieurs difficultés ont été rencontrées, telles l'inexistence de certains documents ou leur mauvaise tenue ; la discontinuité dans les informations et leur caractère inapproprié ; la mauvaise conservation des archives ou, parfois, leur disparition à l'occasion des mouvements du personnel (Brunet-Jailly *et alii*, 1989 : 5).

Les informations obtenues ont été classées par source de financement, par niveau de formation sanitaire, par type et par nature des

dépenses. Les résultats de l'enquête ont permis de dresser des tableaux synthétiques du financement des services de santé, c'est-à-dire les comptes nationaux de la santé. Avant de les présenter, il nous paraît utile de délimiter le secteur de la santé et de rappeler l'organisation du système de santé.

2. Délimitation et organisation du secteur de la santé

Le secteur de la santé concerne l'ensemble des activités de soins des services publics de la santé, des hôpitaux et cliniques, des praticiens privés, des ménages, l'automédication et les services des tradipraticiens qui prennent une forme monétaire (Gumper, 1986 : 2). Nous y ajoutons une estimation des dépenses en nature faites auprès de la médecine traditionnelle. Certains secteurs, comme l'approvisionnement en eau potable, l'hygiène du milieu, la nutrition, etc., parfois regroupés avec la santé, ont été exclus de notre étude.

L'organisation des services de santé au Mali suit un schéma pyramidal. Elle est strictement calquée sur le découpage administratif du pays. On y trouve, à la base, l'équipe de santé de village, soit un hygiéniste et une matrone, l'un et l'autre rarement alphabétisés, formés en quelques semaines à des gestes très simples ; tous les villages n'en sont pas dotés. A l'échelon supérieur, dans certains secteurs de base (c'est-à-dire groupements de villages), se trouvent les dispensaires ruraux et les maternités rurales. Les arrondissements sont pourvus de dispensaires, confiés à des infirmiers (souvent des infirmiers « du premier cycle », formés en 2 ans à partir du niveau du certificat d'études primaires). Au-dessus, tous les cercles disposent de centres de santé, qui ont une capacité d'hospitalisation et un petit bloc chirurgical, et qui sont en réalité le premier échelon de la présence médicale ; quelques rares cercles sont aussi dotés d'un hôpital secondaire. Dans les chefs-lieux de région se trouvent les hôpitaux régionaux et les directions régionales de la santé. Enfin, à Bamako sont rassemblés les hôpitaux nationaux, les instituts (Institut national de recherche en santé publique...) et les services spécialisés (Centre National de Transfusion Sanguine, Centre d'Odonto-stomatologie, etc.), et, bien entendu, les directions nationales du Ministère de la santé.

Il convient aussi de mentionner la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), société d'Etat qui a bénéficié jusqu'en 1991 du monopole de l'importation et de la distribution des médicaments ; l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), qui ne gère pas un régime d'assurance-maladie, mais dont les centres médicaux soignent en pratique la population générale ; l'infrastructure sanitaire des forces armées, ainsi que quelques dispensaires, cliniques et cabinets privés.

Sur le papier, chaque niveau de cette pyramide a des missions précises, un personnel donné et un équipement standard. Sur le papier aussi, les trois premiers niveaux dispensent des soins de santé primaires aux populations avoisinantes et orientent les patients dont l'état l'exige vers les formations de niveau supérieur. Théoriquement, enfin, chaque niveau est supervisé par celui qui lui est supérieur.

3. Résultats

Nous exposons les résultats obtenus sur les activités des formations sanitaires d'abord, ensuite, ceux relatifs au financement des services de santé au Mali.

3.1 Activités

On s'intéresse ici au volume et à la qualité des activités médicales et para-médicales, au coût moyen par activité, et à la productivité du personnel. Les deux premières composantes sont fonction essentiellement de la densité, de la répartition et de la qualification du personnel soignant.

La densité médicale est faible au Mali. Environ 2 075 employés du Ministère de la santé publique et des affaires sociales travaillent dans les diverses installations de santé du pays. Ils se répartissent comme suit : 249 médecins, 562 infirmiers d'Etat, 256 sages-femmes, 749 aides-infirmières, 194 hygiénistes et 65 agents du développement communautaire. Ces agents sont très inégalement distribués à travers le pays avec une forte concentration dans le district de Bamako. En effet, pour environ 10 % seulement de la population nationale, Bamako absorbe 42 % des médecins, 40 % des infirmiers et plus de la moitié des sages-femmes (Anonyme, 1990a : 3).

Cette inégale répartition du personnel de santé, conjuguée au manque de formation et au dysfonctionnement du système (manque de contrôle hiérarchique, détournement, vol, pratiques illégales...), ont conduit à des activités dont tant le volume que la qualité laissent à désirer. Dans ce qui suit, nous analyserons le volume de l'activité en utilisant les taux de fréquentation et d'hospitalisation ; quant à la qualité de l'activité, elle sera appréciée par le taux d'utilisation des examens paracliniques.

Pour ce qui concerne la fréquentation, on voudrait pouvoir disposer du nombre total des consultants de l'ensemble des formations sanitaires, pour le rapporter à la population nationale. Toutefois, dans

beaucoup de formations sanitaires, l'enregistrement est si peu soigné qu'on ne connaît pas le nombre de consultants (ou nouveaux malades), mais simplement le nombre de noms couchés sur les registres, sans doute plus proche du nombre de consultations (toute visite d'un malade à un professionnel de santé) que du nombre de consultants. Pour ces formations, on a été obligé de calculer un taux de fréquentation des consultations. C'est que les agents chargés de tenir les statistiques sanitaires comptent facilement comme consultant un malade venu subir un traitement pour une maladie pour laquelle il a été déjà enregistré quelques jours auparavant. Et si on leur demande le nombre de consultations, ils corrigent sans hésiter le nombre de noms relevés dans les registres, en le multipliant par exemple par deux. Les taux de fréquentation tirés des statistiques sanitaires de routine sont donc toujours erronés, et sans doute souvent surestimés.

En 1986, pour les 4,8 millions d'habitants des cercles ne disposant pas d'un hôpital, il y aurait eu, d'après nos décomptes, environ 700 000 consultants, ce qui correspond à un taux de fréquentation de 15 % ; pour les 2,8 millions d'habitants des cercles disposant d'un hôpital, on a relevé un peu plus de 1,5 millions de consultations, ce qui donne un taux de 55 % ; quant au taux d'hospitalisation, il ne dépasse pas 1,4 % (cf. Brunet-Jailly, 1989b : 155). Au Sénégal, le taux de fréquentation des consultations était supérieur à 9 % en 1979, année pour laquelle le taux d'hospitalisation était voisin de 3 % (Brunet-Jailly, 1989b : 156).

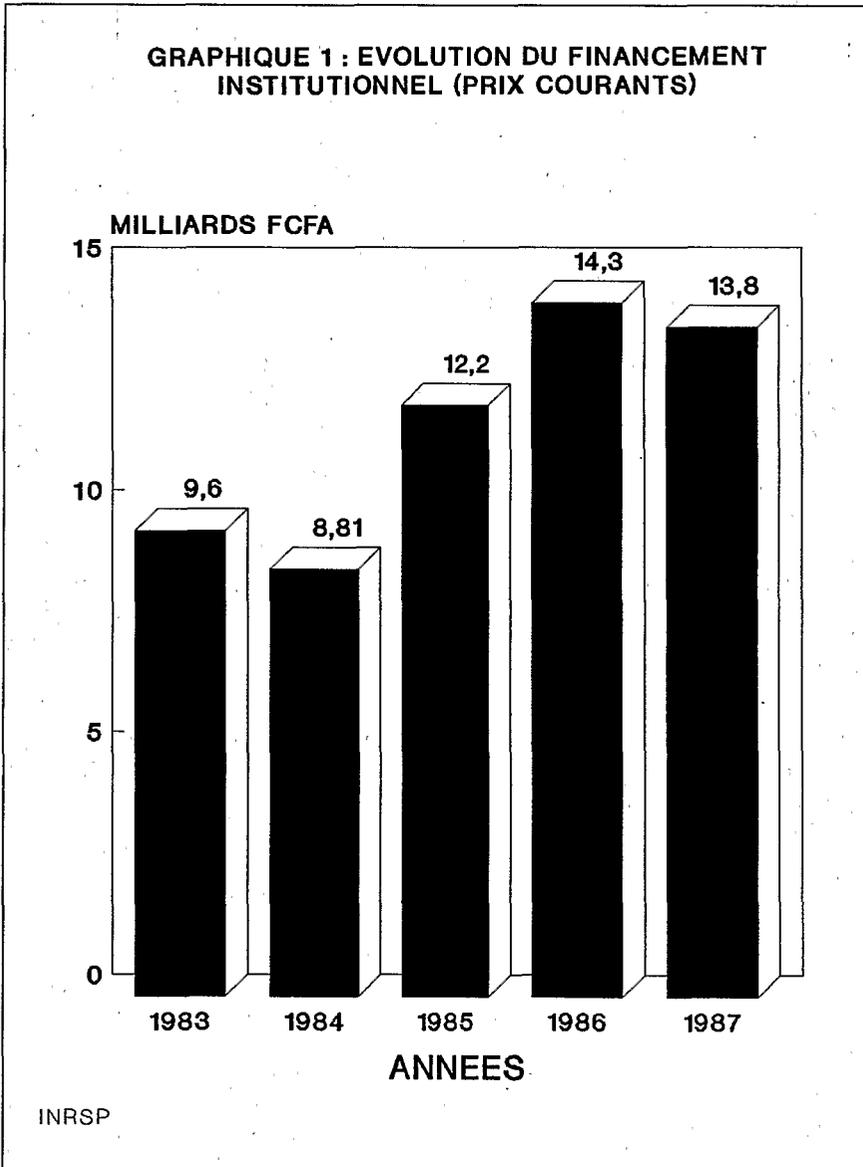
S'agissant de la qualité des soins, force est de reconnaître que le niveau technique des soins dispensés est très faible : on en juge par le fait que les examens cliniques, même les plus élémentaires, sont très peu utilisés (moins d'un examen par malade hospitalisé dans un hôpital secondaire, environ 4 dans un hôpital national, cf. Brunet-Jailly, 1989a : 123-138).

Le calcul du coût moyen, par activité, du nombre d'actes effectués selon le niveau du personnel (médecins généralistes, médecins spécialistes, infirmiers notamment) et l'étude de son évolution — pour avoir une idée de ce que peut être la productivité du personnel de santé — n'étaient absolument pas envisageable, compte tenu de la qualité si médiocre des données recueillies sur les activités durant la période de l'enquête, et de la mauvaise tenue de l'information.

3.2 Financement institutionnel

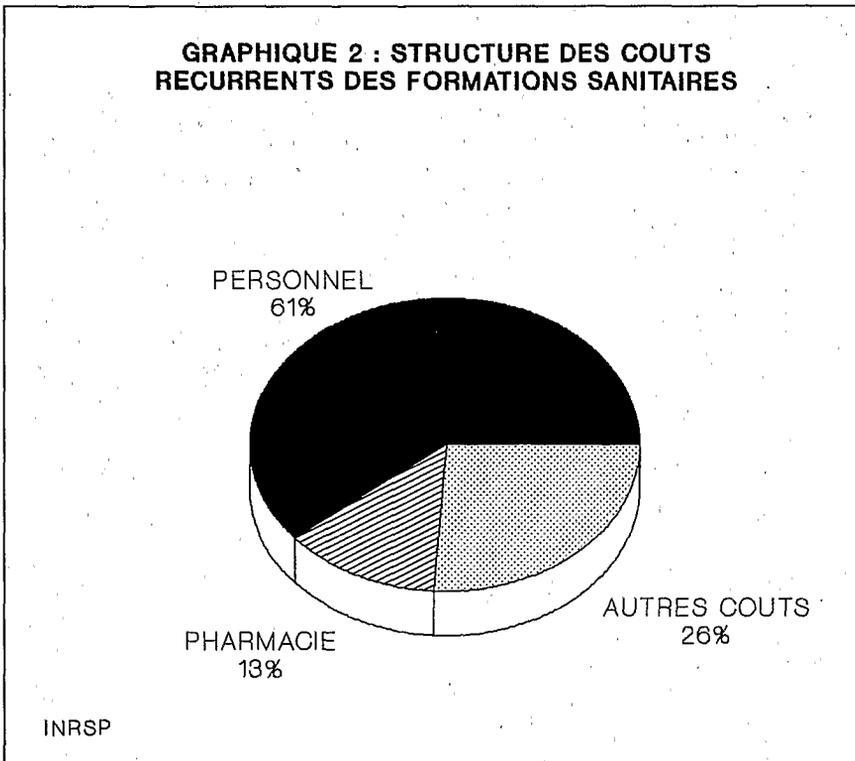
Nous distinguons financement institutionnel et financement total. Le premier est l'ensemble des dépenses qui font l'objet d'un enregistrement dans les comptes des institutions publiques ou privées. Voyons d'abord son évolution, ensuite sa structure.

Les dépenses institutionnelles de fonctionnement et d'investissement augmentent sur la période de 1983 à 1987, passant de 9,6 milliards à 13,8 (cf. graphique 1), ce qui donne un taux d'accroissement moyen de 7,6% par an (Diarra, Coulibaly, 1990 : 126-128).



Sur l'ensemble de la période, 84 % de ce financement sont affectés aux coûts récurrents, et 16 % aux investissements.

Quant à la structure des seuls coûts récurrents (cf. graphique 2), hors achats privés de produits pharmaceutiques, structure qui est donc celle des dépenses de fonctionnement des formations sanitaires publiques, elle est la suivante : 61 % pour les frais de personnel, 13 % pour les produits pharmaceutiques et 26 % pour les autres coûts récurrents.

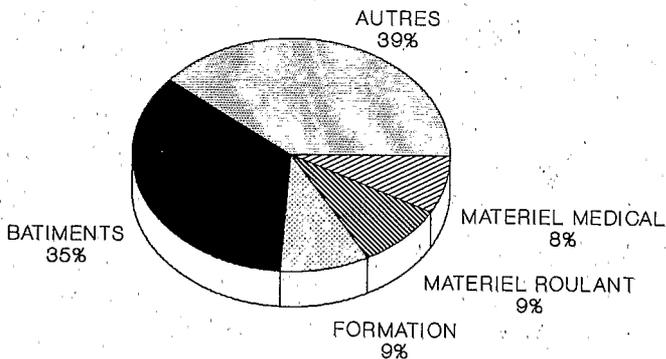


Les investissements ont plus que doublé entre 1983 et 1987 (ils sont passés de 1,2 à 2,6 milliards de F CFA), essentiellement du fait de la réalisation, en fin de période, des opérations financées par le Projet de développement sanitaire de la Banque Mondiale. Mais d'autres intervenants sont présents, souvent pour réaliser des investissements surdimensionnés : par exemple, la construction de l'hôpital de Tombouctou (3 milliards de F CFA pour 84 lits) et celle des hôpitaux de Diré et de Niafunké, le tout financé par la Banque Africaine de Développement, sans que ni les prêteurs ni les emprunteurs ne se préoccupent de l'effet ultérieur sur le niveau des dépenses de fonctionnement.

L'analyse des investissements montre que les constructions de bâtiments occupent 35 % du total des dépenses d'investissement, contre 9 % pour les dépenses de formation (bourses d'études) et 9 % pour le matériel roulant. Le matériel médical n'en représente que 8 %, et les autres dépenses d'investissement (achats de literie, de réfrigérateurs et d'autre matériel non médical) comptent pour 39 % de l'ensemble des investissements du secteur (cf. graphique 3). Ces investissements réalisés dans le secteur de la santé sont de plus en plus financés par les sources extérieures : 81 % en 1987 contre 26 % en 1983.

Il convient encore de préciser que la part de l'Etat dans le financement des dépenses de santé est très inégalement répartie entre les niveaux de la pyramide sanitaire : les formations sanitaires des Régions bénéficient de 38 % du total, les hôpitaux nationaux en reçoivent 22 à 28 % selon l'année, l'Administration centrale en prend 23 à 29 %, et le reste revient aux autres services, tous situés dans la capitale (instituts, banque de sang,). Les autres sources interviennent généralement dans les centres de santé de cercle et d'arrondissement (Brunet-Jailly *et alii*, 1989 : 20-21).

GRAPHIQUE 3 : STRUCTURE DES INVESTISSEMENTS PAR NATURE



Un calcul rapide des dépenses institutionnelles de santé par habitant et par cercle nous donne des chiffres qui varient entre 190 F CFA à Bankass et 9 544 F CFA dans le district de Bamako (Brunet-Jailly *et alii*, 1989 : 16).

3.3 Ensemble des financements

Certaines dépenses de santé ne passent pas par les comptes des institutions, et il faut les considérer. Il s'agit notamment des contributions des familles aux dépenses de santé, contributions qui prennent des formes multiples, à savoir :

- le recours à la médecine traditionnelle ;
- les dépenses de médicaments ne passant pas par les voies officielles ;
- les dépenses de transport pour raison de santé ;
- les honoraires médicaux et paramédicaux privés.

Au total, en prenant en compte les dépenses des familles, l'ordre de grandeur des dépenses de fonctionnement du secteur de la santé serait de 20 milliards F CFA pour l'année 1986 (Brunet-Jailly *et alii*, 1989 : 28 ; voir tableau page suivante).

On voit que les soins sont loin d'être gratuits au Mali, et que l'Etat n'assume qu'une faible part de leur coût. Ainsi, pour un financement de 20 milliards de F CFA de dépenses courantes de santé, les ménages interviennent pour plus de 15 milliards, et les sources publiques pour moins de 5 milliards. Les dépenses de santé sont financées pour l'essentiel par les familles, et le principal poste est, de loin, celui des achats de produits pharmaceutiques.

Le fait que les dépenses de santé reposent essentiellement sur les ressources des familles explique les grandes disparités que l'on constate dans les enquêtes directes sur les dépenses privées. Ainsi, dans le district de Bamako, les familles des fonctionnaires de l'enseignement et de la culture, dépensent en moyenne, en avril 1987, 4 168 F CFA par personne et par an pour la santé (Brunet-Jailly, 1988). Dans un quartier « spontané » de Bamako (Bankoni), on enregistre une dépense par habitant bien inférieure : pour une taille moyenne de 6 personnes par ménage, la dépense de santé est de 6 285 F CFA (Diarra *et alii*, 1990 : 70) par ménage, soit une dépense par habitant inférieure à 1 100 F CFA.

Pour l'avenir, on devra encore tenir compte de la poursuite du désengagement de l'Etat. La part allouée par le budget d'Etat à la santé est passée de 8,5 % à 4 % entre 1968 et 1987. (cf. graphique 4 d'après Brunet-Jailly, 1989b : 186).

**Répartition du financement
des coûts récurrents de la santé 1986**

	millions F CFA	%
Financement public		
Etat	4 200	
Autres publics	90	
Opération de développement	8	
INPS	380	

	4 678	23
Budgets familiaux		
Tarification	236	
Médicaments	12 000	
Médecine traditionnelle	2 000	
Transport	300	
Honoraires privés clandestins	500	

	15 036	74
Aide extérieure	542	3

Total	20 256	100

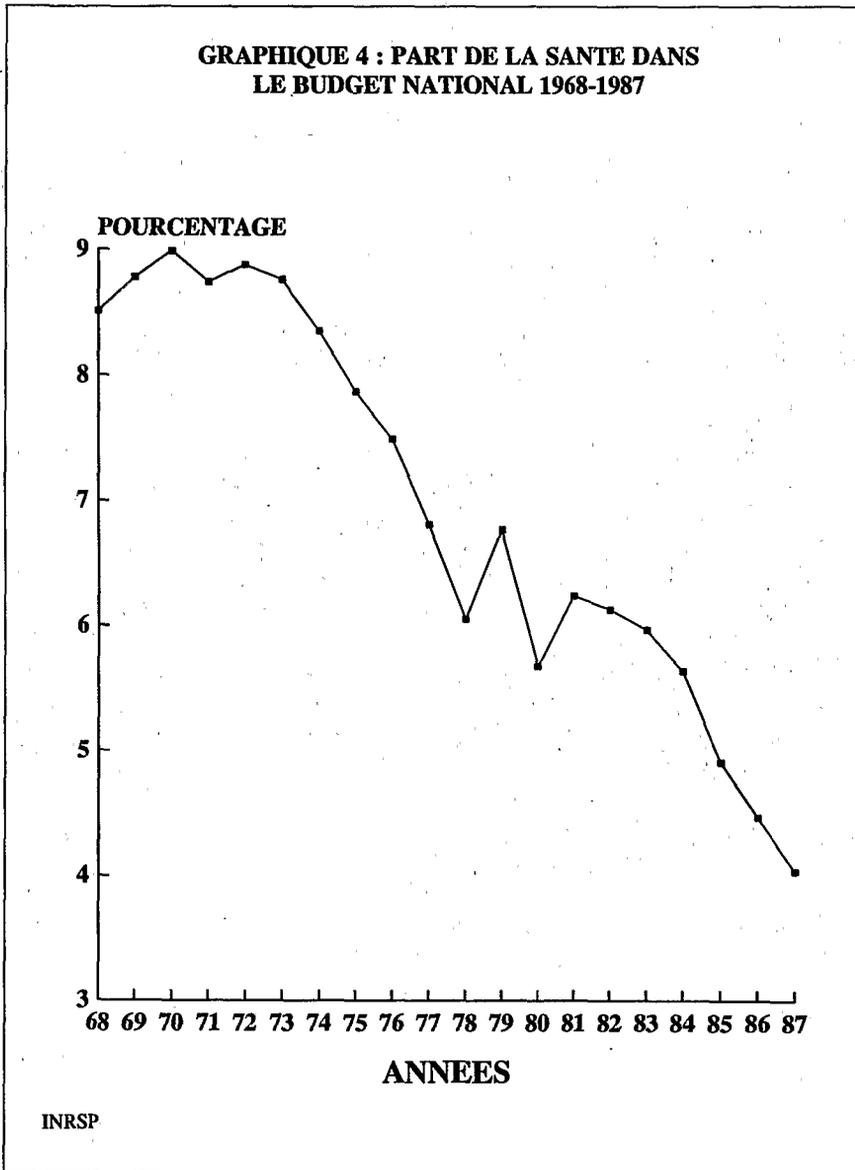
Face à cette situation, nous voudrions considérer plusieurs éventualités envisageables, avant de proposer quelques éléments de solution au problème de financement des services de santé.

4. Alternatives en matière de financement

Le désengagement de l'Etat dans le financement du secteur de la santé, évoqué plus haut, a eu pour conséquence une dégradation continue des services de santé. Pour résoudre cette crise, les décideurs du secteur sanitaire ont envisagé de nouvelles options de financement telles que le recouvrement des coûts, l'assurance maladie, la mutualité, la privatisation des professions médicales et la politique du médicament.

4.1 Recouvrement des coûts

Le recouvrement des coûts dans le contexte malien a pour objectif essentiel l'amélioration de la qualité des soins. Il consiste dans la mise



en œuvre d'une tarification de certaines prestations, délivrées à certains bénéficiaires. Son but est de mettre à la disposition des formations sanitaires quelques recettes pour faire face aux dépenses de fonctionnement élémentaires (Anonyme, 1990b : 108).

Cette définition ainsi formulée ne nous donne pas entière satisfaction. En effet, la tarification ne peut pas être une condition suffisante de l'amélioration de la qualité des soins : tout dépend en réalité de l'utilisation qui sera faite des fonds recueillis. On connaît des cas dans lesquels les premières recettes ont servi à repeindre le logement du médecin-chef ou à réparer un véhicule destiné à lui rendre les déplacements plus aisés. Or, l'amélioration de la qualité des soins est essentiellement fonction du plateau technique, de la qualification du personnel, de sa motivation et de sa conscience professionnelle.

Au demeurant, il ne saurait être question de couvrir, sur les recettes issues de la tarification, la totalité des charges des formations sanitaires. Le coût du personnel fonctionnaire restera, pense-t-on, à la charge de l'Etat.

En outre, le recouvrement des coûts sera difficile à mettre en œuvre, étant donné les pratiques qui se sont instaurées dans le système de santé depuis de longues années. On en juge d'après l'importance des gratuités. Ainsi, dans les hôpitaux, après déduction de toutes les journées des services de psychiatrie et de phthisiologie (les maladies mentales et la tuberculose sont traitées gratuitement), 32 % des journées d'hospitalisation sont gratuites à l'hôpital secondaire de San, et 50 % à l'hôpital National du Point G (Brunet-Jailly, 1989a : 138-153). Il faut savoir que la quasi-totalité des cas de gratuité font l'objet de rétributions privées versées par les patients au personnel de santé.

Il est évident que dans un tel contexte, le niveau des sommes provenant de la tarification ne peut atteindre un montant substantiel. Ce montant a été estimé à environ 300 millions de F CFA en 1986 (Brunet-Jailly *et alii*, 1989 : 113).

Cependant, si timide soit-il, le recouvrement des coûts semble bien organisé dans des localités bénéficiant d'une aide extérieure.

Deux études réalisées dans le cadre de la relance des soins de santé primaires dans le cercle de Bandiagara (Mariko, 1989 ; Mariko, 1990) ont montré que l'objectif de la tarification a été largement atteint. En effet, la fréquentation des centres de santé a augmenté, les recettes issues de la tarification dans ces centres permettent de couvrir une partie importante des dépenses de fonctionnement considérées comme justifiées; et le coût de l'ordonnance a nettement baissé par rapport à la période antérieure.

Une autre étude récente menée dans la région de Koulikoro montre que, d'après les données recueillies, l'ensemble du système, tel qu'il est décrit par les documents comptables, est excédentaire : le ratio des recettes totales aux dépenses totales est égal à 1,3 (Mariko, 1990).

Sur la base de ces différents résultats, on peut dire que le système de recouvrement des coûts, associé à un approvisionnement en médicaments essentiels vendus au prix le plus bas, est à encourager.

4.2 Assurance maladie et mutualité

Le système d'assurance maladie qui existe actuellement au Mali est embryonnaire (moins de 1 % de la population bénéficie d'un système de protection socio-sanitaire). Ce système, organisé par l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), concerne les seuls salariés non fonctionnaires (environ 100 000 en 1986) et présente quelques éléments d'un système de médecine du travail, quelques éléments d'un système d'assurance accidents du travail, et quelques éléments d'un système de médecine de caisse.

Nous n'avons pas pu obtenir la moindre information des assurances privées.

Dans le cadre de la mutualité, la seule expérience concerne la Mutuelle des Travailleurs de l'Enseignement et de la Culture (MUTEC), qui a d'abord mis en place un régime complémentaire de retraite, puis a ouvert ensuite, en 1990, un centre de santé offrant ses soins aux adhérents et à leurs familles.

4.3 La privatisation

Bien que la pratique privée de la médecine ait été rendue légale depuis septembre 1983, on ne comptait en 1988 que 9 médecins, 4 infirmières d'Etat, 3 sages-femmes et 29 pharmaciens privés, établis pour la plupart à Bamako (Brunet-Jailly, 1989b). En l'espace de trois ans, la situation s'est profondément modifiée pour les pharmaciens, devenus même trop nombreux aujourd'hui à Bamako (sans doute plus de 70, sur 110 installés en officine). Mais, au début de 1992, six médecins seulement sont installés dans les campagnes.

Parallèlement aux praticiens officiellement installés, la pratique privée clandestine de la médecine semble trouver un terrain favorable chez les professionnels du secteur public (qui ont toujours pratiqué impunément, à titre privé, dans l'illégalité), et chez les malades pour lesquels tout porteur de blouse blanche est considéré comme médecin. Les professionnels chargés de faire respecter la déontologie se comportent jusqu'à présent comme de simples spectateurs, et semblent surtout intéressés par le titre, et les petits honneurs et petits avantages liés à ce titre.

En 1986, les ménages ont dépensé environ 500 millions de F CFA auprès de la médecine privée clandestine (Brunet-Jailly et alii, 1989 : 27).

4.4 Politique pharmaceutique

Jusqu'en 1990, la plupart des médicaments étaient importés par la PPM, entité parapublique dépendant du Ministère de la Santé Publique

et des Affaires Sociales ; l'INPS, l'armée et les ONG importaient aussi à concurrence de leurs besoins propres. On a montré qu'environ 86 % des achats effectués par la PPM provenaient de marchés passés de gré à gré, et portaient sur des spécialités. Cette stratégie d'achat au prix le plus élevé coûtait au pays, et à ses malades, quatre fois plus cher qu'un approvisionnement en médicaments essentiels achetés par appels d'offres sur le marché international (Brunet-Jailly *et alii*, 1989 : 47).

Des programmes visant à rendre le médicament plus accessible et au prix le plus bas ont été entrepris depuis le milieu des années 1980. Le premier, dénommé « réforme pharmaceutique », utilisait une liste restreinte de médicaments essentiels qui devaient être rendus disponibles dans quelques officines pharmaceutiques de Bamako et dans la zone du projet de développement sanitaire de la Banque Mondiale (cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba). Il a échoué, devant l'opposition inavouée mais efficace des prescripteurs, et devant la cupidité des vendeurs, qui ont su vendre les médicaments essentiels aux prix des spécialités et faire main basse sur la différence. On a invoqué, pour excuser les uns et les autres, des besoins de formation.

Le second programme, à peine conçu, a avorté : c'est l'« Initiative de Bamako », plus ambitieuse encore que la « réforme pharmaceutique », puisqu'elle devait permettre de financer, par le bénéfice réalisé sur la vente des médicaments essentiels, certaines dépenses courantes des formations sanitaires. Ce programme s'est réduit comme peau de chagrin du jour où la Banque Mondiale a obtenu que la Pharmacie Populaire du Mali soit privée de son réseau de distribution et de son monopole d'importation, et que les prix des médicaments soient libérés.

Conclusion

La crise du financement du secteur de la santé au Mali résulte d'abord d'un gigantesque gaspillage, et la première solution consiste donc à réduire les coûts, notamment sur les points suivants :

— une réduction des objectifs d'investissement dans le secteur : des enquêtes de terrain réalisées en 1987 nous ont permis de constater non seulement que les taux d'occupation des lits sont très faibles comme l'est l'activité des consultations externes, mais encore que de nombreux investissements neufs n'ont jamais été mis en service (au moins 7 maternités rurales, 2 centres de Protection Maternelle et Infantile, 2 laboratoires, 1 cabinet dentaire et 1 bloc chirurgical), soit par manque d'équipement nécessaire, soit par manque de personnel qualifié, sans compter d'autres opérations grossièrement surdimensionnées dans

certaines localités où ni le taux de fréquentation, ni les conditions économiques ne permettront jamais d'utiliser la capacité créée ;

— l'application et l'extension d'une politique des médicaments essentiels, afin de rendre les médicaments géographiquement et financièrement accessibles à toute la population nationale.

A ces deux actions, il sera nécessaire d'associer la création de ressources nouvelles. Cela exigera la mobilisation de ressources supplémentaires à l'intérieur du secteur de la santé par une meilleure application de la tarification, son extension à tous les actes médicaux et à toutes les formations sanitaires, tout en définissant des conditions étroites de gratuité et en veillant à leur respect.

Si on associe à ces trois actions une bonne gestion des ressources humaines et financières déjà disponibles au sein du secteur de la santé, et une politique d'information incitant la population à fréquenter les formations sanitaires — ceci suppose une reprise en main du personnel socio-sanitaire —, un système de recouvrement des coûts élargi aux médicaments en Dénomination Commune Internationale (DCI) comme cela se fait dans les centres de santé communautaire qui ont vu le jour ces dernières années, tout cela peut fournir un début de réponse à la crise de financement que connaît le système de santé du Mali.

RÉFÉRENCES

- ANONYME (1990a) : *Plan quinquennal de développement socio-sanitaire 1990-1994*, présentation générale, DNPFS/DNSP (DRSP-Sikasso), juin 1990, 123 p.
- ANONYME (1990b) : *République du Mali : santé, population alimentation en eau des zones rurales (deuxième projet)*, Banque Mondiale, Division Population et Ressources Humaines, Département du Sahel, Région d'Afrique, novembre 1990, non publié.
- BRUNET-JAILLY J. (1988) : *La consommation médicale des familles des personnels de l'enseignement et de la culture à Bamako*, INRSP, Bamako, 1988, 41 p.
- BRUNET-JAILLY J. (1989a) : *Etudes de cas sur le fonctionnement du système de santé au Mali*, INRSP, Bamako, janvier 1989, 186 p.
- BRUNET-JAILLY J. (1989b) : « Le financement de la santé dans les pays pauvres : recouvrer les coûts ou les réduire », in : Association d'Economie Sociale, Laboratoire d'Etudes et de Recherches Economique de l'Université de Caen, *L'économie sociale dans les pays en développement*, Caen, 1989, 149-188.
- BRUNET-JAILLY J., DIARRA K., COULIBALY S. O. et alii (1989) : *Le financement des coûts récurrents de la santé au Mali*, INRSP, Bamako, avril 1989, 179 p.
- CUMPER G. (1986) : *Health sector financing : estimating health expenditure in developing countries*, EPC publication Number 9, London, 1986, 73 p.

- DIARRA K., COULIBALY S. O. (1990) : « Financing of recurrent health costs in Mali », *Health Policy and Planning*, London, 5 (2), June 1990, 126-138.
- DIARRA T., TRAORÉ S., DIAKITÉ B.DJ., PAIRAULT C. (1990) : *Les conditions de vie, les dépenses de santé et les recours aux soins dans le quartier de Bankoni*, vol. 1, INRSP, Bamako, novembre 1990, 151 p.
- FARDEAU M. (1990) : *Cours d'économie de la santé*, DESS Economie et Gestion du Système de Santé, Université de Paris I, Panthéon-Sorbonne, année universitaire 1989-1990.
- MARIKO M. (1989) : *Evaluation des dépenses de santé des institutions dans le cercle de Bandiagara*, INRSP, Bamako, novembre 1989, 47 p.
- MARIKO M. (1990) : *Diagnostic du système de recouvrement des coûts de la deuxième région*, INRSP, Bamako, novembre 1990, 98 p.