



WORLD HEALTH ORGANIZATION
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

DISTR. : LIMITED
DISTR. : LIMITEE

WHO/SHS/NHP/89.10

FRANCAIS SEULEMENT

LE FINANCEMENT DES COUTS RECURRENENTS
DE LA SANTE AU MALI



Conseiller scientifique: J. Brunet-Jailly
Chercheurs: Seydou O. Coulibaly, Kafing Diarra
Chef de projet: Amadou Koita

Cette étude a été réalisée avec l'appui
de la Division du Renforcement des
Services de Santé, OMS, Genève et
de l'USAID, Washington, D.C.

This document is not issued to the general public, and all rights are reserved by the World Health Organization (WHO). The document may not be reviewed, abstracted, quoted, reproduced or translated, in part or in whole, without the prior written permission of WHO. No part of this document may be stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means - electronic, mechanical or other without the prior written permission of WHO.

The views expressed in documents by named authors are solely the responsibility of those authors.

Ce document n'est pas destiné à être distribué au grand public et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Il ne peut être commenté, résumé, cité, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, sans une autorisation préalable écrite de l'OMS. Aucune partie ne doit être chargée dans un système de recherche documentaire ou diffusée sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit - électronique, mécanique, ou autre - sans une autorisation préalable écrite de l'OMS.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

Le texte ici publié est celui de la version finale du rapport, terminée en avril 1989, alors que le résumé détaillé publié en anglais ^(o) reposait sur la première rédaction, achevée en septembre 1988. Entre ces deux dates, des corrections assez importantes ont été apportées à la première rédaction: en particulier, on a tiré toutes les conséquences des informations disponibles concernant les dépenses de médicaments (cf. tableau 10 et son commentaire), de façon à rendre cohérentes les estimations décrivant les financements de l'année 1986 (cf. tableau 11) et celles qui concernent les différentes alternatives étudiées (cf. tableau 23 à 25). Pour cette raison, les chiffres apparaissant dans ces derniers tableaux sont assez différents de ceux qu'on trouve aux pages 83-89 de la publication en langue anglaise. Mais le lecteur pourra vérifier que les corrections ne font que renforcer les conclusions de l'étude, et notamment l'intérêt essentiel de l'application effective de la politique d'approvisionnement pharmaceutique en principe adoptée par le Mali depuis 1984 et d'une amélioration sensible de la gestion du médicament.

(o) A. KOITA, J. BRUNET-JAILLY, S. COULIBALY, K. DIARRA. Mali, in Brian ABEL-SMITH, Andrew CREESE (eds): Recurrent Costs in the Health Sector, Problems and Policy Options in Three Countries, World Health Organization, Geneva-USAID, Washington D.C., 165 p. WHO/SHS/NHP/89.8.

Préface

La présente étude a été réalisée dans le cadre d'un projet de comparaison internationale des solutions envisageables au problème du financement des coûts récurrents de la santé. Ce projet a été financé à partir de 1987 par l'USAID et la réalisation en a été confiée à l'OMS (Genève), sous la direction du Professeur B. ABEL-SMITH (Londres) et d'A. CREESE (OMS, Genève). Au Mali, le Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales en a chargé l'INRSP (Institut National de Recherche en Santé Publique), sous le contrôle d'un comité technique composé par la Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire et Sociale:

- Docteur Bokar TOURE, Directeur National, DNPFS
- M. Bréhima DIALLO, Chef de Division, DNPFS
- Mme Claudine COPPEL, Assistant Technique, DNPFS
- Professeur Joseph BRUNET-JAILLY, ORSTOM-INRSP
- Professeur Abdoulaye AG RHALY, Directeur Général, INRSP
- M. Amadou KOITA, Chef de projet, INRSP

L'enquête menée dans toutes les régions et dans chacun des cercles du Mali a été réalisée par:

- Mme Mariam THERA
- M. Seydou O. COULIBALY
- M. Rissa Ag TAKRIST
- M. Kafing DIARRA
- M. Adama SOUMANO
- Mlle Fatimata OUATYTARA
- M. Cheick Fantamady SISSOKO
- M. Amadou DJIGUIBA

La saisie des données recueillies, concernant tant les activités des formations sanitaires que les moyens financiers dont elles ont disposé au cours des années 1983 à 1987, a été effectuée par Adama TRAORE. Leur exploitation a été réalisée par Seydou O. COULIBALY et Kafing DIARRA.

Le présent rapport a été rédigé par Seydou O. COULIBALY et Kafing DIARRA, pour ce qui concerne l'introduction et les trois premières parties, et par le Professeur BRUNET-JAILLY pour les trois parties suivantes.

Les auteurs remercient les directeurs régionaux de la santé publique des sept régions administratives, les médecins-chefs de tous les centres de santé de cercle du pays, et les agents administratifs qui ont facilité le travail de terrain; les directeurs nationaux du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales, les responsables des organisations internationales, des coopérations bilatérales et des organisations non gouvernementales, ainsi que les directeurs des institutions publiques qui ont permis la collecte des données complémentaires auprès des services dépendant d'eux; les responsables de toutes les formations sanitaires dans lesquelles il a été possible de réaliser les études de cas détaillées; et Andrew CREESE, dont les conseils et les encouragements ont été des plus appréciés. Sans la contribution de tous et de chacun, ce travail n'aurait pas pu être mené à bien.

Tables des matières

Introduction	1
Chapitre 1: Comptes nationaux de la santé, sources et définition	3
1. Organisation des services de santé	3
2. Collecte des données de base	4
3. Délimitation du secteur de la santé	6
4. Niveau de désagrégation des données	6
5. Qualité des données	11
Chapitre 2: Comptes nationaux de la santé, résultats	12
1. Caractéristiques générales du financement institutionnel	12
2. Structure du financement institutionnel	16
3. Prise en compte du financement hors institutions	21
Chapitre 3: Analyse de certaines activités	29
1. Fréquentation des centres de santé	29
2. Fréquentation et activités des hôpitaux	32
Chapitre 4: Elaboration d'un modèle de simulation	41
Objectifs et étapes	41
Délimitation du modèle	42
Choix des valeurs retenues pour les niveaux d'activité et de coût	44
Paramètres d'activité, de fréquentation et de coût	44
Prix des médicaments	45
1. Le niveau villageois	47
2. Consultations dans les dispensaires d'arrondissement	49
2.1 Taux de fréquentation des services	49
2.2 Coût moyen des prescriptions	50
2.3 Prescription privée et automédication	51
3. Consultations dans les centres de santé de cercle	52
3.1 Taux de fréquentation des consultations externes	54
3.2 Coût moyen des prescriptions remises aux consultants	55
3.3 Prescription privée et automédication	57
4. Consultations et consommation pharmaceutique à Bamako	58
5. Hospitalisations	59
5.1 Taux d'hospitalisation	60
5.2 Coût moyen des médicaments par hospitalisé	61
6. Examens de laboratoire	62
7. Synthèse des paramètres essentiels	63

Chapitre 5:	Eventualités considérées en matière de financement	66
	1. Eventualités utilisant de nouvelles source de financement	67
	1.1 Recouvrement des coûts	67
	1.2 Assurance maladie et mutualité	71
	1.3 Financements publics décentralisés	73
	1.4 Initiative de Bamako	74
	2. Eventualités liées à des modifications de structures	76
	2.1 Privatisation	76
	2.1.1 Situation actuelle	76
	2.1.2 Eventualités à considérer	78
	2.2 Politique pharmaceutique	80
	2.2.1 Principes	81
	2.2.2 Réalités et éventualités à considérer	84
	2.3 Décentralisation effective des responsabilités	88
Chapitre 6:	Coût et financement des diverses stratégies	91
	1. Impact prévisible de la politique pharmaceutique	95
	2. Impact prévisible du recours aux autres sources	99
	3. Solution proposée	102
	3.1 Faisabilité d'un ensemble de mesures nouvelles	102
	3.2 Esquisse des modalités de mise en oeuvre	106
Resumé		109
	1. Tableau d'ensemble du financement de la santé	110
	1.1 Principaux postes	110
	1.2 Rôle du financement public et de la tarification	111
	2. Perspectives d'avenir	113
	2.1 Fausses solutions	113
	2.2 Une opportunité à saisir	114
	2.3 Conditions de réussite	116
Bibliographie		118
Annexes		122

Abréviations

AN/RM:	Assemblée Nationale de la République du Mali
APE:	Association des Parents d'Elèves
CAB:	Cabinet
CAC:	Centre d'Action Coopérative
CAF:	Cellule Administrative et Financière
CEPI:	Centre d'Etude et de Promotion Industrielle
CMDI:	Compagnie Malienne de Développement Textile
CMIE:	Centre Médical Inter-Entreprises
CSA:	Centre de Santé d'Arrondissement
CSC:	Centre de Santé de Cercle
DCI:	Dénomination Commune Internationale
DNP:	Direction National du Plan
FCFA:	Franc de la Communauté Financière Africaine
FED:	Fonds Européen de Développement
GTZ:	Agence de Coopération Allemande
INPS:	Institut national de Prévoyance Sociale
IOTA:	Institut d'Ophthalmologie Tropicale Africaine
MDM:	Médecine du Monde
MECTSEE:	Ministère d'Etat Cjargé de la Tutelle des Sociétés et Entreprises d'Etat
MEEP:	Ministère d'Etat Chargé de l'Economie et du Plan
MFC:	Ministère des Finances et du Commerce
MS:	Magasin Santé
MSF:	Médecins sans Frontières
MSPAS	Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG:	Organisation Non Gouvernementale
PGRM:	Présidence du Gouvernement de la République du Mali
PNB:	Produit National Brut
PNUD:	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPM:	Pharmacie Populaire du Mali
TTC:	Toutes Taxes Comprises
UNICEF:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VA:	Valeur Absolue

Introduction

Cette étude avait les objectifs suivants:

- recueillir les données essentielles sur le financement de la santé au Mali pour tenter de construire des comptes nationaux de la santé;
- commencer l'analyse économique des dépenses de santé, en utilisant les investigations évoquées ci-dessus et les travaux antérieurs, micro ou macro-économiques, sur le sujet;
- réaliser un certain nombre d'études de cas pour chiffrer le plus exactement possible le coût effectif de prestations de qualité contrôlée dans le contexte du Mali;
- décrire la politique de santé, au cours des années passées, et les perspectives actuelles de réorientation pour faire face au financement des charges renouvelables dans l'avenir.

Dans le but de dégager des stratégies permettant d'accroître les ressources du secteur de la santé, on a retenu deux domaines principaux d'investigation, afin de parvenir à répondre à un certain nombre de questions assez précises, qui sont résumées ci-dessous.

Fonctionnement actuel du système

- 1) Quel est le niveau actuel des dépenses de santé publiques et privées, nationales et extérieures?
 - au total
 - par nature
 - par région géographique
 - par habitant
 - par niveau de la pyramide sanitaire
- 2) Comment les différentes sources de financement répartissent-elles leurs fonds entre coûts récurrents et investissements, et par niveau ?
- 3) Quelle est la proportion des dépenses de fonctionnement par rapport aux investissements et celle des salaires par rapport aux autres coûts récurrents, par type de formation sanitaire ?
- 4) Quel est le niveau du financement de la santé par les sources autres que l'Etat ?
- 5) Quels sont les taux d'utilisation de certains actes médicaux tels que consultations ou hospitalisations ? Quels sont les taux d'occupation des lits ? Et quelle est la durée moyenne des hospitalisations ?
- 6) Quels sont les coûts unitaires par malade au niveau des hôpitaux secondaires, régionaux et nationaux ?

Projections et options de financement

- 1) Quels pourraient être les coûts des prestations de base de qualité contrôlée au cours des années à venir ?
- 2) Quelle est l'augmentation nécessaire du budget de fonctionnement qui permettrait de remédier aux problèmes de financement des coûts récurrents ?
- 3) Comment accroître les sommes mobilisées actuellement par les diverses sources de financement ?
- 4) Comment pourrait-on réorganiser le système actuel dans le but d'obtenir une contribution équitable des sources de financement et une allocation efficace des ressources obtenues ?
- 5) Quelles seraient les nouvelles sources de financement éventuelles et cela à quel coût ?

Dans le but de concentrer l'étude sur la contribution des diverses sources actuelles de financement et sur les moyens d'augmenter les ressources du secteur de la santé, il a été décidé de ne pas aborder, au cours de ce premier travail concernant le Mali, l'analyse de certains aspects du financement, tels que la préparation, l'exécution et le contrôle budgétaire, le processus d'allocation des ressources dans le domaine de la santé, ou encore l'analyse coût/bénéfice et coût/efficacité de certains grands programmes sanitaires.

Le plan du rapport sera donc le suivant:

1. Comptes nationaux de la santé: sources et définitions
2. Comptes nationaux de la santé: résultats
3. Analyse de certaines activités
4. Projections: cadre général, activités et coûts
5. Projections: éventualités considérées en matière de financement
6. Coût et financement de diverses stratégies

Chapitre 1

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE: SOURCES ET DEFINITIONS

Il s'est avéré nécessaire, compte tenu de l'état de l'information actuellement disponible au niveau central, de constituer une base de données utilisable pour la présente étude. La première tâche a donc consisté à rassembler, grâce à une enquête spéciale auprès de chaque direction régionale de la santé publique et de chaque centre de santé de cercle, les statistiques de base sur les activités sanitaires et sur les financements disponibles au cours des cinq dernières années.

Avant de présenter ces données, il est nécessaire de rappeler l'organisation du système de santé du Mali, qu'elles doivent décrire; on exposera ensuite la façon dont elles ont été collectées et exploitées: ce sera l'occasion de préciser les définitions et sources, ainsi que le cadre comptable retenu.

1. Organisation des services de santé

En vue de répondre aux besoins d'accessibilité des populations aux soins, le système de santé national a été organisé suivant un schéma pyramidal, se superposant au découpage administratif territorial; à chaque échelon administratif correspond un étage de la pyramide sanitaire.

Les services de la santé au Mali sont organisés de la façon suivante:

- des cases de soins et des pharmacies villageoises tenues dans certains villages par des hygiénistes-secouristes ou des accoucheuses traditionnelles;
- des maternités et dispensaires ruraux tenus par des aides-soignants et des matrones dans certains secteurs de base (groupements de villages);
- des centres de santé d'arrondissement, dans chaque chef-lieu d'arrondissement;
- des centres de santé de cercle, dits de premier degré s'ils sont implantés dans les chefs-lieux de cercle disposant d'un hôpital régional ou secondaire, et dits du second degré, équipés d'un bloc opératoire, dans les chefs-lieux de cercle ne disposant pas d'un hôpital;
- un échelon de recours pour les centres de santé, au niveau régional, pour répondre aux demandes qui n'ont pas pu être satisfaites au niveau local (hôpitaux secondaires et régionaux);
- les hôpitaux nationaux, les services spécialisés (centre national de transfusion sanguine, centre d'odonto-stomatologie, etc...), les laboratoires nationaux (INRSP), tous au niveau national, et les services dépendant d'organisations interafricai-

nes, tels que l'Institut Marchoux (dermatolérologie) et l'IOTA (ophtalmologie).

A ceci il faut encore ajouter les établissements publics tels que la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), qui dispose du monopole d'importation des médicaments et d'un réseau important d'officines et de dépôts pharmaceutiques, ou l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), qui gère un certain nombre de dispensaires pour ses activités de médecine du travail et d'assurance maladie; et encore l'infrastructure sanitaire des forces armées, et quelques dispensaires privés.

L'administration de la santé est composée des directions régionales (de la santé, des affaires sociales, de l'hygiène publique), dans chacune des sept régions et dans le district de Bamako; des directions nationales, du cabinet et de divers services rattachés au niveau national.

On peut encore faire mention des bureaux d'hygiène et des centres de développement communautaire, dans les arrondissements; du service d'hygiène, du service social et des brigades d'hygiène dans les chefs-lieux de cercle.

Cette organisation est calquée sur l'administration territoriale. Ceci nous a conduits à collecter les données sur le financement de la santé par type de formation sanitaire, donc selon le niveau.

2. Collecte des données de base

Dès la fin septembre 1987 une équipe de travail a été constituée. Les enquêteurs recrutés pour cette enquête, ayant tous une formation supérieure dans diverses disciplines (économie, santé publique, nutrition et informatique de gestion), ont suivi pendant un mois des cours théoriques et pratiques dispensés par le chef de projet, qui a utilisé comme document de base l'ouvrage d'Adrian Griffith et Michael Mills "Money for Health".

Au terme de cette formation, les projets de fiches d'enquête, prenant en compte les réalités maliennes et les exigences de l'étude, ont été soumis au comité technique, qui les a adoptés. Des modèles différents ont été retenus pour les hôpitaux, les centres de santé de cercle, et les services administratifs centraux du Ministère de la Santé. Ces questionnaires ont alors été testés par l'équipe des enquêteurs à Ségou, Niono, Bla et Baraouelli.

L'enquête sur le terrain a débuté le 20 novembre 1987 par les régions de Sikasso, Kayes, Ségou, Mopti et Koulikoro, pour être ensuite étendue à partir de janvier 1988 à Tombouctou et Gao. Les enquêteurs avaient pour tâche de relever, dans chaque capitale régionale (7 au total) et dans chaque cercle (au nombre de 46), les infrastructures, le personnel, les activités, les coûts récurrents et les investissements sur une période de cinq ans (1983-1987) dans le domaine de la santé. Pour accomplir ce travail, ils devaient exploiter les documents suivants: livre de comptabilité matières, liste actualisée du personnel en service, registres médicaux, rapports d'activité, livre journal, compte de gestion, états de salaires du personnel.

Ces documents ne procurent pas toujours toutes les informations nécessaires, et plusieurs difficultés ont été rencontrées au cours de l'enquête: l'absence de certains documents ou leur mauvaise tenue; la discontinuité des informations et leur caractère inapproprié; la mauvaise conservation des archives et souvent leur disparition avec les mouvements du personnel.

La durée initialement prévue pour la collecte des données et informations (une semaine par cercle et deux semaines pour la capitale régionale) s'est avérée insuffisante, de l'avis de tous les enquêteurs. Toutefois l'équipe a pu couvrir l'ensemble des 7 régions administratives et les 46 cercles du Mali en 12 semaines environ. L'enquête a ensuite porté sur le district de Bamako où la collecte des données a exigé un temps encore plus long compte tenu du nombre très élevé des organismes à visiter. Parallèlement à cela, la saisie informatique de plus de 1500 variables réparties dans plus d'une vingtaine de fichiers dBASE III a débuté à partir de janvier 1988.

Dans chaque formation sanitaire, en plus de l'inventaire du matériel et du personnel, les enquêteurs ont pu obtenir d'une part les dépenses par nature et d'autre part les sources de financement de ces dépenses. Ensuite, l'enquête auprès des organisations nationales et internationales, publiques et privées, a permis de valoriser une assez grande partie des investissements et prestations de services recensés lors de la visite des formations sanitaires du niveau périphérique.

Cette investigation au niveau des utilisateurs du financement était nécessaire pour améliorer l'état des données et informations actuellement disponibles, qui ne fournissent qu'une vue d'ensemble assez superficielle, et parfois erronée, on le verra, du fonctionnement du système de santé malien. Ainsi, par exemple, le rapport de M. Rasera [1] identifie les différentes sources de financement, mais sans distinguer entre coûts récurrents et investissements. Dans ce même document, l'apport des populations est pris égal au chiffre d'affaires de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM), sans tenir compte des autres formes d'intervention des budgets privés nationaux, et ceci parce que les documents disponibles ne fournissent pas les détails qu'exige une analyse approfondie. Enfin la répartition géographique du financement, indispensable pour une comparaison entre régions, n'y est pas abordée.

3. Délimitation du secteur de la santé

Dans ce qui suit, le secteur de la santé comprend:

- les activités de soins modernes, organisées au sein du système public; c'est là en effet que se posent les problèmes de financement, tels qu'ils se présentent aux autorités administratives et politiques; on ne donnera qu'à titre d'information une estimation des dépenses auprès de la médecine traditionnelle; les activités sociales, en particulier celles auxquelles correspondent les dépenses de la direction nationale des affaires sociales, ont été recensées, mais leur analyse a montré qu'elles n'avaient pas un lien suffisant avec la santé pour être introduites dans des comptes nationaux de la santé;

- la formation des personnels de santé et toutes les activités de recyclage;
- les activités des programmes et projets de santé ou de tout volet santé des projets intégrés .

On notera alors l'exclusion des secteurs ci-après:

- l'approvisionnement en eau potable
- l'hygiène du milieu
- la nutrition.

4. Niveau de désagrégation des données

Les données sur le financement des services de santé peuvent être collectées ou classées de différentes façons: par catégorie de statut (public, privé et mixte: cette dernière notion est utilisée mais n'a aucun contenu juridique); par niveau (national, régional et local); par type d'activité (curatif, préventif); par type de formation (hôpital, Institut, centre de santé...). Chacune de ces typologies présente un intérêt pour l'analyse du fonctionnement effectif du système de santé.

Cependant, dans le cas du Mali, le classement à retenir devait naturellement tenir compte d'un certain nombre de caractéristiques de la situation:

- l'inexistence, dans les formations sanitaires quel que soit leur niveau, de comptes par type d'activité ou d'une comptabilité analytique;
- le regroupement et l'exécution des activités de soins de santé primaire et secondaire au sein des mêmes formations sanitaires sans qu'une distinction soit faite entre les ressources utilisées par niveau de soins;
- l'absence, en pratique, du secteur privé dans le domaine de la santé.

Malgré les textes récents (juin 1985) autorisant et réglementant l'exercice libéral des professions médicales et sanitaires, le secteur privé lucratif ne joue encore aucun rôle début 1988 (3 à 4 cliniques de gynécologie et un cabinet dentaire font en moyenne 400 consultants par an). Le secteur privé non lucratif (confessionnel) n'est présent que dans un petit nombre de chefs-lieux de cercle ou arrondissements et dans des villages où il assure des prestations de soins peu développées (il en existe à peu près une vingtaine, mais on ne sait pas quelle est leur activité). De même, le secteur des établissements publics (INPS et le centre de diagnostic et de soins) ne fournit des soins qu'à un petit nombre de bénéficiaires (400 000 consultations en 1987). Il n'y a pas un grand intérêt dans le cas précis du Mali à faire une distinction nette entre le secteur public, mixte ou privé.

Du fait des deux premières caractéristiques évoquées ci-dessus, il est absolument impossible de classer les dépenses selon la nature des services (curatifs ou préventifs) auxquels elles correspondent, ou selon le niveau des soins auxquels elles sont consacrées (primaires, secondaires ou tertiaires). Tous les documents qui prétendent présenter une répartition fonctionnelle des dépenses actuelles, et par exemple donner la part des dépenses consacrées aux soins de santé primaires, ou la part des dépenses de prévention et celle des dépenses de soins (notamment [5]), utilisent des conventions qui n'ont aucun fondement et qui sont choisies en fonction de l'image qu'on veut donner de la situation. Sur le plan pratique, le classement le plus utile est simplement celui qui repose sur l'organisation administrative du système de santé. C'est donc de cette façon que sont définis les niveaux retenus dans les comptes, et qui sont les suivants:

- "Cercles": ensemble des centres de santé de cercle, ou d'arrondissement, et des dispensaires et maternités des communes de Bamako;
- "Directions régionales": ensemble des directions régionales de la santé;
- "Hôpitaux nationaux": Hôpital du Point "G", Hôpital Gabriel Touré et Hôpital de Kati;
- "Autres hôpitaux civils": tous les hôpitaux régionaux et secondaires;
- "Hôpitaux militaires": ensemble des infirmeries et autres postes médicaux militaires;
- "Instituts": INRSP, IOTA et Institut Marchoux;
- "Autres services": centre de transfusion sanguine, centre de diagnostic et de traitement, centre d'odonto-stomatologie, centre de soins et de prothèses dentaires et laboratoire d'analyses médicales;
- "Directions Nationales": toutes les directions nationales du Ministère de la Santé, le cabinet et les écoles de formation socio-sanitaire.
- enfin "INPS": l'Institut National de Prévoyance Sociale.

En ce qui concerne les sources de financement, on a cherché à conserver un assez grand détail quant à leur nature, en raison des objectifs spécifiques de l'étude. Comme il n'existe pas de comptes nationaux pour le Mali, il était inutile de se préoccuper de respecter un cadre comptable national (en même temps qu'impossible d'entreprendre de l'ébaucher). Par contre, comme l'étude doit permettre d'éclairer les débats en cours sur le financement des dépenses de santé, et spécialement sur la contribution à attendre des diverses sources, il était opportun de garder toutes les précisions utiles sur les sources de financement par type.

Ainsi, les sources nationales ont été classées selon la nature des fonds mobilisés (impôts et taxes, cotisations, tarification, dons, etc); pour les financements étrangers, on n'a pas cherché à identifier leur origine ultime, mais plutôt à les classer en fonction de l'organisme qui les gère effectivement. Certains organismes donateurs, tels que l'OMS, le FED, l'UNICEF, gèrent directement le financement de tel ou tel des projets qu'ils soutiennent ; mais, pour d'autres, les fonds de l'aide internationale ou de l'aide bilatérale sont gérés par une ONG, et c'est alors cette dernière qui a été considérée comme la source de financement. Il y a à cela une raison pratique: l'identification de la source ultime de chaque financement s'est avérée impossible dans de très nombreux cas.

Nous avons ensuite regroupé les bailleurs de fonds étrangers par type d'organisme (bilatéral, multilatéral et non gouvernemental).

Ces décisions ont été prises au cours de l'étude, lorsqu'on a eu une meilleure connaissance de la qualité de l'information disponible. Il s'est avéré par exemple que certaines agences de coopération bilatérale sont incapables --ou refusent systématiquement-- de donner une estimation précise des financements qu'elles consacrent aux programmes dont elles s'occupent au Mali. De même, il n'a pas toujours été possible de parvenir à une estimation du coût global ou unitaire de chaque type d'activité sanitaire; et l'identification des activités spécifiques auxquelles chaque source de financement a alloué ses fonds reste grossière.

On parvient donc à la classification suivante des sources de financement:

- "Etat": crédits ordinaire et spécial du budget d'Etat (national et régional);
- "Autres publiques": financements provenant des comités de développement (régional et local), comités d'appui, budgets communaux, associations des parents d'élèves, centres d'action coopérative, organisations démocratiques et fédérations des groupements ruraux;
- "Tarif": recettes issues de la tarification des prestations;
- "Autres privés": dons privés des particuliers et contributions de la population, autres que le paiement des prestations (figurent ici, notamment, tous les achats de médicaments auprès de la PPM);
- "Opérations de développement": financement d'activités sanitaires par les opérations de développement rural, notamment la CMDT, l'Opération riz-sorgho et Forgho II;
- "Coopérations bilatérales": financements accordés au secteur de la santé par toutes les coopérations bilatérales intervenant au Mali;
- "Organisations internationales": contributions des organisations internationales participant au financement de la santé au Mali;

- "Organisations Non Gouvernementales": financements apportés par toutes les ONG participant aux activités de santé au Mali;
- "INPS": toutes les dépenses de santé de l'Institut National de Prévoyance Sociale.

En ce qui concerne la nature des dépenses, la classification retenue a eu pour objectif l'utilité pratique du travail. Assez rapidement, il est apparu que le calcul de coûts moyens par unité d'activité serait difficile, et de signification faible ou nulle. Par contre, des décisions importantes peuvent être prises concernant la structure des dépenses par nature. On a donc retenu la classification ci-dessous des coûts récurrents:

- frais de personnel: ce sont toutes les dépenses de rémunération du personnel (salaires, indemnités et primes, per diem pour formation ou recyclage, ainsi que les versements au fonds social national ou local, qui sont destinés à être redistribués entre les agents);
- carburant-lubrifiant: consommations en carburant et lubrifiant du matériel roulant, des groupes électrogènes et de tout autre appareil;
- entretien-réparation: dépenses d'entretien et de réparation des bâtiments, du gros matériel et du mobilier et matériel de bureau;
- produits pharmaceutiques: tous achats de médicaments et de consommables (produits de pansement, matériel d'injection...); pour les formations sanitaires, le crédit budgétaire en est la source principale; les achats privés sont estimés d'après le chiffre d'affaires de la PPM et les enquêtes de consommation auprès des ménages;
- produits de nettoyage: balais, savon, eau de javel, crésyl,..;
- fournitures de bureau: ce sont notamment les achats de papeterie;
- eau-électricité: toutes les factures de consommation d'eau et d'électricité (nous avons préféré cette source aux chiffres donnés par les formations elles-mêmes, parce que même si ces factures ne sont pas toujours payées, le budget du Ministère de la Santé en est débité);
- téléphone: toutes les factures de consommation de téléphone;
- petit matériel: tous les achats de matériel d'une valeur de moins de 50.000 FCFA (ce seuil a été fixé parce que les achats de matériel étaient généralement saisis en nature);
- bois de cuisine: achats de bois de chauffage et de charbon;
- frais de formation: tous les frais de stage et de recyclage du personnel socio-sanitaire;

- versements au Trésor: 75 % des recettes issues de la tarification des prestations des formations sanitaires sont versés au Trésor Public en application de la réglementation;

- dépenses diverses: toutes les autres petites dépenses qui n'ont pas pu être classées dans les catégories ci-dessus citées;

- dépenses non réparties: ce sont les dépenses dont on a pas pu connaître avec précision soit la nature, soit l'affectation à un niveau donné de la pyramide sanitaire.

En ce qui concerne les dépenses d'investissement, elles ont été, à l'exception des constructions, évaluées à partir de listes d'acquisitions, établies par les enquêteurs à l'occasion de leur visite dans chaque centre de santé de cercle ou autre formation sanitaire. Elles sont ainsi classées:

- constructions nouvelles de bâtiments;
- rénovations de bâtiments;
- véhicules: automobiles de toutes les natures;
- mobylettes: motos et vélomoteurs;
- vélos;
- appareillage de radiologie;
- tables d'accouchement;
- appareillage de laboratoire;
- réfrigérateurs;
- autre matériel médical;
- matériel et mobilier de bureau: bureaux, chaises, machines à écrire, etc...;
- literie: lits, matelas, draps, etc...;
- autre matériel non médical: climatiseurs, congélateurs, etc...

Ce qui précède aura permis au lecteur de comprendre que le travail ici présenté s'est heurté à des difficultés considérables, du fait de l'état dans lequel se trouve la gestion des formations publiques, comme du fait de la multiplicité extraordinaire des intervenants étrangers et de l'absence de tout contrôle effectif de leurs activités. La question se pose donc de savoir quelle est la qualité des informations rassemblées, et cela sous deux aspects complémentaires: n'a-t-on pas laissé échapper quelques sommes importantes (exhaustivité) ? et a-t-on évité les doubles comptes ?

5. Qualité des données

La méthode de collecte de données et informations utilisée a-t-elle permis de recenser de façon exhaustive tous les financements, et d'évaluer correctement tous les montants ?

Deux réponses peuvent être données à cette question.

En ce qui concerne le financement national, le taux de collecte des informations est satisfaisant, au moins pour les années 1986 et 1987. Mais l'état de la gestion des finances publiques ne permet pas de garantir que les informations collectées sont exactes. En outre il subsiste quelques difficultés dans l'affectation de certaines dépenses importantes du Ministère de la Santé selon le type de service (formations sanitaires, Directions Nationales, Cabinet du Ministre, etc), ainsi que dans l'évaluation précise des dépenses de médicaments à tous les niveaux.

En ce qui concerne les financements provenant de l'extérieur, si nous pensons avoir obtenu des informations fiables sur la contribution des ONG, nous devons émettre de sérieuses réserves sur la qualité des données recueillies --voire même disponibles-- pour les coopérations bilatérale et multilatérale. Dans notre propre enquête, comme dans le Répertoire national des projets (PNUD/DNP), l'évaluation de l'aide étrangère dans le secteur de la santé ne répond pas aux exigences de l'étude parce que:

- il n'est pas possible de savoir quelle fraction du montant de l'aide est dépensée à l'extérieur, ni très souvent la nature des dépenses effectuées au Mali;

- pour certains organismes, tels que la GTZ ou la coopération italienne, seul le montant global de l'enveloppe allouée est disponible;

- les coûts d'administration des aides étrangères et de l'assistance technique sont inconnus dans leur totalité.

Chapitre 2

COMPTES NATIONAUX DE LA SANTE: RESULTATS

Les définitions données plus haut des dépenses par type de source et par catégorie, et des formations sanitaires par type, permettent de dresser des tableaux plus ou moins synthétiques du financement des services de santé. Ces tableaux sont reproduits en annexe 1, pour les coûts récurrents d'une part, et pour les investissements d'autre part.

Comme on l'aura remarqué, à lire le chapitre précédent, le souci d'aboutir à un document utilisable pour éclairer les décisions que les responsables de la politique de santé pourraient être amenés à prendre a conduit à privilégier les financements qui passent par une institution publique ou privée. A ces financements s'ajoutent évidemment des contributions des ménages, qui sont beaucoup plus difficiles à évaluer, et qui ne pouvaient pas l'être par l'enquête auprès des médecins-chefs de cercle. Mais les pouvoirs publics ne sont véritablement maîtres que des dépenses qu'ils supportent eux-mêmes ou au moins contrôlent. Pour éclairer leur décision, il est donc légitime de considérer en priorité les financements que nous appellerons "institutionnels".

Dans ce qui suit, on donnera d'abord un commentaire général des tableaux retraçant ces financements institutionnels, qui ont été établis pour les années 1983 à 1987; ensuite, on analysera plus en détail la structure actuelle du financement de la santé; enfin, on en viendra à la prise en compte des financements hors institutions.

1. Caractéristiques générales du financement institutionnel

L'évolution et la répartition du financement institutionnel de la santé entre coûts récurrents et investissements, présentée dans le tableau 1 ci-dessous, montre que les dépenses de santé augmentent sur la période de 1983 à 1987, passant de 9,6 milliards à 13,8 milliards, soit un taux d'augmentation annuel de 7,6 %. Cependant elles accusent une baisse remarquable en 1984 et 1987.

La baisse de 1984 est essentiellement imputable d'une part à la diminution de la contribution des autres sources privées (de plus de 300 millions de FCFA), occasionnée par la mauvaise saison et d'autre part par la chute des dépenses de fonctionnement (coûts récurrents) de l'INPS (de plus de 350 millions). En 1987, la baisse est surtout due à la faiblesse du chiffre d'affaires de la PPM. Il faut noter qu'aucune indication précise n'a pu être obtenue sur l'évolution des prix.

Tableau 1

REPARTITION DU FINANCEMENT INSTITUTIONNEL DE LA SANTE
ENTRE COUTS RECURRENENTS ET INVESTISSEMENTS
1983-1987, EN MILLIARDS DE FCFA

	1983	1984	1985	1986	1987
INVESTISSEMENTS	1,20	1,01	2,20	2,50	2,60
COUTS RECURRENENTS	8,40	7,80	10,00	11,80	11,20
TOTAL	9,60	8,81	12,20	14,30	13,80

Si l'on considère l'évolution du financement institutionnel des coûts récurrents de la santé par source qu'illustre le tableau 2, on constate que, pour presque toutes les sources, ces dépenses augmentent régulièrement, sauf pour les autres sources privées en 1984 et 1987, et pour les recettes issues de la tarification en 1987.

Tableau 2

FINANCEMENT DES COUTS RECURRENENTS PAR SOURCE 1983-1987
EN MILLIONS DE FCFA

	1983	1984	1985	1986	1987
ETAT	2925	2975	3971	4115	4365
AUTRES PUBLIQUES....	60	78	81	91	78
TARIFICATION.....	146	158	158	236	149
AUTRES PRIVEES.....	4441	4106	4742	6472	5433
OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT.....	3	1	1	8	7
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE..	647	295	450	378	456
COOPERATIONS BILATERALES.....	3	3	24	43	136
ORGANISATIONS INTERNATIONALES.....	81	108	179	254	287
ONG.....	61	95	359	245	288
TOTAL	8367	7819	9965	11842	11199

Quant aux dépenses d'investissement de la santé, le tableau 3 nous montre qu'elles fluctuent pour toutes les sources. Pour la source "Etat" notamment, ces dépenses, qui diminuent de plus de la moitié en 1984 et 1985 par rapport à 1983, remontent en 1986 puis décroissent de nouveau en 1987. S'agissant des Organisations Internationales, leur contribution est capitale dans le financement des investissements et elle croît de façon vertigineuse jusqu'en 1987, étant multipliée au moins par 15 à partir de 1985 grâce à l'intervention du Projet de Développement Sanitaire (PDS) financé par la Banque Mondiale.

Tableau 3

FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS PAR SOURCE 1983-1987
EN MILLIONS DE F CFA

	1983	1984	1985	1986	1987
ETAT.....	632	245	295	443	332
AUTRES PUBLIQUES....	135	106	96	79	57
TARIFICATION.....	2	0	0,4	7	44
AUTRES PRIVEES.....	3	3	10	5	6
OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT.....	3	11	3	7	4
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE..	122	159	18	22	53
COOPERATIONS BILATERALES.....	50	266	33	57	234
ORGANISATIONS INTERNATIONALES.....	30	101	1610	1530	1511
ONG.....	231	129	124	339	320
TOTAL	1208	1020	2189,4	2489	2561

Globalement, le financement institutionnel national du secteur de la santé reste nettement supérieur à l'apport extérieur (86 % contre 14 % en moyenne par an). Cela provient du fait que les coûts récurrents sont financés à 96% en moyenne annuelle par les sources nationales; les investissements sont quant à eux financés à 63 % en moyenne annuelle par les sources extérieures, contre 37 % pour les sources nationales. Cependant la part du financement extérieur des coûts récurrents croît régulièrement: elle est le triple en 1987 (6,35 %) de ce qu'elle était en 1983 (1,74 %), tandis que celle du financement national baisse de 95 à 84%. Cette baisse est imputable à toutes les sources de financement nationales qui voient leur part relative dans le financement des coûts récurrents décroître régulièrement de 1983 à 1987. Quant au financement des investissements, il fluctue aussi bien pour les sources nationales que pour les sources extérieures (cf. tableau 4).

Tableau 4

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE ENTRE FINANCEMENT NATIONAL
ET FINANCEMENT EXTERIEUR 1983-1987

EN MILLIONS DE FCFA					
	1983	1984	1985	1986	1987
COUTS RECURRENENTS					
NATIONAL	8221	7613	9403	11301	10489
EXTERIEUR	145	206	562	542	711
	8366	7819	9965	11843	11200
INVESTISSEMENTS					
NATIONAL	898	524	422	563	494
EXTERIEUR	310	496	1734	1926	2065
	1208	1020	2156	2489	2559
EN POURCENTAGE					
COUTS RECURRENENTS					
NATIONAL	98,27	97,37	94,36	95,42	93,65
EXTERIEUR	1,73	2,63	5,64	4,58	6,35
	100	100	100	100	100
INVESTISSEMENTS					
NATIONAL	74,34	51,37	19,57	22,62	19,30
EXTERIEUR	25,66	48,63	80,43	77,38	80,70
	100	100	100	100	100

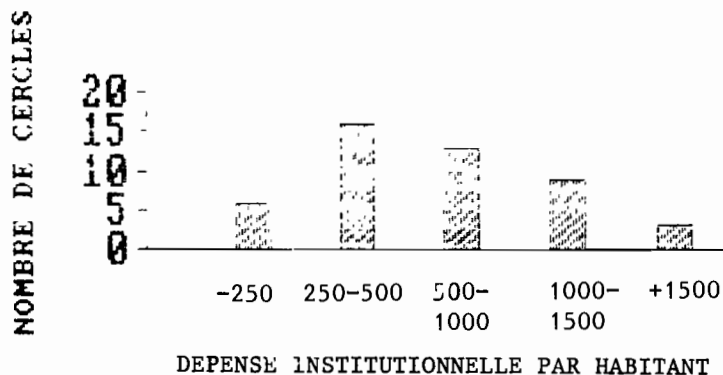
La répartition géographique du financement par source fait ressortir une forte concentration à Bamako et dans les capitales régionales. La région qui dépense le plus après le district de Bamako (459 millions FCFA par an et par commune) est celle de Sikasso avec 121 millions en moyenne par cercle et par an; ensuite viennent les régions de Kayes et de Ségou avec respectivement 94 et 92 millions par cercle et par an. Pour toutes les autres régions, la dépense par cercle et par an varie entre 30 et 76 millions environ.

L'importance des dépenses dans la région de Sikasso peut tenir d'une part à sa population (374611 habitants pour le seul cercle de Sikasso, recensement 1987) et d'autre part à sa situation économique relativement favorable (pluviométrie meilleure, intervention technique et financière d'une opération de développement, la CMDT). Pour le district de Bamako, l'importance des dépenses s'explique par la concentration des formations sanitaires les plus importantes (directions nationales, hôpitaux nationaux, instituts, etc.) à ce niveau.

La seule source autre que l'Etat qui intervienne toutes les années dans tous les cercles demeure les "Autres privés", notam-

ment par les achats privés à la PPM. L'apport des autres sources est irrégulier et varie d'un cercle à l'autre.

S'agissant maintenant de la dépense par habitant (dépenses de 1986/population de 1987), elle varie entre 190 F CFA pour le cercle de Bankass et 9544 F CFA pour le district de Bamako. Aussi, dans 22 des cercles du Mali la dépense institutionnelle de santé par habitant est inférieure à 500 FCFA par an, dans 22 elle est comprise entre 500 et 1500 FCFA, dans 3 seulement elle est supérieure à 1500 FCFA. Cette répartition est représentée par le graphique ci-dessous.



2. Structure du financement institutionnel

Cette analyse portera sur:

- la répartition des dépenses de santé entre coûts récurrents et investissements, d'abord par source, ensuite par type de formation sanitaire;
- la part relative de chacun des postes frais de personnel, produits pharmaceutiques et autres coûts récurrents dans le total des dépenses de santé;
- enfin la répartition des dépenses de santé par source et par formation sanitaire.

2.2.1. Répartition des dépenses de santé par source entre coûts récurrents et investissements

En considérant la répartition des dépenses de santé par source, (cf tableau 5 ci-dessous pour l'année 1986, et les tableaux de l'annexe 2 pour les années 1983 à 1987), nous constatons que:

- l'Etat ne finance pratiquement pas d'investissements: il affecte en moyenne 92 % de ses dépenses de santé aux coûts récurrents de 1983 à 1987;

- les sources "Autres privées" et "Tarif" elles aussi affectent la quasi-totalité de leurs financements aux coûts récurrents (au moins 98% en moyenne de 1983 à 1986);

- les sources "Coopérations bilatérales" et "Organisations Non Gouvernementales" dépensent par contre plus en investissements qu'en coûts récurrents (au moins la moitié, souvent la quasi-totalité);

- quant aux sources "Autres publiques", "Opérations de développement" et "Organisations internationales", leur priorité varie selon les années: plus d'investissements de 1983 à 1985 pour les deux premières et plus de coûts récurrents pour la dernière de 1983 à 1984.

Ces tendances générales peuvent être perturbées, une année donnée, par telle ou telle réalisation de faible ampleur. Ainsi la proportion des recettes issues de la tarification et consacrées aux coûts récurrents tombe à 77% en 1987, simplement du fait des investissements réalisés cette année (notamment des travaux de rénovation à Kolondiéba et à la Commune I, de nouvelles constructions à Kita, des achats de matériel de 2 000 000 FCFA dans d'autres cercles, des travaux de construction et de rénovation à l'INRSP pour une valeur de 32 000 000 FCFA et enfin des travaux de rénovation pour 6 934 000 FCFA à l'hôpital de Kati).

De même en 1986 et 1987, les sources "Autres Publiques" et "Opérations de développement" dépensent plus en coûts récurrents qu'en investissements du fait de l'intervention de la CMDT à Tominian en 1986 (4 000 000 FCFA de frais de recyclage du personnel sanitaire) et à Bla en 1987 (2 000 000 FCFA de frais de recyclage et de carburant pour la santé) d'une part et de celle du CAC à Dioïla en 1986 (environ 12 000 000 FCFA de frais de personnel, semble-t-il) et de l'APE de Kati pour des achats de carburant en 1987, d'autre part.

Tableau 5

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR SOURCE ENTRE COÛTS
RECURRENTS ET INVESTISSEMENTS, EN MILLIONS DE FCFA, 1986

	COÛTS RECURRENTS		INVESTISSEMENTS		TOTAL	
	mioFCFA	%	mioFCFA	%	mioFCFA	%
ETAT	4.115	90,28	443	9,72	4.558	100
AUTRES PUBLIQUES....	91	53,53	79	46,47	170	100
TARIFICATION.....	236	97,12	7	2,88	243	100
AUTRES PRIVEES.....	6.472	99,92	5	,08	6.477	100
OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT.....	8	53,33	7	46,67	15	100
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE..	378	94,50	22	5,50	400	100
COOPERATIONS BILATERALES.....	43	43	57	57	100	100
ORGANISATIONS INTERNATIONALES.....	254	14,24	1.530	85,76	1.784	100
ONG.....	245	41,95	339	58,05	584	100
TOTAL	11.842	82,63	2.489	17,37	14.331	100

A partir de cette première analyse, les sources de financement de la santé peuvent être classées dans deux grands groupes selon qu'elles consacrent l'essentiel de leur apport aux coûts récurrents ou à l'investissement:

- les sources "Etat", "Tarif", "Autres privées" et "Organisations Internationales" consacrent essentiellement leur concours aux coûts récurrents, plus de 75% par an pour chacune des trois premières durant la période 1983-1987 et plus de 50% pour la dernière sauf en 1985 et 1987;

- les sources "Autres Publiques", "Opérations de Développement", "Coopérations Bilatérales" et "Organisations Non Gouvernementales" consacrent quant à elles l'essentiel de leur apport à l'investissement, 55% par an au moins de 1983 à 1987 pour "Coopérations Bilatérales" et de 1983 à 1985 pour "Opérations de Développement", plus de 50% pour "Autres Publiques" sauf en 1986 et 1987 et pour ONG sauf en 1985

Si l'on considère maintenant la répartition des dépenses de santé par type de formation sanitaire, on peut remarquer que la part des investissements varie d'un type à l'autre. Cela est bien compréhensible car toutes les formations n'exigent pas le même niveau d'équipement: les hôpitaux (nationaux, régionaux, secondaires et militaires) et les instituts nécessitent un équipement médical important, les directions régionales demandent des moyens logistiques pour la supervision et la coordination, etc. Ce fait semble confirmé, sauf en 1985 et 1987 où la part des investissements est plus élevée dans les cercles que dans les hôpitaux. Ceci est imputable, en 1985, aux constructions réalisées dans les centres de santé de Sikasso et de la Commune IV du district de Bamako, et aux rénovations dans les centres de santé des Communes II et III du district de Bamako; en 1987, aux constructions réalisées dans les centres de santé de Nioro, Gourma-Rharous, Bourem et Sikasso. Le tableau 6 donne cette répartition pour l'année 1986, celle des autres années étant illustrée dans les tableaux de l'annexe 3.

Tableau 6

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR NIVEAU ENTRE COUTS
RECURRENTS ET INVESTISSEMENTS, EN MILLIONS DE FCFA, 1986

	COUTS RECURRENTS		INVESTISSEMENTS		TOTAL	
	mioFCFA	%	mioFCFA	%	mioFCFA	%
CERCLES	7.638	93,75	509	6,25	8.147	100
DIRECTIONS REGIONALES	113	88,28	15	11,72	128	100
HOPITAUX NATIONAUX	1.086	92,19	92	7,81	1.178	100
HOPITAUX REGIONAUX ET SECONDAIRES	438	87,43	63	12,57	501	100
HOPITAUX MILITAIRES	297	93,99	19	6,01	316	100
INSTITUTS	534	80,42	130	19,58	664	100
AUTRES SERVICES	143	99,31	1	,69	144	100
DIRECTIONS NATIONALES	1.216	42,64	1.636	57,36	2.852	100
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	378	94,50	22	5,50	400	100
TOTAL	11.843	82,64	2.487	17,36	14.330	100

Une comparaison entre les dépenses de frais de personnel, les dépenses de produits pharmaceutiques et les autres coûts récurrents présente aussi un intérêt dans le cadre de cette étude.

2.2.2. Part relative des frais de personnel, des produits pharmaceutiques et des autres coûts récurrents dans les financements institutionnels

L'examen des tableaux "parts relatives des postes frais de personnel, produits pharmaceutiques et autres coûts récurrents" (cf tableau 7 ci-dessous et les tableaux de l'annexe 4) permet de remarquer que ce sont les frais de personnel qui priment toujours, à la fois sur les produits pharmaceutiques et sur les autres coûts récurrents dans toutes les formations: ils représentent entre 32 % et 90 % au moins du total des coûts récurrents, sauf pour l'INPS en 1984 et 1985, où les dépenses de produits pharmaceutiques prédominent avec 50 % environ du total des dépenses de fonctionnement. Ensuite viennent les autres coûts récurrents, sauf dans les hôpitaux militaires où les produits pharmaceutiques occupent le deuxième rang (30 % en moyenne du total des coûts récurrents). A quoi tient cette particularité des hôpitaux militaires ?

Elle peut être imputée au fait que les dépenses de produits pharmaceutiques liées aux consultations des militaires dans les formations sanitaires militaires sont généralement à la charge de celles-ci, alors que dans les autres hôpitaux, les dépenses de médicaments liées à l'hospitalisation sont supportées en quasi-totalité par le malade (cf. [28] p. 103-105: une étude à l'hôpital du Point G montre que, en 1984, les malades prennent en charge 91,5% de la valeur totale des médicaments qui leur sont prescrits pendant leur hospitalisation). Ainsi, les dépenses de produits pharmaceutiques des hôpitaux civils ne représentent pas la consommation pharmaceutique totale des hospitalisés car elles n'incluent pas la part supportée par les malades.

La part des produits pharmaceutiques, généralement plus grande dans les directions régionales que dans les hôpitaux (nationaux, régionaux et secondaires) semble anormale, les hôpitaux et les centres de santé étant les plus grands consommateurs de médicaments. Cette anomalie est due à une mauvaise utilisation des crédits de médicaments alloués aux directions régionales; ils sont destinés à être répartis entre les différentes formations sanitaires de la région, mais en l'absence de directive claire sur les critères de cette répartition, une partie en reste toujours à la direction régionale, pour satisfaire des besoins personnels. Cette pratique absolument injustifiée est, hélas, tolérée.

Tableau 7

REPARTITION DES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT PAR NIVEAU ENTRE
FRAIS DE PERSONNEL, PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET AUTRES COUTS RECURRENENTS
1986, MILLIONS DE FCFA

	FRAIS DE PERSONNEL		PRODUITS PHARMACEUTIQUES		AUTRES COUTS RECURRENENTS		TOTAL	
	mioFCFA	%	mioFCFA	%	mioFCFA	%	mioFCFA	%
CERCLES	946	68	295	21	149	11	1390	100
DIRECTIONS REGIONALES	62	55	32	28	19	17	113	100
HOPITAUX NATIONAUX	451	42	165	15	470	43	1086	100
HOPITAUX REGIONAUX ET SECONDAIRES	260	59	14	3	164	38	438	100
HOPITAUX MILITAIRES	146	49	80	27	71	24	297	100
INSTITUTS	256	48	41	8	237	44	534	100
AUTRES SERVICES	72	50	10	7	61	43	143	100
DIRECTIONS NATIONALES	767	63	3	1	447	36	1217	100
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	210	55	90	24	78	21	378	100
TOTAL	3170	57	730	13	1696	30	5596	100

Il convient de préciser que ce tableau 7 et ceux de l'annexe 4 ont été construits sans tenir compte des chiffres d'affaires de la PPM, qui fausseraient largement les comparaisons entre formations sanitaires, du fait du montant considérable des achats privés de médicaments. Le poste "produits pharmaceutiques" ne contient donc ici que les estimations que les médecins-chefs nous ont données pour leurs crédits de médicaments, et les approvisionnements obtenus des coopérations bilatérales, des ONG, des organisations internationales, des opérations de développement, etc...

2.2.3. Analyse de la répartition des dépenses de santé par source et par formation sanitaire

La répartition des dépenses par source et par formation sanitaire (cf. tableaux de l'annexe 5) montre que:

- la part de l'Etat dans le financement de la santé, qui n'est que de l'ordre du tiers de l'ensemble des sources (cf. tableaux de l'annexe 6: part de l'Etat dans le financement de la santé), est très inégalement répartie par niveau: les formations sanitaires des régions n'en reçoivent que 38% au plus, les hôpitaux nationaux bénéficient de 22 à 28 % du total, l'administration centrale en prend 23 à 29 % et le reste revient aux autres services tous situés dans la capitale (Instituts, Banque de sang, Centre d'odonto-stomatologie, etc...);
- les autres sources publiques n'interviennent généralement qu'au niveau des cercles (centres de santé de cercles et d'arrondissements et hôpitaux secondaires); ceci est bien compréhensible car il s'agit d'organisations ou d'associations créées par ces localités et pour elles-mêmes;

- les autres sources privées, quant à elles, n'interviennent que dans les cercles (CSC et CSA);
- la tarification joue un rôle dans les centres de santé, les hôpitaux, les instituts et surtout les autres services (Banque de sang, Centre d'odonto-stomatologie, Centre de soins et de prothèses dentaires) qui en prennent la plus grosse part (entre 22 et 60%);
- les opérations de développement interviennent exclusivement dans les cercles;
- les coopérations bilatérales, les organisations internationales et les organisations non gouvernementales interviennent dans toutes les formations sanitaires, mais avec une importance irrégulièrement répartie selon les années.

On peut retenir que le financement institutionnel de la santé est en grande partie affecté aux coûts récurrents (six fois plus importants que les investissements).

La part de l'Etat dans ce financement n'est que de l'ordre du tiers du total; elle est, elle aussi, six fois plus affectée aux coûts récurrents qu'aux investissements. Les quelques investissements réalisés au profit de la santé sont généralement le fait des coopérations bilatérales, des ONG et des autres sources publiques, qui n'interviennent que dans les cercles.

Cette répartition du budget d'Etat n'est pas particulière au secteur de la santé. Un calcul effectué sur sept ministères (Education Nationale, Agriculture, Sports-Arts-Culture, Elevage et Ressources Naturelles, Plan, Affaires Etrangères et Coopération Internationale, Santé) montre, d'après le récapitulatif général du budget d'Etat 1987, que l'Etat consacre en moyenne 13% seulement de son budget aux investissements.

Enfin, le budget d'Etat alloué à la santé est en grande partie accordé aux formations sanitaires de la capitale au détriment de celles de la périphérie (cf. annexe 5). Il n'est pourtant pas certain que les services médicaux du centre servent plus de populations que l'ensemble de ceux de la périphérie compte tenu des distances et des contraintes financières qui pèsent sur les évacuations.

3. Prise en compte du financement hors institutions

Dans ce qui suit, nous nous proposons de comparer les estimations qui ont été présentées ci-dessus à celles qui ont été récemment proposées par J.B. RASERA [1], puis de compléter nos propres évaluations pour tenir compte des financements hors institutions.

La comparaison entre les chiffres auxquels nous parvenons et ceux qui figurent, pour l'année 1985, dans l'étude de J.B. RASERA montre des différences qui sont importantes pour certaines sources de financement:

Tableau 8

Tableau comparatif des études INRSP et Banque Mondiale pour 1985

Sources	Nos comptes	Banque Mondiale	Ecart
ETAT	4.266.447.100	4.290.000.000	23.552.900
AUTRES PUBLIQUES	177.444.183	510.000.000	332.555.817
AUTRES PRIVEES	4.751.705.960	14.853.000.000	10.101.294.040
AIDE	2.329.078.967	4.811.000.000	2.281.921.033
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	468.193.779	1.327.000.000	858.806.221

Ces écarts sont globalement imputables au fait que les deux études ont utilisé des définitions et sources très différentes pour collecter et assembler l'information.

En effet, J.B. RASERA semble n'avoir utilisé que des documents officiels tels que budgets prévisionnels, comptes administratifs et accords d'aides au Mali, alors que nous nous sommes appuyés sur les résultats d'une enquête directe menée dans toutes les formations sanitaires et dans tous les services d'administration de la santé du pays. Nous avons systématiquement recensé les dépenses effectuées au niveau de l'utilisateur. Les montants dépensés à l'extérieur et les frais d'administration des projets et programmes de santé gérés par les bailleurs de fonds ne sont pas toujours connus. Poste par poste, les différences constatées peuvent s'expliquer comme on le fait ci-dessous.

En ce qui concerne la source "AUTRES PUBLIQUES", l'estimation de J.B. RASERA inclut 230 millions de FCFA pour le financement de l'Ecole de Médecine, alors que nous avons classé le financement de l'Ecole de Médecine comme une dépense de l'Etat. D'autre part, les 100 millions FCFA donnés par J.B. RASERA pour les dépenses des CAC sont démesurés: en effet, les bénéfices des coopératives se montaient à 78.246.900 en 1985, dont 20% au maximum, soit 15.649.380 FCFA, auraient pu être dépensés pour la santé [2].

En ce qui concerne l'"AIDE", J.B. RASERA a évalué l'assistance technique à son coût pour le pays d'origine, ce qui majore de façon extraordinaire les dépenses effectives dans le pays destinataire; par exemple, pour les seuls médecins étrangers, l'estimation de J.B. RASERA est fondée sur un coût d'environ 15 millions FCFA par assistant technique médecin, ce qui conduit à une aide totale sous cette forme de 1,35 milliard; de même, pour le coût des projets, il utilise les montants relevés dans le Répertoire national des projets, montants qui comprennent toutes les dépenses d'administration de l'aide et toutes les dépenses faites dans le pays d'origine; or, ce qui intéresse le pays bénéficiaire de l'aide est le montant des sommes sur l'affectation desquelles il peut avoir au moins un contrôle, éventuellement une marge d'intervention en matière d'allocation; tel n'est pas le cas pour l'essentiel des dépenses d'assistance technique (cf. [3]); pour notre part, nous n'avons cherché à estimer arbitrairement ni le coût de l'assistance technique, ni le coût de l'administration de l'aide

pour les pays donateurs, ni le montant des dépenses faites dans le pays d'origine de l'aide; en cumulant toutes ces sommes, comme le fait le Répertoire national des projets, on obtient des estimations qui n'intéressent que les bailleurs de fonds.

Le poste sur lequel l'écart est le plus important est, cependant, celui des dépenses des particuliers. Dans notre définition des financements institutionnels, nous n'avons retenu à cet égard que les recettes de la tarification des prestations dans le secteur public et le chiffre d'affaires de la PPM. La principale différence avec l'estimation de J.B. RASERA est que celui-ci chiffre à 10 milliards les dépenses auprès de la médecine traditionnelle. En réalité, les contributions des familles aux dépenses de santé prennent des formes multiples, et notamment les suivantes:

- le recours à la médecine traditionnelle;
- l'approvisionnement en médicaments par des circuits qui ne sont ni celui de la PPM, ni ceux des ONG ou coopérations bilatérales ou multilatérales dont on tolère qu'elles importent directement;
- la pratique privée clandestine de la médecine, soit au sein des formations sanitaires, soit au domicile des praticiens;
- les dépenses de transport liées à la maladie.

Sur chacun de ces points, les éléments dont nous disposons sont partiels, mais il n'en existe aucun autre pour parvenir à un ordre de grandeur des sommes consacrées par la population aux divers postes de dépense cités ci-dessus.

1°) Dépenses dans le secteur de la médecine traditionnelle

Pour donner une idée de l'importance des dépenses dans ce domaine, il n'y a manifestement pas de meilleure source que celle que constituent les enquêtes directes auprès de la population. Les enquêtes dont les résultats sont utilisables sont peu nombreuses, mais concordent dans leur conclusion principale: si la fréquence des recours à la médecine traditionnelle, et notamment aux médicaments traditionnels, est relativement grande, le montant total des dépenses que représentent ces soins est relativement faible.

Les données d'enquête sont les suivantes ([28] pp. 169-172):

Tableau 9

DEPENSES EN MEDICAMENTS TRADITIONNELS PAR HABITANT ET PAR AN (EN FCFA)

Bafoulabé (1981)	100
Kéniéba (1981)	68
Kita (1981)	348
Koro (1985)	170
Didiéni (1986-87)	272
Dioïla (1986-87)	68
Kangaba (1986-87)	68
Bamako (1988)	260

Ces données ne peuvent prétendre couvrir l'ensemble du pays, bien qu'elles concernent plusieurs de ses régions: les trois premiers cercles cités appartiennent à la 1ère région, le cercle de Koro est dans la 5ème, les arrondissements de Didiéni, Dioïla et Kangaba sont tous les trois dans la seconde région; pour Bamako, le résultat fourni a été obtenu sur un échantillon d'agents des ministères de l'enseignement et de la culture. Deux des quatre enquêtes ont tenté de séparer les honoraires versés aux tradipraticiens des dépenses de médicaments traditionnels: celle qui a porté sur les arrondissements de Didiéni, Dioïla et Kangaba a montré que les honoraires existent dans le premier arrondissement (dépense moyenne de 161 FCFA par habitant et par an), qui est au coeur d'une région où les traditions sont encore très vivantes et dont les tradipraticiens sont réputés, mais pas du tout dans les deux autres; celle qui a porté sur un échantillon de fonctionnaires de la capitale a permis de relever une dépense moyenne d'honoraires de tradipraticiens de l'ordre de 55 FCFA par personne et par an.

Il est évidemment hasardeux de convertir ces estimations parcellaires en une évaluation macroéconomique des dépenses des familles maliennes auprès de la médecine traditionnelle. Au vu des chiffres disponibles, on admettra cependant que 200 FCFA par habitant et par an est un ordre de grandeur raisonnable. Alors, il est clair que le chiffre d'affaires de la médecine traditionnelle ne peut pas dépasser de beaucoup 1,5 milliards FCFA; en aucun cas il ne paraît possible, sur la base de l'ensemble des informations chiffrées disponibles, toutes rapportées ci-dessus, d'admettre que ce chiffre d'affaires puisse dépasser 2 milliards FCFA.

2°) Dépenses en médicaments

Plusieurs phénomènes, dont personne ne nie l'existence, font que les dépenses en médicaments que supporte la population sont supérieures au chiffre d'affaires de la PPM: il existe, à côté du circuit officiel de la PPM, et à côté des importations dérogatoires auxquelles procèdent certains organismes publics ou privés (INPS, armées, ONG, agences de coopération...), des circuits d'importation en fraude à partir de plusieurs pays limitrophes (Guinée, Sénégal, Algérie, Mauritanie, Côte d'Ivoire, notamment); d'autre part, les services du contrôle des prix sont fréquemment amenés à sanctionner les gérants des officines de la PPM pour avoir vendu les médicaments à un prix supérieur au tarif officiel; par ailleurs, tous les projets et toutes les pharmacies hospitalières souffrent du fléau des "sorties de stock sans justification", et il est évident qu'une partie des produits concernés est destinée à la vente auprès des malades; enfin, le chiffre d'affaires extrêmement élevé que font les officines de la PPM à Bamako, chiffre qui est incompatible avec toutes les estimations indépendantes qui permettraient de le contrôler, correspond sans doute en partie à des achats destinés à la revente en dehors de la capitale et en dehors de tout contrôle, opération qui doit dégager une marge pour le revendeur.

Il est impossible de chiffrer la part relative de ces divers phénomènes dans la détermination de la valeur véritable des dépenses des familles maliennes pour leurs achats de médicaments. Ce qui est sûr, par contre, c'est que les dépenses de médicaments relevées lors des enquêtes directes auprès de la population sont toujours supérieures, et de beaucoup, au chiffre d'affaires de la PPM dans les zones considérées. Dans le tableau ci-dessous figurent les deux estimations, pour tous les cas sur lesquels elles ont pu être obtenues (cf. [28] pp 164-167).

Tableau 10

COMPARAISON DU CHIFFRE D'AFFAIRES DE LA PPM PAR HABITANT
AU MONTANT DES DEPENSES DE MEDICAMENT, PAR HABITANT,
D'APRES LES ENQUETES DIRECTES AUPRES DES FAMILLES (EN FCFA)

	CA PPM/hab	Dépenses de médicaments par habitant
Kita (1981)	87	756
Bafoulabé (1981)	98	436
Kéniéba (1981)	85	362
Koro (1985)	76	342
Kolokani (1986-87)	174	481
Dioïla (1986-87)	275	588
Kangaba (1986-87)	274	1058

Il est très probable que les importations clandestines jouent un rôle décisif, particulièrement à Koro (cercle frontalier du Burkina Faso) et à Kangaba (frontalier de la Guinée); mais elles peuvent aussi intéresser le cercle de Kolokani, situé sur la route de Mauritanie. Même si, par ailleurs, on ne tient pas compte des données anciennes et plus difficiles à interpréter, qui concernent Kita, Bafoulabé et Kéniéba (elles contiennent des dépenses d'hospitalisation), on doit retenir par exemple la situation de Dioïla, où la dépense en médicaments modernes d'après l'enquête directe auprès des familles est le double du chiffre d'affaires de la PPM: ici, le rôle essentiel revient sans doute au commerce privé, qu'il s'agisse de suppléments de prix bénéficiant au gérant de l'officine, prélevés à l'occasion de l'écoulement du stock qui lui est officiellement fourni par la PPM, ou de ventes à partir de stocks ignorés de la PPM.

Ces observations ne peuvent, évidemment, que surprendre. Il est important de souligner qu'elles sont obtenues en rapprochant des données qui n'ont pas été collectées dans le but de prouver quoi que ce soit sur ce sujet, mais, au contraire, qui proviennent de sources indépendantes et de la meilleure qualité qu'on puisse trouver. Il n'est donc pas possible de mettre en cause la méthode, et l'esprit le plus pondéré doit par conséquent admettre la conclusion, si inattendue soit-elle: selon toute vraisemblance, pour obtenir le montant réel de la dépense en médicaments que supporte la population, le chiffre d'affaires de la PPM doit être multiplié par un coefficient qui serait au minimum de l'ordre de 2.

3°) Pratique privée clandestine de la médecine

Bien que le nombre des médecins, sages-femmes et infirmiers officiellement installés en pratique privée ne dépasse pas une dizaine, la pratique privée est fort répandue. Elle est le fait non seulement de professionnels qualifiés, appartenant au service public, mais encore de beaucoup de personnes sans qualification aucune, et cela autant en ville qu'à la campagne.

Les enquêtes directes auprès de la population n'ont pas toujours eu pour souci d'éclairer cet aspect de la réalité, en procédant par exemple à une identification de tous les prescripteurs consultés par les familles. Par contre, certaines d'entre elles donnent une idée du montant des dépenses effectives d'honoraires, et ces dépenses dépassent largement le montant des sommes correspondant à l'application de la tarification officielle qui a été mise en vigueur dans un certain nombre de formations sanitaires publiques.

Des deux seuls exemples que nous avons pu recueillir, l'un concerne la zone rurale, l'autre la capitale. En zone rurale (cf. [28] pp. 170-172), l'arrondissement de Didiéni se distingue des deux autres sites qui ont été étudiés en même temps et selon le même protocole. Dans cet arrondissement, qui appartient au cercle de Kolokani, est en place, au moment de l'enquête (1986-87), un système de recouvrement des coûts; aussi le tarif officiel de la consultation est-il de 50 FCFA pour les enfants et de 100 FCFA pour les adultes. L'enquête directe auprès des familles montre que le coût moyen de la consultation est en pratique de 686 FCFA, dont 232 payés en espèces, et, ce qui plus inattendu encore, 454 payés en nature (le quart des consultations sont payées sous cette forme).

Imaginons, à titre d'illustration, qu'une sur quatre des consultations données dans le secteur public fasse l'objet, sous une forme ou sous une autre, d'une rémunération directe du praticien par le malade. Alors, au moins 500000 consultations feraient l'objet d'un paiement; supposons que le paiement direct moyen soit de l'ordre de 500 FCFA: dans ces conditions, les honoraires privés représenteraient 250 millions FCFA au bas mot.

En zone urbaine, l'enquête a porté sur un échantillon d'agents des Ministères de l'Enseignement et de la Culture à Bamako. Il en ressort (cf. [28] pp. 176-177) qu'une consultation sur trois est payée, et que le prix moyen est alors de 1500 FCFA si le praticien consulté est un médecin, de 1700 FCFA si la consultation a été donnée par un infirmier, et de 1700 FCFA également si elle a été donnée au sein d'une formation sanitaire. En extrapolant ces résultats à l'ensemble de la capitale, on atteint, pour les dépenses de consultation dans le secteur moderne, un ordre de grandeur de plus de 200 millions FCFA.

Ces quelques éléments conduisent à penser qu'il n'est pas déraisonnable d'admettre que la pratique privée clandestine puisse avoir un chiffre d'affaires annuel, pour l'ensemble du pays, de l'ordre de 500 millions FCFA. Cela ne représente, après tout, que moins de 20 % de la masse des salaires des agents du Ministère de la Santé.

4°) Dépenses de transport liées à la maladie

Il n'est pas douteux que l'un des obstacles au fonctionnement du système de référence est dans le coût du transport des malades et des accompagnants. Tout professionnel de santé ayant exercé en brousse connaît cette difficulté, qui s'ajoute aux obstacles psychologiques à l'hospitalisation; et tout professionnel de santé ayant exercé dans les hôpitaux sait que les malades y arrivent après avoir trop longtemps différé leur décision. On sait aussi que, lorsqu'un véhicule est disponible pour assurer le transport des malades, le coût du carburant sera toujours à leur charge.

Une estimation du coût des transports est cependant très difficile, par manque d'observations. La seule enquête qui ait abordé cette question est celle qui a porté sur trois arrondissements ruraux de la seconde région, qui n'est pas la plus mal lotie en matière de voies de communication. La dépense de transport pour raison de santé par habitant et par an est de 6 FCFA à Dioïla, et de 12 FCFA à Kangaba, mais de 51 FCFA à Didiéni (cf. [8] p. 50). Les deux premiers arrondissements sont les chefs-lieux de cercle, et les malades ont donc accès sur place à un centre de santé de cercle; au contraire, Didiéni ne dispose que d'un centre de santé d'arrondissement. On comprend donc parfaitement la différence dans le coût moyen du transport lié au recours aux soins comme à l'acquisition des médicaments.

Si l'on admet que la dépense de transport est de 10 FCFA par habitant et par an pour la population des chefs-lieux de cercle, des capitales régionales et du district de Bamako, et de 50 FCFA pour la population rurale, on obtient, pour l'ensemble du pays, un ordre de grandeur de 300 millions FCFA.

Pour conclure, nous récapitulons ci-dessous l'ordre de grandeur des divers types de contributions au financement des dépenses courantes de santé. Ces estimations sont celles qui nous paraissent les plus vraisemblables, mais, compte-tenu des multiples difficultés que crée l'état actuel de la gestion de ce secteur, on ne prétend aucunement qu'elles soient exactes: elles sont simplement plus proches de la réalité que tout ce qui a été publié jusqu'à ce jour à ce sujet.

Tableau 11

REPARTITION DU FINANCEMENT DES COUTS RECURRENENTS DE LA SANTE
ANNEE 1986

	millions FCFA	%
Financement public		
Etat	4.200	
Autres sources publiques	90	
Opérations de développement	8	
INPS	380	
	4.678	23
Budgets familiaux		
Tarification	236	
Médicaments	12.000	
Médecine traditionnelle	2.000	
Honoraires privés clandestins	500	
Transport	300	
	15.036	74
Aide extérieure	542	
	542	3
TOTAL	20.256	100

Ces ordres de grandeur donnent évidemment, du fonctionnement effectif du système de santé malien, une idée bien différente de celle qu'ont en tête ceux qui parlent de la gratuité des soins; cette dernière n'est qu'une fiction.

Chapitre 3

ANALYSE DE CERTAINES ACTIVITES

Notre enquête a permis de collecter à peu près toutes les données dont disposent localement les médecins-chefs des centres de santé de cercle, ainsi que les médecins-directeurs des hôpitaux, et relatives aux activités des formations dont ils sont responsables, et sur une période de cinq ans.

On attendait de ces données d'activité qu'elles permettent de calculer des indicateurs de productivité et de coût moyen. La qualité des données recueillies s'est avérée si médiocre qu'on a dû abandonner cette perspective: les informations élémentaires sur l'activité des CSC et des CSA sont généralement non disponibles ou non fiables; il est impossible de faire la distinction entre consultants et consultations, qui ne sont pas enregistrés séparément, etc. Par conséquent, on s'est borné, dans ce qui suit, à analyser les données d'activité sous l'angle de la fréquentation.

1. Fréquentation des centres de santé

On présente ici une analyse des taux d'hospitalisation et de fréquentation, en 1986, pour les cercles ne disposant pas d'un hôpital (au moment où cette analyse a été entreprise, les données de 1987 étaient encore incomplètes).

Les informations utilisées sont celles que collectent les médecins-chefs; elles fournissent ainsi l'image qu'ils peuvent avoir de l'activité des services de santé.

$$\text{taux de fréquentation} = \frac{\text{consultants 1986}}{\text{population 1987}}$$
$$\text{taux d'hospitalisation} = \frac{\text{hospitalisations 1986}}{\text{population 1987}}$$

Tableau 12

TABLEAU DES TAUX DE FREQUENTATION ET D'HOSPITALISATION
PAR CERCLE

cercles consultants	1986	hospita- lisations	popu- lation	taux de fréquenta- tion en%	taux d'hospi- talisation en%
		1986	1987		
Bafoulabé	14228	297	143939	9,88	,21
Diema	11232	0	110550	10,16	0
Kéniéba	24752	342	101788	24,32	,34
Kita	35539	667	233906	15,19	,29
Yélimané	14342	172	89402	16,04	,19
Koulikoro	22209	312	125811	17,65	,25
Banamba	25205	137	108775	23,17	,13
Doila	67310	2171	253706	26,53	,86
Kolokani	40430	50	149959	26,96	,03
Nara	29236	236	147337	19,84	,16
Bougouni	6805	809	220443	3,09	,37
Kadiolo	28845	1024	98337	29,33	1,04
Kolondiéba	14374	1731	103352	13,91	1,67
Koutiala	20448	756	286244	7,14	,26
Yorosso	7559	41	104463	7,24	,04
Baraouéli	17592	518	127684	13,78	,41
Bla	29731	103	150382	19,77	,07
Macina	21237	144	140109	15,16	,10
Niono	28713	0	161594	17,77	0
Tominian	24834	352	127764	19,44	,28
Bandiagara	5019	199	182869	2,74	,11
Bankass	20936	53	155999	13,42	,03
Douentza	26880	37	150608	17,85	,02
Koro	8741	144	211988	4,12	,07
Tombouctou	58490	95	65179	89,74	,15
Goundam	1610	0	113119	1,42	0
Rharous	23336	205	87049	26,81	,24
Niafunké	32982	98	108178	30,49	,09
Ansongo	11109	123	76896	14,45	,16
Bourem	12794	153	73134	17,49	,21
Kidal	10130	398	34813	29,10	1,14
Menaka	9411	362	50005	18,82	,72
Total	706519	12201	4787506	14,76	,25

L'analyse de ce tableau nous permet de constater que:

- le taux de fréquentation, qui est le rapport entre le nombre des consultants du centre de santé et la population du cercle corres-

pendant, est d'environ 90% à Tombouctou (autrement dit sur 100 habitants environ 90 se présentent au centre de santé une fois dans l'année); ensuite viennent les centres de santé de Niafunké, Kadiolo et Kidal avec en moyenne 30% chacun; par contre pour les cercles de Goundam, Bandiagara, Bougouni et Koro le taux de fréquentation est compris seulement entre 1 et 4% au cours de l'année considérée;

- le taux d'hospitalisation, qui est le rapport entre le nombre total des hospitalisations et la population d'un cercle donné, est élevé dans les cercles de Kolondiéba, Kadiolo et Kidal avec environ 2% de la population chacun; ce chiffre reste inférieur à 1% ailleurs; pour les cas où ce taux est nul, l'information semble défailante.

Les cercles de Kangaba, Yanfolila, Djénné, Ténenkou et Youvarou sont exclus de notre analyse parce que les informations sur les consultants n'étaient pas disponibles.

Si nous considérons les chiffres des consultants, en 1984, de l'ensemble des centres de santé de cercle ne disposant pas d'un hôpital, comme dans le tableau ci-dessus, on trouve un total de 818.179 consultants; en faisant le rapport avec le total de la population 1987 des cercles considérés (celle de 1984 n'est pas disponible), on parvient à un taux de fréquentation voisin de 17% contre 15% environ en 1986.

Si pour la même année 1984 nous considérons l'ensemble des consultants de tous les cercles, des hôpitaux et des instituts, d'après l'enquête INRSP, et la population (d'après les projections à partir du recensement 1976), on parvient à un taux de fréquentation de 17,28%, contre 12,04% d'après les chiffres du plus récent annuaire statistique (1984) du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Que le taux de fréquentation obtenu à partir de notre enquête soit supérieur s'explique par le fait que nous avons procédé à un recueil complet des données, en visitant chaque cercle, où ont été relevées toutes les informations disponibles concernant les activités des centres de santé de cercle, des arrondissements et des secteurs de base. Ainsi, nous avons enregistré un total de 1.357.851 consultants tandis que le document du MSPAS, réalisé au vu des rapports de l'ensemble des services de santé (qui en réalité ne sont fournis que par un nombre restreint de formations sanitaires), donne un total de 917.334 consultants.

On pourrait penser que le taux de fréquentation auquel nous parvenons, 17,28%, reste sous-estimé. De fait, pour certains centres de santé les chiffres des consultants n'ont pas été trouvés (Yanfolila, Mopti, Djénné, Koro, Ténenkou et Youvarou); en outre il est bien connu que les activités des centres de santé des arrondissements et des secteurs de base échappent à tout enregistrement dans bon nombre des cas.

Par ailleurs le taux de fréquentation calculé à partir des chiffres des consultants relevés directement en 1986 par le Dr G. KEGELS-CORNELIS dans les registres des cercles de Kéniéba, Bafoulabé et Kita, et de la population 1987, est de 4% contre 10 à 24% dans le tableau ci-dessus; on est en droit de se demander comment sont compris les termes "consultant" et "consultation" par les agents chargés d'établir les statistiques sanitaires; ceci mérite une attention particulière car il n'est pas rare de rencontrer même dans certains documents officiels (par exemple l'"Annuaire statistique 1984" du MSP, page 71) des effectifs de consultants supérieurs aux nombres de consultations.

En résumé les données fournies par les formations sanitaires conduisent à un taux de fréquentation peu fiable (environ 17%) et les données de meilleure qualité (exemple du Dr KEGELS-CORNELIS) aboutissent à un taux encore plus faible.

2. Fréquentation et activités des hôpitaux

Cette analyse portera sur l'ensemble des hôpitaux nationaux, régionaux et secondaires. Pour les besoins de notre étude, nous retiendrons seulement quelques-unes de leurs activités.

3.2.1. Etude des taux de fréquentation et d'hospitalisation des cercles disposant d'un hôpital

En admettant que les consultants et les hospitalisés de chaque hôpital viennent essentiellement du cercle où est implanté cet établissement, en rattachant chaque hôpital au cercle qu'il dessert, en ajoutant les consultations et les hospitalisations de chaque hôpital à celles du CSC concerné, et en incluant les chiffres de consultations et d'hospitalisations des infirmeries militaires (Gao, Nioro, Kati, Ségou, Sévaré, Bamako et Sikasso) du cercle concerné, on peut calculer les taux de fréquentation et d'hospitalisation regroupés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 13

TABLEAU DES TAUX DE FREQUENTATION ET D'HOSPITALISATION
DES CERCLES DISPOSANT D'UN HOPITAL

Centres	consulta- tions 1986	popula- tion 1987	hospita- lisations 1986	taux de fréquenta- tion en%	taux d'hospita- lisation en%
Bamako	392500	646163	14936	60,74	2,31
Kati	301855	340600	1091	88,62	,32
Kayes	259130	247200	1361	104,83	,55
Sikasso	117103	374611	7000	31,26	1,87
Ségou	265163	418621	7692	63,34	1,84
Mopti	43764	243245	1643	17,99	,68
Gao	62402	148886	860	41,91	,58
Nioro	15442	131790	500	11,72	,38
San	88370	202096	3868	43,73	1,91
Diré	15614	79507	893	19,64	1,12
Total	1561343	2832719	39844	55,12	1,41

N.B:

	consultants 1986
taux de fréquentation =	-----
	population 1987
	hospitalisations 1986
taux d'hospitalisation =	-----
	population 1987

Ici l'unité d'observation est le cercle lorsqu'il dispose d'un hôpital.

Il convient de noter que la part des consultations des infirmeries militaires prises en compte dans le tableau ci-dessus atteint 40% du total des consultations de l'ensemble des infirmeries militaires en 1986.

L'hypothèse selon laquelle les consultants de chaque hôpital viennent du cercle considéré n'est pas absurde; en effet les estimations faites à partir des dossiers individuels anonymes fournis par le projet magasin santé ont permis d'observer que 88% des consultations données à l'hôpital de Gao concernent les résidents de la ville (cf. [28]); de même une étude du Dr KEGELS CORNELIS dans les cercles de Bafoulabé, Kita et Kéniéba montre que le taux de fréquentation diminue très fortement lorsqu'on le calcule pour la population résidant à plus de 15 km de la formation sanitaire; par exemple ce taux passe en 1986 de 109% à 43% pour la population du chef-lieu de Bafoulabé et celle résidant à 15 km respectivement (cf. [28] p. 15).

Dans ce tableau, l'activité relative à Bamako comprend les chiffres de consultations de tous les centres de santé des communes, de l'hôpital du Point G et de l'hôpital Gabriel TOURE. A Ségou sont inclus les chiffres de l'hôpital secondaire de Markala.

Ce tableau donne un nombre de consultations hospitalières d'environ 1,6 million en 1986 contre 878.480 (ce dernier chiffre étant calculé en rattachant chaque hôpital au cercle concerné) d'après l'annuaire 1984 du MSP .

Le taux de fréquentation calculé en divisant le nombre des consultations d'après l'annuaire 1984 du MSP par la population 1987 des cercles concernés est de 31%, contre 55% en 1986 selon notre enquête; les raisons évoquées plus haut pour expliquer la différence entre les deux taux restent toujours valables.

Les disparités des différents taux de fréquentation entre les cercles peuvent être dues, entre autres facteurs, aux difficultés de communication: par exemple à Diré et Nioro, où les routes sont la plupart du temps impraticables, on enregistre des taux de fréquentation faibles, contre des valeurs supérieures à 60% à Bamako, où la densité de la population est bien supérieure (plus de 2000 habitants au km²) et à Ségou, où les pistes semblent dans un état acceptable.

Le niveau du taux de fréquentation du cercle de Kati (environ 89%) est le fait des activités de l'infirmier militaire qui effectue 47% du total des consultations du cercle.

Le chiffre de Gao est probablement dû à l'intervention de l'ONG Médecins Sans Frontières à travers le projet magasin santé (sans lequel le taux de fréquentation ne serait pas comparable, comme le montre le tableau ci-dessus, à ceux des cercles de Kati, San et Ségou), qui permet à la population d'accéder aux soins à un prix relativement faible (200 F CFA pour la consultation et les médicaments prescrits en 1986). A Kayes, Sikasso et Mopti, les activités de consultation semblent surévaluées dans le premier cas avec un taux de fréquentation de 105% et sous-évaluées dans les deux derniers où il reste inférieur à 35%; sinon il faudrait chercher la cause ailleurs que dans l'accessibilité: peut-être dans la qualité des soins offerts, la disponibilité et la qualification du personnel et surtout la disponibilité des produits pharmaceutiques.

Le taux d'hospitalisation le plus élevé se rencontre à Bamako où à peine plus de deux habitants sur 100 ont accès aux soins hospitaliers: ceci peut être le fait d'une infrastructure hospitalière suffisante; par contre à Kati ce taux n'est que de l'ordre de 0,32%. Le taux moyen de fréquentation dans les cercles considérés est de 1,4% en 1986.

3.2.2 Etude des relevés des consultations des hôpitaux

Il s'agit de toutes les consultations effectuées au sein des hôpitaux: médecine, chirurgie, pédiatrie, gastro-entérologie, contagieux, cardiologie, etc... Cette définition nous conduit au tableau suivant:

Tableau 14

TABLEAU DES CONSULTATIONS DES HOPITAUX				
hôpital!	1983	1984	1985	1986
Pt G.	21682	22825	24032	26338
G.Touré!	102036	104562	102932	97536
Kati	66626	83123	77669	79030
Kayes	3356	4081	26930	20987
Sikasso!	123410	72860	74738	83519
Ségou	25878	27240	28673	30182
Mopti	42426	31867	26070	28340
Gao	20177	20460	21253	19382
Nioro	4401	4749	3966	4145
San	17011	16846	17837	17896
Markala!	80673	53507	61268	53429
Diré	5505	8322	4222	4123
Total	513181	450442	469590	464907
Moyenne!	39475	34649	36122	35762

Ce tableau nous permet de constater que:

- le nombre de consultations le plus élevé est réalisé par l'hôpital Gabriel Touré sur toute la période étudiée sauf en 1983 où l'hôpital de Sikasso a effectué 24% du total des consultations des hôpitaux; l'hôpital Gabriel Touré réalise à lui seul 20% de l'ensemble des consultations en 1983, 23% à 21% sur la période 1984-1986;

- en moyenne les hôpitaux secondaires de Nioro et de Diré réalisent les chiffres les plus faibles de consultations avec chacun moins de 2% par an du total des consultations des hôpitaux;

- les hôpitaux nationaux représentent selon les années 37% à 53% du total des consultations hospitalières (en moyenne 45%), contre 27% à 42% (en moyenne 35%) pour les hôpitaux régionaux et 20% en moyenne pour les hôpitaux secondaires pendant la période considérée;

- les consultations hospitalières ont connu une baisse d'environ 12% de 1983 à 1984; cette situation est le fait de l'hôpital de Sikasso (où les consultations ont enregistré une diminution de 41% entre 1983 et 1984, une légère hausse de 4,25% de 1984 à 1985, pour ensuite baisser de 1% de 1985 à 1986); est-elle le résultat de l'instauration d'une tarification des consultations devenue effective aussi bien au niveau des centres de santé qu'au niveau des hôpitaux ? L'expérience de Médecins sans Frontières a montré que l'introduction d'un tarif ou sa révision à la hausse ont pour effet de réduire la fréquentation, mais que cet effet est limité et surtout temporaire (au bout de deux mois on retrouve et on dépasse le niveau antérieur, cf [28] p. 3); il faut peut-être chercher la raison de la baisse relative des activités dans le comportement des agents sanitaires, la qualité des soins offerts, l'accueil dans les hôpitaux, etc...

L'année 1987 n'a pas été prise en compte parce que les chiffres sont dans la plupart des cas incomplets.

3.2.3 Etude de la durée moyenne de séjour

La durée moyenne de séjour est obtenue en faisant le rapport entre le nombre de journées d'hospitalisation de l'année

considérée et le nombre d'hospitalisations de la même année pour un hôpital déterminé; d'où le tableau suivant:

Tableau 15

TABLEAU DES DUREES MOYENNES DE SEJOUR

hôpital !	1983 !	1984 !	1985 !	1986 !
Pt G. !	19 !	22 !	24 !	24 !
G.TOURE !	8 !	7 !	9 !	7 !
Kati !	22 !	22 !	22 !	22 !
Kayes !	3 !	3 !	6 !	7 !
Sikasso !	6 !	3 !	5 !	6 !
Ségou !	3 !	3 !	2 !	2 !
Mopti !	7 !	6 !	4 !	7 !
Gao !	15 !	14 !	14 !	15 !
Nioro !	11 !	8 !	8 !	10 !
San !	5 !	4 !	3 !	3 !
Markala !	12 !	12 !	13 !	12 !
Diré !	25 !	22 !	12 !	17 !

A partir de ce tableau on constate que les durées moyennes de séjour des hôpitaux du Point G, Gabriel Touré et Diré sont les plus élevées (plus de 20 jours en moyenne); par contre, dans chacun des hôpitaux de San et Ségou, les hospitalisés séjournent en moyenne moins de 5 jours.

On remarque en outre que c'est dans les hôpitaux nationaux qu'on a le plus grand nombre d'hospitalisations et de journées d'hospitalisation; en moyenne 36% par an du total des hospitalisations et 57% par an du total des journées d'hospitalisation pour la période 1983-86. C'est dans ces mêmes hôpitaux que les hospitalisés séjournent le plus longtemps, avec une moyenne de plus de deux semaines pour la même période.

Les journées de maternité et de gynéco-obstétrique représentent 26% de l'ensemble des journées d'hospitalisation; les chiffres de journées de maternité sont fournis par les seuls hôpitaux Gabriel Touré et de Markala.

Il convient de souligner ici que les services où les durées moyennes de séjour sont élevées, tels psychiatrie et phtisiologie au Point G, ne sont pas pris en compte, parce que de tels services de longue durée de séjour n'existent pas dans les autres hôpitaux. Le rapport de gestion 1986 de l'hôpital du Point G (page 2) montre que la durée moyenne de séjour dans ses services de phtisiologie et de psychiatrie était respectivement de 219 et 158 jours par malade hospitalisé.

3.2.4 Etude du taux d'occupation des lits

Le taux d'occupation est le rapport entre le nombre de journées d'hospitalisation réalisées dans un hôpital pendant une année donnée et le nombre de journées d'hospitalisation qui y aurait été atteint si les lits avaient été occupés chaque jour; ceci nous conduit au tableau suivant:

Tableau 16

TABLEAU DU TAUX D'OCCUPATION DES LITS

hôpital !	1983 !	1984 !	1985 !	1986 !
Point G !	38 !	40 !	43 !	45 !
G.Touré !	45 !	44 !	35 !	41 !
Kayes !	16 !	18 !	44 !	33 !
Sikasso !	67 !	66 !	68 !	64 !
Ségou !	21 !	21 !	21 !	23 !
Mopti !	42 !	30 !	19 !	30 !
Gao !	34 !	44 !	39 !	29 !
Nioro !	29 !	22 !	24 !	21 !
San !	32 !	32 !	31 !	31 !
Markala !	50 !	47 !	35 !	36 !
Diré !	36 !	28 !	49 !	57 !

L'hôpital de Kati a été éliminé de cette analyse parce que, sur toute la période étudiée, les informations n'ont été disponibles que pour la seule année 1983.

Une analyse du contenu de ce tableau montre que:

- les hôpitaux nationaux ont un taux d'occupation compris entre 35% et 45% entre 1983-1986;
- dans les hôpitaux régionaux et secondaires, sauf à Sikasso où le taux d'occupation annuel moyen est de 64% sur la période considérée, ce chiffre reste inférieur à 60%.

En admettant que le taux d'occupation doit être inférieur ou égal à 80% pour permettre à l'hôpital de faire face à des variations brusques d'activité (cas des épidémies), et qu'il doit être supérieur à 60% pour que les lits ne soient pas sous-utilisés, il apparaît que, exception faite de l'hôpital de Sikasso, les lits restent sous-utilisés dans les hôpitaux maliens. Tant qu'on ne se trompe pas du simple au double sur le nombre de journées, le taux d'occupation reste inférieur à 80% dans la quasi totalité des hôpitaux.

3.2.5 Etude des coûts moyens par malade

Ils représentent le rapport entre le total des coûts récurrents d'un hôpital donné et le nombre total d'hospitalisés que reçoit cet hôpital pendant une période précise; les données sont regroupées dans le tableau suivant:

Tableau 17

TABLEAU DES COÛTS MOYENS PAR MALADE HOSPITALISÉ
ET PAR HOPITAL

Hôpitaux	1983	1984	1985	1986
Point G	46156	52551	85710	99335
G. Touré	20310	15115	39039	31457
Kati	76419	80617	82820	102160
Kayes	28919	30455	12009	35285
Sikasso	7337	3826	7151	10388
Ségou	14443	16404	13520	12535
Mopti	10253	12739	19803	22350
Gao	25669	22143	31463	64421
Nioro	29233	27960	23003	38112
San	6676	5895	36427	5894
Markala	14674	11996	19082	27179
Diré	31484	39982	12083	16804
Total	311573	319683	382110	465920
Moyenne	25964	26640	31842	38827

Les brusques variations des coûts moyens par malade peuvent essentiellement être dues:

- à des financements ponctuels de certains intervenants dans le domaine de la santé, tels les ONG, les Comités d'Appui, etc...par exemple à San en 1985 avec EMI-CEBEMO et à Gao en 1986 avec MSF;

- à la mise en oeuvre d'une tarification alimentant un budget autonome; en effet si les dépenses sur budget autonome, entraînant une augmentation des coûts récurrents, ne s'accompagnent pas d'une augmentation au moins proportionnelle des activités, l'hôpital verra son coût par malade s'élever (tel est le cas de l'hôpital de Kati);

- à une variation des activités pour un niveau de financement presque constant; par exemple à Kati une variation des hospitalisations de 8000 à plus de 10000 entre 1983 et 1984 est la cause de la brusque diminution du coût par malade entre ces deux années.

Quant au niveau des coûts moyens, il est évident qu'il dépend:

1. de la technicité des soins: lorsqu'une formation sanitaire dispose d'une infrastructure déterminée sans avoir le personnel compétent pour l'exploiter (par exemple présence d'un bloc chirurgical équipé sans chirurgien, ou l'inverse), le coût par malade sera élevé sans profit pour les patients; par contre le malade bénéficiera de soins plus techniques et plus coûteux si le bloc est bien équipé et s'il est utilisé par un chirurgien compétent;
2. de la qualité des soins: par exemple de la qualité hôtelière, notamment de la propreté des lieux, de la qualité des repas servis aux malades, etc; en effet, une augmentation du crédit alimentaire alloué aux hôpitaux contribuera, si elle est bien utilisée, à une amélioration de la qualité des repas servis aux malades; de même un coût moyen élevé peut résulter d'une qualité particulière de la surveillance post-opératoire, etc;
3. de la gestion des ressources allouées: lorsque par exemple au lieu de servir de moyens de transport des malades, les véhicules des services de santé sont utilisés pour des besoins personnels (transports scolaires, transport des manoeuvres pour des travaux champêtres, etc...), l'effet sur le coût sera perceptible, mais il n'y aura aucun bénéfice pour les malades; de même la faible motivation du personnel sanitaire dans son activité (du fait du retard dans le paiement des salaires notamment), avec ses conséquences, telles que le développement des activités clandestines, les vols de médicaments et du matériel médical etc..., augmente des coûts sans bénéfice pour les malades.

C'est d'un effort de maîtrise de toutes les variables ci-dessus énumérées que dépendra le niveau du coût moyen par malade.

Au Point G et à Kati le coût par malade hospitalisé est compris entre 45 000 et 100 000 FCFA par an de 1983-86; il reste inférieur à 40 000 FCFA dans les hôpitaux régionaux sauf à Gao en 1985 où il est voisin de 65 000 FCFA; c'est dans les hôpitaux secondaires de Markala et de San que ce coût est inférieur à 30 000 FCFA, sauf à San en 1985 où il est voisin de 40 000 FCFA.

En moyenne le coût par malade est de l'ordre de 65 000 FCFA pour les hôpitaux nationaux, 22 000 FCFA pour les hôpitaux secondaires et moins de 21 000 FCFA pour les hôpitaux régionaux entre 1983 et 1986. Il apparaît une hiérarchie des coûts: ils sont supérieurs dans les hôpitaux où les soins devraient être qualifiés (hôpitaux nationaux) à ce qu'ils sont dans hôpitaux où les soins sont plus ordinaires (hôpitaux secondaires et régionaux). Cette situation est différente de celle que révélaient les données de 1975 (cf. [4]).

Cette différence peut s'expliquer par les faits suivants:

- l'hôpital Gabriel Touré qui était un hôpital régional en 1975 est devenu un hôpital national à partir de 1980;
- la répartition du financement public entre hôpitaux nationaux, régionaux et secondaires est de plus en plus en faveur des hôpitaux nationaux; le ratio entre les sommes allouées par l'Etat aux hôpitaux nationaux et celles qui ont été affectées aux hôpitaux régionaux et secondaires est passé de 1,6 environ (on ignore ici les hôpitaux secondaires de San et Diré, mais leur prise en compte le diminuerait) en 1976, à 2,2 en moyenne sur la période 1983-1986.

Il faut cependant signaler que les chiffres d'activité qui ont servi de base à toute cette analyse, tant pour les hôpitaux que pour les centres de santé, sont ceux des rapports d'activité ou des registres des différentes formations sanitaires. Compte tenu des caractéristiques de nos documents de référence (rapports d'activités très mal tenus et généralement surestimés, registres irrégulièrement remplis, ...), les conclusions auxquelles nous sommes parvenus mériteraient d'être confirmées.

ELABORATION D'UN MODELE DE SIMULATION

Objectifs et étapes

Pour préparer l'examen des options de financement, il sera utile de comparer les masses actuellement consacrées aux activités sanitaires à une estimation globale du montant du financement qui serait nécessaire pour faire fonctionner le système de santé dans des conditions définies. Dans une telle perspective, les comptes nationaux de la santé sont insuffisants, parce qu'ils ne relient explicitement aux masses financières ni les niveaux d'activité, ni les coûts unitaires; et parce qu'ils ne permettent pas d'imaginer une autre situation que celle qu'ils décrivent. Par ailleurs, ils sont trop détaillés pour qu'on puisse s'en servir afin de dégager une esquisse de ce que pourrait être demain le fonctionnement et le financement du système de santé.

Dans ce qui suit, on entreprend donc la construction d'une représentation simplifiée du système de santé, tant dans son état actuel que dans l'état qu'il pourrait atteindre si certaines décisions de politique sanitaire étaient prises. La construction de ce modèle exige d'abord que l'on précise dans quelles conditions devrait fonctionner le système de santé, et par exemple les suivantes:

- quelles devraient être ses principales activités, aux différents niveaux de son organisation pyramidale ?
- quel devrait être le taux de fréquentation de ces diverses activités ?
- quel devrait être le coût unitaire de chacune des principales prestations intervenant dans chaque activité ?

Le modèle construit, de la sorte, sur des bases explicites, que l'on peut soumettre à la discussion et, si nécessaire, modifier, doit permettre en même temps d'apprécier comment varie le montant global du financement nécessaire lorsqu'on modifie l'une ou l'autre des conditions de fonctionnement. C'est par là que les simulations doivent aider à la discussion sur les options de financement.

Dans un second temps, on abordera les diverses options de financement qui ont été récemment proposées à la discussion des instances spécialisées, tant au Mali que sur la scène internationale. On cherchera à préciser ce qu'il est possible d'attendre de chacune d'elles, pour introduire éventuellement ces ordres de grandeur, conjointement avec les données fournies par la partie rétrospective de ce travail, tant en ce qui concerne les flux financiers enregistrés dans les comptabilités des services publics et des organisations étrangères qui interviennent dans le secteur de la santé, que les flux financiers privés qui n'apparaissent pas dans ces comptes, dans des tableaux de financement hypothétiques.

Enfin, ces divers éléments de coût et de financement seront combinés dans un modèle de simulation, dont le principe est extrêmement simple: il s'agit d'un tableau, qui décrit à la fois les coûts et les ressources mobilisables, estimés les uns et les autres à partir d'hypothèses réalistes et clairement explicitées. L'intérêt d'un tel tableau est qu'il permet de calculer immédiatement les conséquences de toute modification des hypothèses qu'il contient. C'est donc un instrument d'une évidente utilité pour éclairer la réflexion, et éventuellement la décision des responsables de la politique de santé, au moins en ce qui concerne les questions posées par le financement des activités.

Délimitation du modèle

Nous abordons ici la première étape, qui consiste à préciser les activités à financer et le coût de chacune d'elles. Quelques précisions s'imposent immédiatement.

Le modèle est limité à l'étude des coûts et du financement de la médecine moderne. Cela ne signifie pas que toute thérapeutique traditionnelle soit exclue, puisqu'on peut concevoir que le secteur moderne y recoure. Mais les informations dont on dispose sont suffisantes pour conclure d'une part que la part effective des dépenses de santé auprès du secteur de la médecine traditionnelle est beaucoup plus faible qu'on ne le pense généralement (cf. [28] pp. 169-171), d'autre part que les pouvoirs publics ne sont pas engagés dans une politique active de soutien, qui entraînerait par exemple une aide financière, à la médecine traditionnelle; il est assez probable, enfin, que pour la population, et pour la plupart des affections jugées par elle sérieuses, le recours à la médecine traditionnelle n'est qu'un pis-aller, et qu'il diminuerait encore si les services publics de santé prenaient effectivement en charge les besoins des malades.

En second lieu, le modèle utilise un classement très simplifié des activités du système de santé. La pauvreté de l'information disponible interdit de décrire avec précision toutes les activités effectivement menées à chaque niveau de la pyramide sanitaire. Cependant, le fait que le niveau technique des activités ne varie pas forcément lorsqu'on passe d'un niveau de la pyramide à un autre atténue les inconvénients qui résultent de la remarque précédente. En pratique:

- nous négligeons les activités liées aux accouchements qui ont lieu dans les maternités rurales et dans les dispensaires d'arrondissements (on verra ultérieurement s'il est possible de les réintroduire globalement, en utilisant des hypothèses qui seront nécessairement très grossières);
- les activités d'hospitalisation des centres de santé de cercle et celles des hôpitaux (y compris les hôpitaux nationaux) sont regroupées: cette façon de procéder peut surprendre, mais on en donnera les justifications en temps utile;
- les activités d'éducation, de formation, de recyclage concernant des agents de santé destinés aux villages ou groupements de villages, activités qui ont une place importante dans certains projets sanitaires, mais dont on n'a jamais pu montrer qu'elles

ont un impact ni sur le niveau, ni sur la qualité des activités, seront négligées;

- on ignorera aussi les activités nutritionnelles et sociales: les unes correspondent essentiellement à des programmes d'urgence qui bénéficient de financements particuliers, et les autres peuvent être considérées, dans l'état actuel de la situation sanitaire de l'ensemble du pays, et compte tenu de leur implantation géographique, comme luxueuses ou à tout le moins prématurées.

- enfin, il n'est pas tenu compte, non plus, des programmes verticaux, parce que, comme ils ont en fait la faveur de certains bailleurs de fonds et de certains administrateurs de la santé publique, leur financement est toujours assuré, lorsque le pouvoir politique le souhaite, par l'aide extérieure, sans considération ni de leur efficacité, ni des effets qu'ils peuvent avoir sur l'organisation et le fonctionnement des services horizontaux.

En troisième lieu, le modèle n'aborde pas les questions que posent les effectifs du personnel et sa productivité. Malgré la promulgation, à partir de 1985, de textes relatifs à l'exercice privé des professions de santé, le système de santé reste essentiellement public, et il faudra nécessairement attendre de longues années avant que le secteur privé ne joue un rôle significatif. Par ailleurs, depuis la même époque, les recrutements dans la fonction publique sont pratiquement interrompus et la situation des finances publiques est telle qu'on ne peut pas imaginer de grandes modifications du niveau des rémunérations dans les années qui viennent. Dans ce contexte, il semblerait donc que le coût du personnel des services publics de santé, qui représente la quasi-totalité du financement public de la santé, soit à peu près connu et que rien ne doive le modifier sensiblement.

Pourtant, le personnel de la santé publique pose de nombreux problèmes. Ainsi la multiplicité des financements accordés aux programmes de santé maternelle et infantile semble détourner l'attention d'un fait trop évident: que les maternités de Bamako sont encombrées de sages-femmes plus que de parturientes, alors que ces personnels font défaut là où se passent les accouchements qui exigeraient leur présence. Plus généralement, dans les 6ème et 7ème régions, un infirmier reçoit en moyenne 7 à 8 consultants par jour de consultation (presque 10 s'il travaille au centre de santé de cercle, 6 seulement s'il est dans un dispensaire d'arrondissement), et un médecin 10 à 11, ce qui ne représente pas plus de deux heures de travail effectif par journée [6]. De même, dans les cercles de Koro et de Bankass, le nombre moyen de consultants par jour est compris entre 7,3 et 8,7 (MDM, document non publié). Quant au personnel du seul laboratoire (celui de centre de santé de Kita, siège du Projet de développement sanitaire) sur lequel une étude de la charge de travail a été entreprise, il serait occupé, en moyenne, moins d'une heure par jour et par agent [7]. Ces indications, bien que rares, confirment toutes ce que beaucoup d'observateurs s'accordent à penser: que le personnel est surabondant, et que le phénomène est d'autant plus accentué que ses comportements, liés au manque de moyens comme au manque de supervision et de contrôle hiérarchique, découragent les malades.

Cependant, les habitudes prises en matière d'affectation du personnel sont tellement ancrées dans les comportements des responsables, comme dans ceux des agents de moindre qualification, que toute stratégie de réallocation des effectifs en fonction des besoins du service se heurterait à des obstacles que personne n'aurait le courage d'affronter. De celà, il résulte que le champ d'analyse, sur les questions pourtant très importantes qui concernent les effectifs de la santé publique, les rémunérations et l'allocation, est en pratique extrêmement réduit: la simulation n'a d'intérêt que si elle éclaire les conséquences de décisions qui pourraient être prises. Si aucune décision ne peut être envisagée, la simulation ne serait qu'un exercice d'école.

Choix des valeurs retenues pour les niveaux d'activité et de coût

La construction du modèle, pour ce qui est de l'activité et des coûts, repose, en ce qui concerne les paramètres d'activité et de fréquentation, les coûts unitaires des consommables et les conditions de l'approvisionnement en produits pharmaceutiques, sur des informations qui n'ont pas encore été présentées.

1°) Paramètres d'activité et de fréquentation et coûts unitaires des principales prestations

Les valeurs à retenir pour les variables essentielles d'un modèle de simulation des coûts récurrents de la santé au cours des prochaines années ne peuvent pas être obtenues directement à partir des chiffres rassemblés dans la partie rétrospective de ce travail. Cela tient à deux types de raisons:

- d'une part, la qualité de l'information recueillie est, au moins sur certains points, très médiocre malgré le soin qui a été apporté à la collecte, et malgré le temps qu'on a consacré à la vérification des données fournies par les médecins-chefs; ceci est particulièrement vrai pour les statistiques d'activité, et donc pour les coûts moyens par unité d'activité;

- d'autre part, les valeurs observées des variables d'activité et de coût traduisent les conditions de la gestion du système de santé au cours des années récentes, et ces conditions ne peuvent pas servir de référence acceptable pour une projection: les affectations de moyens budgétaires et de personnel ne sont fondées ni sur le niveau quantitatif ni sur le niveau qualitatif des prestations, et les conditions pratiques de la supervision sont telles que la qualité des prestations n'est contrôlée d'aucune façon; il n'y a aucun sens à travailler sur le coût de prestations dont la qualité n'est pas au moins approximativement uniforme.

La seule possibilité était donc la suivante: au lieu de se fonder sur les valeurs observées dans l'ensemble du système de santé au cours des années récentes, prendre pour base un certain nombre de cas particuliers, ceux pour lesquels une information fiable est disponible sur des activités dont la qualité peut être considérée comme acceptable. Dans cette perspective, les études de cas ont donc été l'élément essentiel. Il n'en résulte pas que les

hypothèses retenues pour la simulation soient irréalistes. En matière de fréquentation des services, de technicité de ces derniers, et de coûts d'approvisionnement, on retiendra des bases de simulation très proches des conditions pratiques qui ont pu être constatées au Mali au cours des années récentes. Toutefois, les exemples qui permettent de fixer les ordres de grandeur des paramètres à utiliser dans la simulation sont souvent, pour une raison toute simple -- l'existence d'un minimum d'informations là et pas ailleurs--, ceux de formations sanitaires qui ont reçu, d'une façon ou d'une autre, l'aide d'un projet.

Mais on voudra sans doute bien considérer que tous les projets n'ont pas des moyens financiers considérables, et que s'ils avaient eu pour ambition de modifier radicalement les conditions de fonctionnement du système de santé, ils n'y sont pas parvenus. Leur principale intervention consiste généralement à fournir des moyens supplémentaires modestes, mais judicieusement choisis, et à donner, par quelques interventions ponctuelles ou par la simple présence d'un étranger, suffisamment de motivation aux agents du service public pour que ces derniers fassent seulement ce qu'on est en droit d'attendre d'eux. Si tel est bien le cas, les caractéristiques de l'activité réalisée dans les conditions créées par la présence d'un projet devraient fournir des paramètres d'un ordre de grandeur accessible en pratique pour l'ensemble du système.

Ce sont donc, pour l'essentiel, sur des cas particuliers, analysés avec autant de détail que le permettait l'information disponible, que sera fondé le choix raisonné des paramètres du modèle en ce qui concerne les taux de fréquentation, les niveaux d'activité et les coûts unitaires. Cependant, sur ce dernier point, les conditions de l'approvisionnement pharmaceutique ont une incidence déterminante.

2°) Prix des médicaments

Dans ce domaine, on utilisera à la fois, et chaque fois que cela sera possible, des estimations aux prix de la PPM et des estimations aux prix qu'il est possible d'attendre d'un recours systématique à la procédure des appels d'offres, et d'une gestion simplement satisfaisante de la distribution. La question est de la plus grande importance parce que, dans la situation actuelle, comme on l'a vu plus haut, la valeur de la consommation de produits pharmaceutiques, évaluée d'après le chiffre d'affaires de la PPM, représente presque les deux tiers du total des coûts récurrents du système de santé malien.

D'assez nombreuses informations sont utilisables dans une telle perspective. Elles se rangent facilement en deux catégories:

- on connaît le coût moyen de la prescription pharmaceutique remise au consultant externe dans un certain nombre de formations sanitaires: de 1500 FCFA au moins (2600 FCFA au plus) dans les centres de santé de cercle de la première région (cf. [29], [30], [31]), où la prescription se fait en fonction des disponibilités de la PPM, et où les prix sont ceux de cette dernière; de 200 au moins (et 450 FCFA

au plus) dans les centres de santé disposant d'un magasin santé dans les 5ème, 6ème ou 7ème régions (cf. [28] pp. 55-58 pour les 6ème et 7ème régions, [32] pour la 5ème région);

- on connaît les quantités prescrites de chaque produit utilisé, et les coûts correspondants, dans trois cercles de la 5ème région (projet magasins santé, réalisé avec l'assistance technique de Médecins du Monde); on peut réévaluer ces quantités aux prix de la PPM; de même on connaît les quantités utilisées pour les malades hospitalisés, et leur coût, pour le projet de développement sanitaire financé par la Banque mondiale dans la première région, projet qui fonctionne sans modification aucune des conditions de l'approvisionnement pharmaceutique (cf. [28] pp. 33-40); on connaît, au moins pour une année, les quantités consommées des trente médicaments les plus utilisés à l'hôpital du Point G, et leur coût aux prix de la PPM; on peut réévaluer ces quantités aux prix des magasins santé, après avoir remplacé chaque spécialité prescrite par le médicament essentiel le plus proche qui aurait été disponible dans un magasin-santé, mais sans autre modification de la prescription (en particulier les formes prescrites sont respectées, cf. [28] pp. 96-100).

Les informations de la première catégorie donnent l'effet combiné de la sélection des médicaments et de l'achat au meilleur prix: les prescriptions rédigées dans les formations sanitaires ordinaires ignorent l'un et l'autre de ces moyens de rationaliser la dépense pharmaceutique, alors que les prescriptions des formations des 5ème, 6ème et 7ème régions utilisent l'un et l'autre: prescription sur une liste de médicaments essentiels en dénomination commune internationale (et effort pour n'utiliser les injectables que lorsqu'ils sont clairement préférables à la voie orale) et acquisition par appel d'offres sur le marché international (ou au moins par consultation restreinte). Comme le montrent les chiffres cités plus haut, on ne se trompera pas en considérant que la prescription est, dans ces conditions, quatre fois moins coûteuse que lorsqu'elle est faite selon les disponibilités et aux prix de la PPM.

Les informations de la seconde catégorie ne donnent que l'effet des différences de prix: elles montrent que, sur les produits considérés, l'approvisionnement aux prix de la PPM est au moins deux fois plus coûteux que l'approvisionnement aux prix du marché international. Ainsi, la valeur aux prix des magasins santé des trente produits les plus consommés au Point G est la moitié de leur valeur aux prix PPM; la valeur aux prix des magasins santé des produits consommés dans l'un des cercles du projet de développement sanitaire ne dépasse pas 42% de la valeur de ces produits aux prix qui ont été payés; et la valeur aux prix PPM des quantités consommées dans les magasins santé de la 5ème région est supérieure à deux fois leur valeur aux prix de revient pour ces magasins.

De cela on retiendra que l'approvisionnement pharmaceutique aux conditions de la PPM (avec sa préférence pour les spécialités et pour les achats de gré à gré) coûte au Mali en ordre de grandeur quatre fois ce que ce pays y consacrerait s'il appliquait effectivement sa stratégie des médicaments essentiels et utilisait la procédure bien connue des appels d'offres sur le marché international. Le choix des produits intervient pour environ la moitié de la différence, et les écarts de prix pour l'autre moitié.

Parmi les options de financement, on s'intéressera donc particulièrement à celles qui permettraient de fournir les médicaments à leur prix sur le marché international. L'incidence de ces options sur le montant global des coûts récurrents devra être estimée avec soin.

Nous en venons donc à la présentation des hypothèses chiffrées qui sont incluses dans la construction du modèle.

4.1 Le niveau villageois

Le premier objectif qu'on peut viser à ce niveau est extrêmement modeste: on peut souhaiter que les villageois puissent se procurer, dans le village même dès qu'il a une certaine taille, à faible distance dans le cas contraire, une dizaine de médicaments de base et quelques produits de pansement pour soigner les petites blessures.

Les expériences de pharmacies villageoises ou de dépôts pharmaceutiques ont été nombreuses, mais il est généralement impossible de savoir quelle a été leur évolution. On doit le plus souvent se borner à constater que les villageois se sont cotisés, qu'une ONG a complété cette contribution pour fournir un stock de départ, et qu'après quelques mois, au mieux deux ans, le stock a disparu sans avoir été renouvelé.

L'ordre de grandeur de la consommation pharmaceutique qui peut être distribuée de cette façon est faible. Le cas des dépôts pharmaceutiques mis en place par le PDS en 1985 montre que la dépense par habitant, aux prix de la PPM, est de l'ordre de 30 à 50 FCFA par an en 1985-86 (cf. [28] pp. 158-160). Le cas des pharmacies villageoises installées dans l'arrondissement de Djidian avec l'aide de l'AFVP montre que la vente par habitant aux prix de la PPM ne dépassait pas, en 1983, 83 FCFA à Djidian même (chef-lieu d'arrondissement, où exerce un infirmier du premier cycle), mais pouvait atteindre des niveaux plus importants dans les autres villages: 110 FCFA à Sandiabougou, 132 à Toumoto, 122 à Batimakana, 230 à Tofassadaga (cf. [28], pp. 7-11).

Il est douteux que les chiffres d'affaires correspondant à ces niveaux de vente permettent de couvrir les frais entraînés par le réapprovisionnement des dépôts et d'assurer une rémunération des personnes chargées de les tenir (cf. pour le cas du PDS [28] pp. 158-160). Mais on peut envisager que le réapprovisionnement, au lieu d'être laissé à la charge du gérant, soit assuré à l'occasion de la supervision, qui est en tout état de cause nécessaire.

On peut cependant imaginer que les dépôts soient tenus par des hygiénistes-secouristes qui, correctement formés et supervisés, acceptent de travailler pour une rémunération très faible (cf. [28] pp. 1-5 pour le cas MDM, où cette organisation est adoptée et où la moyenne des gains mensuels des hygiénistes-secouristes est inférieure à 2000 FCFA par mois en 1987; et [28] pp. 7-11 pour le cas AFVP de Djidian, où les agents de santé de village recevaient l'équivalent de 1750 FCFA par mois en 1983).

Sur la base de l'expérience de l'AFVP à Djidian en 1983, on peut imaginer que la présence d'hygiénistes-secouristes formés, supervisés et approvisionnés en quelques médicaments de base, suscite une fréquentation annuelle de l'ordre de 6 à 10% de la population du secteur concerné (cf. [28] pp. 7-11). D'après l'expérience de MDM, ce taux de fréquentation pourrait atteindre au maximum 30 à 40% de la population des arrondissements concernés (il est supérieur si l'on ne considère que les villages effectivement desservis, cf. [28] pp. 72-75). La dépense moyenne en médicaments est, dans cette expérience, de l'ordre de 75 FCFA par consultation de l'hygiéniste-secouriste, ou de 40 FCFA par habitant des villages desservis, aux prix pratiqués, qui sont très inférieurs à ceux de la PPM.

Un second objectif peut être visé, sensiblement plus ambitieux en pratique: il s'agit de mettre à la disposition des villages, nécessairement groupés, ici, pour répartir la charge financière sur un plus grand nombre de personnes, en "secteurs de base" ou "secteurs de développement", un aide-soignant et une matrone, tous deux agents alphabétisés et formés en quelques mois (généralement six), et disposant d'une gamme de compétences et d'une gamme de produits plus étendues que celles qu'on trouverait entre les mains d'un hygiéniste-secouriste et d'une accoucheuse traditionnelle. La question de savoir si les compétences supplémentaires aboutissent à une qualité de service nettement supérieure, justifiant la différence de rémunération, ne peut pas être tranchée ici, d'autant qu'on ne dispose d'aucune évaluation acceptable de l'activité de ces agents. Dans les faits, la compétence de l'aide-soignant se traduit par l'autorisation qui lui est donnée de pratiquer les injections, et d'utiliser une quinzaine de produits pharmaceutiques.

Le seul cas de ce genre qu'il ait été possible d'étudier est l'expérience de Kolokani. Elle montre que, dans les meilleures conditions, peu après le début du système, la fréquentation des services de l'aide-soignant peut être de l'ordre de 24%, et que le coût de la prescription pharmaceutique peut aller de 137 à 473 FCFA par consultation. Mais cette expérience est surtout caractérisée par le fait que, compte tenu des rémunérations promises aux agents, de leur niveau effectif d'activité, de la consommation effective de produits pharmaceutiques et du taux effectif de recouvrement, il a été impossible d'y équilibrer les recettes et les dépenses (cf. [28] pp. 11-15). C'est, hélas, sur les mêmes bases qu'a été lancé en 1988 le "projet de développement sanitaire de la deuxième région" !

Dans ces conditions, on se bornera à projeter une consommation pharmaceutique correspondant à la situation actuelle (accessibilité limitée des services des hygiénistes-secouristes, puisqu'on considérera que 25% seulement de la population rurale peut les fréquenter, faible coût moyen de la prescription par consultant ou par habitant).

4.2 Consultations dans les dispensaires d'arrondissement

La pyramide sanitaire du Mali a, pour premier échelon effectif, le centre de santé d'arrondissement (circonscription administrative comptant en moyenne 25 000 habitants) où se trouve au moins un infirmier: le centre de santé d'arrondissement reste, pour la population rurale, le tout premier recours à la médecine moderne; c'est aussi le niveau le plus décentralisé auquel l'Etat se reconnaît une responsabilité concrète, en acceptant le principe d'en prendre en charge financièrement les activités.

Bien que l'Etat assure la rémunération des personnels qui sont affectés dans les centres de santé d'arrondissement, l'activité de ces derniers est inconnue. Les annuaires statistiques du Ministère de la Santé ne donnent aucune indication sur ce point, et notre enquête auprès des centres de santé de cercle n'a pas permis de la décrire beaucoup plus correctement: les enquêteurs ont pu retrouver trace d'environ 280 000 consultants annuels à ce niveau de la pyramide sanitaire, qui ne compte pas moins de 281 formations. Un tel niveau d'activité signifierait un sous-emploi évident et considérable du personnel de ces formations, et une très faible fréquentation des services qu'ils offrent. Sur cette base, et comme en 1987 la population des arrondissements qui ne sont pas ceux des chefs-lieux de cercle ou de région est de l'ordre de 5 300 000 habitants, le taux de fréquentation des services des infirmiers chefs de poste ne dépasserait guère 5%, c'est-à-dire qu'en moyenne un habitant sur vingt aurait dans l'année un contact avec le service de santé à ce premier niveau de la pyramide sanitaire.

Mais ces chiffres sont douteux. Une visite attentive de quelques formations montre que les agents chargés de la statistique, dans les centres de santé de cercle, ont l'habitude d'additionner les nombres de consultations et de consultants que fournissent les infirmiers des arrondissements --lorsqu'ils font rapport de leur activité-- aux nombres concernant le centre de santé de cercle lui-même, et de détruire immédiatement tous les documents transmis par les arrondissements, au lieu de les conserver en archives. En outre, l'état de déréliction dans lequel se trouvent les dispensaires d'arrondissement et leur personnel fait que l'enregistrement est complètement négligé et que les rapports demandés par l'administration sont remplis --lorsqu'ils le sont-- en dépit du plus élémentaire bon sens; et chacun fait, aux niveaux supérieurs de la pyramide, comme s'il ne s'en apercevait pas.

Aussi, pour fixer l'ordre de grandeur de la fréquentation des centres de santé d'arrondissement, on ne peut mieux faire que d'utiliser les quelques exemples qui ont pu être analysés sur place, par dépouillement des archives et des registres.

4.2.1 Taux de fréquentation des services

Ainsi, à Djidian (cercle de Kita), on a pu dénombrer 3852 consultations pour 11 mois de l'année 1983 et 2873 pour 6 mois de l'année 1985 (cf. [28] pp. 7-11); comme cet arrondissement compte environ 22 000 habitants, le taux de fréquentation serait de

l'ordre de 10 à 19%. A Sirakoro (cercle de Kita), le taux de fréquentation constaté pendant les années où le centre de santé d'arrondissement bénéficiait de l'aide de l'AFVP a varié, selon les années, entre 6,5 et 13% (cf. Mariam THERA, document non publié, pour le nombre de consultants).

A Nossombougou (cercle de Kolokani), dont le registre a été dépouillé sur une période de deux ans (février 1985 à mars 1987), on a dénombré 2564 consultations par an (dont plus de la moitié en provenance du seul village de Nossombougou lui-même), alors que la population de l'arrondissement est d'environ 32 000 habitants, ce qui conduit à un taux de fréquentation de 8% (cf. Dr Yiriba COULIBALY, document non publié).

Dans les deux cercles où intervient MDM, les statistiques sanitaires sont correctement tenues, parce qu'elles sont utilisées à chaque supervision. Pour l'année 1987, elles permettent de calculer les taux de fréquentation par arrondissement. Si l'on ignore pour l'instant le cas des arrondissements centraux, où se trouvent les centres de santé de cercle, on obtient les taux de fréquentation suivants pour les autres: dans le cercle de Bankass, 31%, et dans le cercle de Koro, 11,7% (cf. [28] pp. 72 sq).

Dans les deux régions où intervient MSF-Belgique, les estimations auxquelles on peut parvenir, à partir de l'exploitation exhaustive des registres sur quatre mois de l'année 1987, et après correction de diverses causes de sous-enregistrement, conduisent à un taux de fréquentation de l'ordre de 13% pour les services des dispensaires d'arrondissement dans la région de Tombouctou, et de l'ordre de 17% dans la région de Gao (cf. [28] pp. 47 sq).

L'ensemble des taux de fréquentation utilisables à partir des études de cas sont donnés plus loin dans le tableau synthétique qui concerne à la fois les centres de santé d'arrondissement et les centres de santé de cercle.

4.2.2 Coût moyen des prescriptions

Les données relatives au coût moyen des prescriptions rédigées par les infirmiers des centres de santé d'arrondissement sont encore plus rares que les données concernant la fréquentation. Les services de santé eux-mêmes ne s'y sont jamais intéressés, et trois exemples seulement ont pu être analysés.

Le premier est celui de Nossombougou. Le registre tenu par l'infirmier fournit les produits prescrits, mais ne porte ni la posologie, ni par conséquent la quantité prescrite. Les ordonnances ont donc été reconstituées par un médecin, à partir des éléments disponibles, et leur coût a ensuite été calculé en utilisant les prix de la PPM. Cet exemple se signale par deux caractéristiques qui méritent d'être rappelées ici: d'une part l'infirmier chef de poste est expérimenté et compétent, d'autre part le chef-lieu d'arrondissement est convenablement approvisionné en médicaments du fait de la présence et d'un dépôt public

(PPM) et d'un dépôt privé. Dans ces conditions, le coût moyen de l'ordonnance délivrée s'établit à 960 FCFA aux prix officiels de la PPM, et 30% des consultants ne reçoivent pas d'ordonnance à l'issue de la consultation (cf. Dr Yiriba COULIBALY, rapport non publié).

Le second exemple est fourni par l'expérience de MDM dans les cercles de Bankass et de Koro. Il n'est pas directement comparable au précédent parce que l'approvisionnement pharmaceutique de MDM est indépendant de la PPM et se fait à des prix beaucoup plus bas. Les coûts moyens par ordonnance effectivement servie, tels qu'ils résultent des calculs de MDM pour l'année 1987, sont de 364 FCFA dans le cercle de Bankass, et de 416 FCFA dans le cercle de Koro. Naturellement, un certain nombre de malades n'exécutent pas les prescriptions: guère plus de 7% des ordonnances délivrées aux malades ne sont effectivement pas servies par les magasins santé (cf. [28] pp. 72-75).

Le troisième exemple est celui des 6ème et 7ème régions, pour lesquelles le coût moyen de la prescription par nouveau cas traité dans un dispensaire d'arrondissement, d'après les données enregistrées, atteint 179 FCFA, en 1987, dans les arrondissements périphériques de la région de Tombouctou, et 219 FCFA dans la région de Gao (cf. [28] pp. 55-59). Les données enregistrées souffrent d'une sous-estimation systématique, mais les corrections qu'on pourrait y apporter augmenteraient les chiffres qui viennent d'être cités de moins de 30%; en effet, le coût moyen de la prescription d'après les sorties effectives de stocks et le nombre de nouveaux cas estimé après correction du sous-enregistrement est de 225 FCFA dans la région de Tombouctou et de 282 FCFA dans celle de Gao; or ces derniers chiffres incluent les prescriptions des centres de santé de cercle, et celles de l'hôpital de Gao, toutes en moyenne plus coûteuses que celles des dispensaires d'arrondissement.

Les prix MSBK et MSTG ne sont pas directement comparables (cf. [28] p. 67-68), mais le gain qui peut être obtenu d'une sélection des produits (médicaments essentiels) et d'achats par appels d'offres apparaît bien nettement.

4.2.3 Prescription privée et automédication

Les données dont il vient d'être question, et qui décrivent la fréquentation et la prescription dans les arrondissements, devraient être compatibles notamment avec le volume des ventes de médicaments par les dépôts de la PPM, situés dans les chefs-lieux d'arrondissement et dans quelques rares autres villages.

Un calcul rapide montre qu'il n'en est rien: si la fréquentation est de l'ordre de 10% de la population rurale (celle qui habite en dehors de chefs-lieux de cercle et capitales régionales, soit environ 5 300 000 habitants), et si la prescription moyenne est de l'ordre de 1000 FCFA, la valeur de la consommation des médicaments prescrits à ce niveau de la pyramide ne dépasse pas 530 millions FCFA aux prix de la PPM. Or nous avons pu obtenir de la PPM une estimation du chiffres d'affaires des dépôts pharmaceutiques pour le premier semestre de l'année 1986: cette estimation utilise le montant des remises accordées par les officines aux

gérants des dépôts et le taux de ces remises (15% ou 10%, en principe, selon l'ancienneté du dépôt) pour calculer la valeur des ventes ainsi réalisées. Bien qu'approximative, cette estimation montre que les ventes réalisées par les dépôts atteignent en ordre de grandeur 2 milliards FCFA annuellement dans les arrondissements périphériques.

Il faut donc admettre que, dans les arrondissements, la prescription privée et l'automédication sont plus importantes que la consommation prescrite par les agents du système de santé dans l'exercice de leurs fonctions. Certes, les 2 milliards englobent, outre la prescription privée et l'automédication, la consommation prescrite dans leurs fonctions par les hygiénistes-secouristes, par les matrones, par les aides-soignants, dans les villages et secteurs de base, ainsi que celle qui l'est par les infirmiers d'arrondissement. Notre enquête nous apprend que 284 secteurs de base (sur 1152) disposeraient d'un dispensaire de secteur; si les secteurs qui ont un dispensaire sont aussi peuplés que ceux qui n'en ont pas, environ 25% de la population rurale a accès à un dispensaire de secteur: alors, sur la base des informations résumées dans les paragraphes précédents, 1 325 000 habitants se verraient prescrire annuellement entre 50 et 250 FCFA de médicaments, aux prix de la PPM à ce niveau (les exemples donnés plus haut montrent effectivement une très grande dispersion du coût moyen prescrit, même si l'on ne tient pas compte du cas de Kolokani, caractérisé par un véritable gaspillage). La prescription pourrait donc représenter entre 65 et 325 millions au niveau des villages et secteurs, et environ 530 millions au niveau des arrondissements.

Dans ces conditions, l'automédication et la prescription en pratique privée hors des formations sanitaires représenteraient un peu moins de la moitié de la consommation médicamenteuse totale de la population des villages et arrondissements qui se soigne sur place. En moyenne, cette automédication atteindrait donc environ 250 à 300 FCFA par habitant dans la population rurale.

4.3 Consultations dans les centres de santé de cercle

Le centre de santé de cercle est le premier niveau de la présence médicale. Pratiquement, tous les cercles du pays comptent désormais au moins deux médecins, dont l'un a la responsabilité de l'ensemble des services de santé de la circonscription.

La présence médicale, et le fait que l'un des médecins soit explicitement chargé des fonctions relatives à la gestion des services de santé, ne suffisent manifestement pas à faire en sorte que des informations élémentaires sur l'activité des centres de santé de cercle soient disponibles et présentent quelque fiabilité. Ainsi, par exemple, les centres de santé de cercle s'avèrent tout aussi incapables que les centres de santé d'arrondissement de faire la distinction entre consultants et consultations; nous n'avons vu aucun exemple dans lequel les consultations soient enregistrées séparément; il en résulte que les chiffres envoyés au Ministère de la Santé sont simplement obtenus en

multipliant le nombre des lignes remplies sur le registre des consultations par un coefficient généralement compris entre 3 et 4, arbitrairement choisi par le rédacteur du rapport, et qui ne repose sur rien. Comme par ailleurs, en pratique, ni les infirmiers ni les médecins ne se soucient de vérifier si la personne qui se présente aujourd'hui n'est pas déjà venue dans les jours précédents, il faut conclure que ce qui est donné dans les rapports et tableaux statistiques qu'on en tire comme un nombre de consultants reflète plutôt le nombre de consultations, et que ce qu'ils donnent pour le nombre de consultations est grossièrement surévalué.

Cet état de l'information statistique traduit le profond désintéret des agents des services de santé pour leur travail professionnel; les conséquences de ces comportements en ce qui concerne le diagnostic et le traitement sont évidemment beaucoup plus redoutables que celles qui n'affectent que la qualité des données statistiques. Mais c'est là un problème que nous ne réglerons pas ici.

Dans ces conditions, les informations fournies par les rapports statistiques destinés au Ministère de la Santé (et celles qui nous ont été communiquées à l'occasion de notre propre enquête évoquée plus haut) n'ont aucune valeur, comme le montrent immédiatement toutes les vérifications auxquelles on peut procéder et qui concernent notamment:

- les cercles de Bankass et de Koro, où on peut comparer les chiffres fournis par les centres de santé pour 1987 et le nombre des ordonnances prescrites, soigneusement enregistrées pour la gestion des magasins santé (cf. [28] pp. 72-73);
- les cercles de Bafoulabé, Kéniéba et Kita en 1986, où l'on peut comparer les chiffres des rapports officiels à ceux que fournit une exploitation systématique des registres (cf. [28] pp. 28-29);
- les cercles des 6ème et 7ème régions, où l'on peut rapprocher les chiffres des rapports officiels et ceux des nouveaux cas enregistrés par le système de gestion des magasins santé: ici les écarts ne sont pas considérables (cf. [28] p. 54); or, précisément, ce cas est le seul dans lequel un effort systématique d'exploitation statistique des données enregistrées et de diffusion de ses résultats ait été entrepris depuis le début du projet, et soit poursuivi maintenant au niveau de chaque direction régionale de la santé;
- le cercle de Kolokani, où le nombre de consultants du seul centre de santé de cercle chute très fortement entre les années 1983-1985 et les suivantes, la principale différence entre les deux périodes étant que, pour la dernière, les consultations sont effectivement enregistrées parce qu'elles donnent lieu à versement d'un tarif forfaitaire (cf. [28] p. 13).

Mais l'intérêt essentiel des études de cas n'est pas dans le jugement qu'elles permettent de porter sur la fiabilité des données officielles. Il se trouve dans la possibilité de fixer l'ordre de grandeur du taux de fréquentation des services des centres de santé de cercle, où l'Etat concentre des moyens très importants. Ces études permettent, au moins sur certains exemples, d'avoir une idée de la manière dont varie le taux de fréquentation en fonction de la distance au centre de santé de cercle.

4.3.1 Taux de fréquentation des consultations externes

On dispose, dans cette perspective, des estimations suivantes du taux de fréquentation pour les années les plus récentes, et pour des formations dans lesquelles un effort d'enregistrement a été fait:

Tableau 18

TAUX DE FREQUENTATION DE CENTRES DE SANTE
DE CERCLE OU D'ARRONDISSEMENT

	Arrondissements centraux		Autres arrondissements			
	autres années	1986	1987	autres années	1986	1987
Bankass			52%			31%
Koro			20%			12%
Kolokani (1985-86)	6%			17%		
Nossombougou (1985-87)				8%		
Didiéni					8,6%	
Kita						
chef-lieu		64%	59%			
moins de 15 km		31%	30%			
plus de 15 km		0,5%				
Djidian (1983-85)					10 à 19%	
Mahina						
chef-lieu		68%	55%			
moins de 15 km		46%	40%			
plus de 15 km		0,75%				
Bafoulabé						
chef-lieu		109%	78%			
moins de 15 km		43%	30%			
plus de 15 km		0,75%				
Kéniéba						
chef-lieu		52%	52%			
moins de 15 km		30%	31%			
plus de 15 km		0,9%				
Tombouctou			29%			16%
Goundam			24%			15%
Diré			40%			12%
Niafunké			29%			9%
Gourma-Rharous			48%			15%
Ensemble 6ème région			33%			13%
Gao			53%			8%
Bourem			45%			18%
Menaka			55%			23%
Ansongo			26%			16%
Kidal			94%			30%
Ensemble 7ème région			50%			17%

Sources: pour Bankass et Koro, cf. [28] pp. 72-73; pour Kolokani, cf. [28] p. 13; pour Kita, Mahina, Bafoulabé et Kéniéba, cf. [28] p. 30; pour les cercles des 6ème et 7ème régions cf. [28] pp. 49-52; pour Didiéni, (8), p. 54 (de préférence à l'estimation donnée p. 48).

De ces chiffres, nous devons retenir les enseignements suivants, dans la perspective du choix de valeurs réalistes pour une simulation:

- comme on pouvait s'y attendre, le taux de fréquentation dépend de la région considérée: il est visiblement plus faible, même au chef-lieu ou dans l'arrondissement central, dans les sixième et septième régions que dans la cinquième ou dans la première; cette observation signifie que, pour bien faire, il faudrait régionaliser le modèle de simulation, mais on ne pourra pas le faire dans l'immédiat;
- le taux de fréquentation des arrondissements périphériques est compris entre le tiers et la moitié de ce qu'il est dans l'arrondissement central du cercle considéré;
- les centres de santé de cercle ne jouent pas le rôle de référence qui leur est assigné; dans les trois cercles du PDS, où le taux de fréquentation du chef-lieu est relativement élevé, il prend, dès que la distance dépasse 15 km, des valeurs tout à fait négligeables; les centres de santé de cercle ne jouent pas leur rôle de référence parce qu'il n'est pas possible de croire que, dans les populations de ces villages distants, moins de 1% seulement des habitants puissent avoir besoin d'une consultation médicale dans l'année; de même, dans les cercles des 6ème et 7ème régions, la proportion des nouveaux cas originaires du seul village où est implantée la formation sanitaire est supérieure à 80%, ce qui ne laisse guère de place aux consultants envoyés d'une autre formation.

4.3.2 Coût moyen des prescriptions remises aux consultants

Les éléments dont on dispose sur ce point concernent deux situations nettement différentes l'une de l'autre; celle de la 1^{ère} région et celle des 5ème, 6ème et 7ème régions.

Dans les centres de santé des cercles de la 1^{ère} région concernés par le projet de développement sanitaire financé par la Banque Mondiale, la mise en place d'un système de recouvrement des coûts n'a été accompagnée d'aucune modification des conditions générales de fonctionnement du système de santé; en particulier les modalités de l'approvisionnement pharmaceutique sont, en pratique, restées inchangées, et, si la consommation pharmaceutique des services d'hospitalisation est désormais surveillée de près, aucun effort n'a été entrepris pour rationaliser les prescriptions remises aux consultants, qui s'adressent individuellement à la PPM ou aux réseaux parallèles. Comme les prescripteurs doivent tenir compte de ce que la PPM est en mesure de fournir aux malades, il est bon de rappeler ici que son catalogue compte une trentaine de médicaments essentiels (qui ne sont qu'exceptionnellement disponibles dans les officines) et plus de 200 "spécialités essentielles", notion forgée et utilisée au Mali, mais qui n'a jusqu'à ce jour bénéficié d'aucune consécration internationale (à vrai dire, on comprend un peu pourquoi).

Dans les 6ème et 7ème régions, et dans trois cercles de la 5ème région, où ont été organisés des magasins santé, chargés de fournir les

médicaments prescrits aux consultants, et éventuellement aussi d'approvisionner les centres de santé en produits pharmaceutiques et autres consommables médicaux destinés aux malades hospitalisés, l'approvisionnement est obtenu à des prix beaucoup plus avantageux que ceux auxquels contracte la PPM, et en particulier parce qu'on procède systématiquement par appels d'offres internationaux et parce qu'on s'en tient à des médicaments essentiels désignés par leur DCI. Parallèlement, dans tous ces cas, une action vigoureuse a été entreprise non seulement pour former les prescripteurs, mais encore pour mettre en place un contrôle, auquel ils sont tous soumis individuellement et auquel ils participent collectivement, de la justification des prescriptions. Cette action était absolument indispensable dans le cas des magasins santé des 6ème et 7ème régions, où la somme demandée au consultant est forfaitaire, parce que toute prescription inconsiderée entraîne une diminution du taux de recouvrement, et compromet donc immédiatement la survie d'un système déjà largement subventionné. Mais une action similaire a été entreprise dans les cercles de la 5ème région, où, comme les médicaments sont vendus à prix coûtant, les conséquences des prescriptions inconsiderées ne sont pas supportées par le système d'approvisionnement, mais par les malades: cependant, on a considéré que ce n'était pas là une raison suffisante pour tolérer chez les prescripteurs des pratiques que rien ne justifie.

Il apparaît que ces différences de contexte ont une incidence extraordinairement forte sur la charge que représente pour les consultants l'achat des médicaments prescrits. Dans le contexte économique et sanitaire du Mali, c'est-à-dire dans les conditions effectives de la pathologie traitée et des capacités de diagnostic, le recours à la procédure des appels d'offres sur le marché international, ou à des fournisseurs connus pour leur souci de tenir les prix, plutôt qu'à des achats de gré à gré, entraîne, lorsqu'il est combiné avec une rationalisation de la prescription, un gain qui est de l'ordre de 75% sur le coût de l'approvisionnement pharmaceutique (cf. plus haut). La réduction de la proportion des prescriptions incongrues, ou inutilement coûteuses, représente environ la moitié de l'écart. Dans le tableau ci-dessous sont rassemblées toutes les estimations disponibles du coût moyen de prescription.

Tableau 19

COUT MOYEN DE LA PRESCRIPTION PHARMACEUTIQUE PAR CONSULTANT
DANS DIVERS CENTRES DE SANTE DE CERCLE (en FCFA)

	selon le prescripteur		selon le niveau		moyenne
	médecin	infirmier	CSC	Arrondis.	
Prix PPM					
Kita (1985)	1466	2279			1888
Kita (1987)					2607
Kéniéba	2323				
Prix MSTG					
Tombouctou (1987)	187	197	204	179	196
Gao (1987)	238	248	251	219	243
Prix MSBK					
Bankass (1987)			367	362	364
Koro (1987)			581	350	426

Sources: cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba: [28] pp. 32-33; régions de Tombouctou et de Gao: [28] pp. 55-58; cercles de Bankass et de Koro: [28] pp. 73-75.

On peut rappeler le résultat obtenu par ailleurs au dispensaire privé de Kita, dont les consultations ont, en 1987, été analysées selon la même méthode que celle qui était appliquée aux consultations du CSC: le coût moyen de la prescription par consultant y a été chiffré à 1130 FCFA (aux prix de la PPM); les consultations sont données par une infirmière.

Les chiffres du tableau ci-dessus ne sont pas directement comparables, à cause d'une part des différences de prix pour des produits identiques entre la PPM, MSF et MDM, et d'autre part de la sélection de médicaments essentiels dans les projets des 5ème, 6ème et 7ème régions. L'ordre de grandeur des conséquences qui en découlent, d'après nos estimations actuelles, a été donné plus haut.

4.3.3 Prescription privée et automédication

Il n'est pas douteux que le phénomène dont on a montré l'importance au niveau des arrondissements est également présent dans les chefs-lieux de cercle. Il est même tout à fait probable qu'il y est plus marqué, parce que la population du chef-lieu comporte une proportion plus forte de cadres, de commerçants, d'agents des services administratifs, qui, tous, par leur niveau de formation et d'information, ainsi que par leurs relations, sont en mesure de rechercher une solution à leurs problèmes de santé en s'adressant aux professionnels, mais en dehors du service public.

Cependant, ici, nous ne disposons d'aucune information qui permette de comparer la valeur estimée de la consommation prescrite, d'après les taux de fréquentation et coûts moyens de la prescription que l'on a retenus plus haut, au chiffre d'affaires des officines. Par contre, nous pouvons comparer cette estimation à la dépense moyenne en médicaments d'après les deux seules enquêtes auprès des ménages qui aient porté sur des chefs-lieux de cercle. Sur la base d'un taux de fréquentation de 20% de la population concernée (population urbaine hors Bamako, soit 1 600 000 habitants), et d'une valeur moyenne de 2500 FCFA par prescription, la dépense en médicaments par habitant serait de 500 FCFA annuellement. Or ce chiffre est inférieur à la dépense annuelle moyenne que révèlent les enquêtes: plus de 1000 FCFA dans l'arrondissement central de Kangaba, au moins 700 FCFA (sans doute près de 900 si les dépenses dites "d'évacuation" sont pour l'essentiel des dépenses de médicaments, ce qu'on incline à croire) dans l'arrondissement central de Dioïla (cf. [28] pp. 169-172).

Sur ces bases, dont on doit reconnaître qu'elles sont fragiles, on admettra que la prescription privée et l'automédication atteignent, pour la population urbaine hors de Bamako, un montant par habitant un peu supérieur à celui qu'on a constaté dans les arrondissements: retenons 300 à 350 FCFA par habitant comme ordre de grandeur. Ajoutons que nous aurons un moyen de contrôler cette estimation lorsque nous totaliserons les dépenses de médicaments évaluées aux divers niveaux de la pyramide sanitaire.

4.4 Consultations et consommation pharmaceutique à Bamako

Le cas de Bamako doit être disjoint de ceux qui ont été examinés jusqu'à présent: la très forte concentration dans la capitale des personnels de santé, la concentration hospitalière, l'urbanisation, la présence de populations disposant d'un pouvoir d'achat relativement élevé en même temps que de populations déracinées qui s'adaptent tant bien que mal à la ville (à ses petites ressources et à ses grandes tentations) font que le recours aux soins de santé y est très différent de ce qu'il est ailleurs dans le pays.

Malheureusement, les données sur la consommation médicale dans le district sont totalement inexistantes: les hôpitaux et les centres de santé des communes sont en pratique incapables de fournir des estimations fiables du nombre des consultants ou de celui des hospitalisés qu'ils ont reçus, le silence absolu sur la pratique privée clandestine fait l'objet d'un consensus pudique et aucune étude directe et détaillée auprès de la population n'a, semble-t-il, jamais été entreprise sur ces sujets évidemment délicats.

Dans ces conditions, la seule source utilisable est l'enquête que nous avons menée tout récemment auprès d'un petit échantillon d'agents de l'enseignement et de la culture. Il ne s'agit pas de fonctionnaires, puisque les services publics emploient, notamment dans les petits métiers, des conventionnaires qui n'ont aucune garantie d'emploi. Pourtant, à la question de savoir si les résultats concernant un tel échantillon pourraient servir, faute de mieux, à décrire l'ensemble de la situation de la capitale, nous avons pu apporter une réponse prudente mais positive (cf. [28] pp. 176-177).

Si l'on se satisfait de cette approximation, qui vaut sans doute mieux qu'une absence totale de données pour supporter la réflexion, les paramètres essentiels à retenir pour le district seraient les suivants:

- le taux de fréquentation des consultations modernes serait de l'ordre de 60%;
- la proportion des consultations payées, dans le total des consultations modernes, serait de 36%;
- le coût moyen d'une consultation payée serait de 1500 FCFA si le professionnel consulté est un médecin, de 1700 FCFA s'il s'agit d'un infirmier;
- la proportion de la population qui a recours à l'achat de médicaments modernes est, elle aussi, de l'ordre de 60%;
- la dépense annuelle moyenne par habitant en médicaments modernes est d'environ 2500 FCFA.

4.5 Hospitalisations

Toutes les activités d'hospitalisation, qu'elles soient celles des centres de santé de cercle, des hôpitaux secondaires, régionaux ou nationaux, sont ici regroupées. Cette façon de faire repose sur l'ensemble des analyses disponibles de la nature technique des activités considérées: ces activités ne sont pas suffisamment différentes, d'après les données qu'on a pu recueillir, pour qu'il soit nécessaire d'étudier séparément les taux de fréquentation ou les coûts aux divers niveaux de la pyramide sanitaire. Il est évident que cette conclusion est tributaire de l'état de l'information collectée dans les formations sanitaires, et qu'elle pourrait être remise en cause si ces dernières entreprenaient de décrire plus exactement leurs activités d'hospitalisation.

La seule justification du point de vue que nous adoptons se trouve dans les rares observations disponibles sur la pathologie traitée en hospitalisation. Ces observations sont très sommaires en ce qui concerne les hospitalisations non chirurgicales, elles sont plus précises pour l'activité des services de chirurgie.

Ainsi, pour la pathologie traitée à l'hôpital du Point G, hôpital national qui joue le rôle de centre hospitalier universitaire, la statistique de morbidité hospitalière est inexistante; mais on dispose d'une thèse de médecine, d'où il ressort que 80% des hospitalisations dans les services de médecine interne, de chirurgie et de gynécologie-obstétrique correspondent à des diagnostics d'entrée qui sont les mêmes que ceux qu'enregistre un infirmier chef de poste; l'examen de la répartition des diagnostics de sortie ne montre aucunement que l'hospitalisation ait été l'occasion d'un affinement du diagnostic, et de traitements véritablement spécialisés. Il faut admettre que cet établissement joue essentiellement un rôle d'hôpital local, même si un petit nombre de malades y bénéficie de soins qu'un hôpital local ne saurait leur prodiguer (cf. [28] pp. 86-88).

En ce qui concerne les hôpitaux régionaux et secondaires, le seul cas sur lequel on ait quelque information relative à la pathologie traitée confirme la même impression (cf. [28] pp. 107-117 pour l'hôpital régional de Mopti). Le niveau extrêmement faible du recours aux examens de laboratoire dans deux établissements de cette catégorie plaide à nouveau dans le même sens (cf. [28] pp. 123-133, hôpitaux de Mopti et de San). Enfin, le fait que les trente produits pharmaceutiques les plus consommés au Point G soient exactement ceux qu'on devrait trouver aussi bien dans tout centre de santé de cercle montre à nouveau que la spécificité des hôpitaux nationaux est absolument imperceptible (cf. [28] pp. 96-100).

En ce qui concerne la chirurgie, deux thèses de médecine fournissent une information plus abondante, et qui porte sur l'ensemble des centres de santé de cercle et des hôpitaux de tous niveaux. On relève ici que la part des centres de santé de cercle est, en matière de chirurgie, bien plus importante (45% des interventions) que leur part dans l'ensemble de l'activité d'hospitalisation (25%). Ces centres de santé sont capables de réaliser une dizaine d'interventions assez simples (les cures de hernies et d'hydrocèles représentent 87% de leurs actes chirurgicaux); or, les autres interventions, qu'on veut bien

considérer comme plus délicates, ne représentent que 8% des interventions des hôpitaux régionaux et secondaires, et que 15% de celles des hôpitaux nationaux (dans ces derniers, les cures de hernies et d'hydrocèles représentent encore plus de la moitié du total des actes). De cela, il faut conclure que les différences de spécialisation chirurgicale entre les hôpitaux régionaux et secondaires, d'une part, et les hôpitaux nationaux, d'autre part, sont indécélables (cf. [28] pp. 79-85). Notons au passage que les cahiers de comptes rendus opératoires sont extrêmement sommaires, et qu'il n'existe de cotation des actes chirurgicaux dans aucun hôpital.

4.5.1 Taux d'hospitalisation

Admettons pour un instant que l'enregistrement des hospitalisations soit exhaustif, ou presque. Dans ce cas, les données collectées à l'occasion de notre enquête, environ 50 000 entrées annuelles, conduisent à un taux d'hospitalisation, pour l'ensemble du pays, de l'ordre de 7 pour 1000. Il faudrait considérer, ce qui est assurément faux, que les 60 000 accouchements enregistrés dans les centres de santé de cercle entraînent tous une hospitalisation pour parvenir à un taux d'hospitalisation de 1,5 pour 100 (cf. [28] p. 78).

Ces ordres de grandeur paraissent confirmés par les deux seules études directes auprès d'échantillons de la population: en zone rurale, dans la 2ème région, une enquête à passages répétés couvrant une année entière aboutit à des taux d'hospitalisation allant de 1 à 3 pour 1000 selon le site (cf. [8], p. 66); à Bamako, une enquête rétrospective (période de rappel de six mois auprès d'un échantillon de fonctionnaires) conduit à un taux d'hospitalisation sur l'année de 2,4 pour 100 (cf. [9], p. 22).

L'écart qui apparaît ici, entre le taux d'hospitalisation dans la capitale et celui des zones rurales, est parfaitement cohérent avec les rares observations disponibles sur l'étroitesse des zones d'attraction des formations sanitaires. Ce qui est vrai pour les consultations l'est probablement autant, ou presque autant, pour les hospitalisations: on rappelle que seuls 12% des consultants de l'hôpital de Gao proviennent d'ailleurs que de la ville de Gao elle-même (cf. [28] p. 54), et que l'hôpital du Point G tout autant ne joue un rôle de référence que pour un nombre extrêmement limité de patients (cf. [28] pp. 86-87). Ceci justifie que l'on calcule le taux d'hospitalisation en rapportant les entrées dans tout établissement implanté dans le cercle à la population de ce même cercle.

Dans ce cas, les 37 cercles qui ne disposent pas d'un hôpital (mais d'un CSC) connaissent des taux d'hospitalisation qui vont de 0 à 1,1 pour 100, avec une moyenne de 0,25 pour 100; et les 9 cercles, plus le district, dans lesquels se trouve un hôpital (ou plusieurs), ont des taux d'hospitalisation allant de 0,27 à 2,31 pour 100, avec une moyenne de 1,4 pour 100 (cf. plus haut, paragraphe 3.2.1).

Ces observations conduisent à la conclusion que, dans la situation actuelle du système de santé, les besoins qui devraient être pris en charge par une hospitalisation ne le sont pas, au moins dans l'immensité rurale du Mali. L'étude des taux apparents d'incidence de certaines

affections justifiant une intervention chirurgicale le montre à l'évidence (cf. [28] pp. 83-84). A titre d'exemple, que peut penser le clinicien de la situation suivante: dans les 6ème et 7ème régions, on ne compte pas plus de 1,5 césarienne pour 100 000 habitants, alors qu'on en enregistre 11 dans la 5ème région et 14 dans la 3ème, sans que les taux de natalité soient sensiblement différents?

Dans ces conditions, la simulation devrait être conduite de façon à montrer dans quelles conditions un accroissement des taux d'hospitalisation, et donc de l'activité hospitalière, serait possible.

4.5.2 Coût moyen des médicaments par hospitalisé

Les chefs de service qui se lamentent ou se scandalisent haut et fort -- le plus souvent à juste titre, il faut bien l'admettre-- de l'insuffisance criante des moyens dont ils disposent à l'hôpital pour traiter les malades ne sont pas pour autant capables, en pratique, de fournir les évaluations (dont on aurait besoin pour satisfaire à leur revendication) des quantités nécessaires. Dans ces conditions, les données dont on dispose sur le coût moyen des médicaments par hospitalisé sont les plus rares, les plus disparates et les moins certaines.

Les données brutes que nous avons recueillies, et qui sont rassemblées dans le tableau ci-dessous, ont les sources et définitions suivantes:

- pour l'hôpital de Mopti, il s'agit d'une analyse assez détaillée utilisant la répartition effective des hospitalisés entre les services, et pour chaque service entre les principaux types d'affections traitées, ainsi qu'une prescription "standard" --déclarée par les praticiens, donc largement théorique-- pour chaque catégorie retenue d'affection ou d'intervention chirurgicale, cette prescription étant évaluée aux prix du grossiste IDA multipliés par 1,5 pour tenir compte du coût du transport depuis l'Europe et au Mali (cf. [28] pp. 107-117);

- pour l'hôpital du Point G, on combinera deux types d'informations: d'une part celles qui concernent la répartition par service des trente médicaments les plus consommés fournis gratuitement aux malades (cf. [28] pp. 96-100), et d'autre part celles qui décrivent la valeur des médicaments prescrits par les services et achetés dans les officines par la famille des malades (cf. [28] pp. 100-107); c'est en effet en totalisant ces deux types d'approvisionnement, qui sont l'un et l'autre évalués ici aux prix de la PPM, qu'on peut avoir une idée du coût moyen des médicaments par hospitalisé.

Tableau 20

DONNEES BRUTES SUR LE COUT MOYEN DES MEDICAMENTS
PAR HOSPITALISE (en FCFA)
Médecine Chirurgie Gynécologie Maternité
Obstétrique

Mopti (1987)	4 500	10 000	2 000
Point G			
30 médicaments (1987)	4 693	7 252	4 644
achats privés (1986)	8 222		
- - (1984)	5 515	11 040	12 823

Les prix utilisés pour évaluer le coût moyen des médicaments par hospitalisé à Mopti sont probablement trois fois inférieurs à ceux de la PPM. Dans ce cas, le volume des médicaments utilisés en moyenne par malade hospitalisé en médecine est à peu près identique à Mopti et au Point G, en 1986-1987. Il en va différemment pour la chirurgie, mais cela tient à ce que le calcul pour Mopti est celui de l'anesthésie et de la réanimation, alors que pour Point G il porte sur les médicaments consommés dans le service chirurgie: il s'agit donc pour l'essentiel de réanimation, et le coût de l'anesthésie n'est pas compris. En outre, l'estimation des achats privés pour les malades de chirurgie est un peu ancienne. Il est cependant douteux que le coût d'une anesthésie générale dépasse de beaucoup 7000 FCFA; dans ce cas, le coût moyen paraît plutôt plus faible au Point G qu'à l'hôpital régional de Mopti.

Sur ces bases, on retiendra un coût moyen de 4500 FCFA aux prix du marché international, et de 13 000 FCFA aux prix de la PPM pour les hospitalisations en médecine, et respectivement 10 000 et 30 000 FCFA pour les hospitalisations en chirurgie. Pour la maternité, l'expérience de Mopti servira de référence: le coût est de 2000 FCFA aux prix des magasins santé, il y serait d'environ 6000 FCFA aux prix de la PPM.

Les statistiques nationales (cf. [28] pp. 78-79) nous permettent de répartir les hospitalisations de la façon suivante entre les trois grands types de services: 40% des entrées en médecine, 30% en chirurgie et 30% en maternité. Alors le coût moyen pondéré des médicaments par hospitalisation ressort exactement à 10 000 FCFA: c'est le chiffre que nous retiendrons.

4.6 Examens de laboratoire

Une des caractéristiques les plus surprenantes du fonctionnement du système de santé malien, pour qui cherche à en apprécier la qualité à travers le recours aux moyens modernes de diagnostic et en particulier aux examens de laboratoire, est l'usage extrêmement limité qui est fait de ces techniques. Ce n'est pas le lieu ici de tenter d'expliquer cette situation; on se bornera à la décrire, à partir de deux exemples qu'il a été possible d'examiner en détail et d'un troisième sur lequel on ne dispose que d'informations très sommaires.

Considérons d'abord le cas d'un hôpital secondaire, dont le laboratoire a bénéficié d'une assistance technique (équipement, recyclage) de la part d'Entraide médicale internationale au cours des dernières années (cf. [28] pp. 123-131). Ce laboratoire a une activité assez faible (6 à 7000 examens dans l'année) et qui paraît décroître. La proportion des examens destinés aux malades hospitalisés semble diminuer sensiblement: en 1986, on pouvait compter à peu près 1,5 examen par hospitalisé, mais en 1987 ce nombre est tombé à 0,47. Quant au nombre d'examens par consultant externe, il est d'environ 0,08 en 1986. Le coût moyen des consommables par examen a été chiffré: il est proche de 200 FCFA.

Voici maintenant le cas de Mopti, où le laboratoire de l'hôpital régional a bénéficié d'une certaine assistance technique de la part de Médecins du Monde (cf. [28] pp. 132-133). Le nombre mensuel d'examens

est de l'ordre de 1200, dont probablement environ la moitié pour les malades hospitalisés et la moitié pour les consultants externes de l'hôpital ou du centre de santé. Dans l'année, cela représente environ 7000 examens au profit des malades hospitalisés, soit en moyenne un peu plus de 4 examens par entrée (dont le nombre annuel est de l'ordre de 1600); pour les consultants externes, dont l'effectif est d'environ 44 000, on obtient 0,2 examen par consultant. Le coût moyen de l'examen en consommables a également été chiffré en tenant compte de l'activité effective et des conditions pratiques d'approvisionnement: il est voisin de 175 FCFA.

Il faut encore remarquer que ces différences ne peuvent pas être expliquées par le fait que la nature des examens pratiqués serait différente dans un hôpital régional de ce qu'elle est dans un hôpital secondaire. Les données disponibles permettent d'établir que les proportions que représentent les divers types d'examen dans le total de l'activité de chacun des deux laboratoires ne sont pas sensiblement différentes.

Quant au laboratoire de l'hôpital du Point G, on sait seulement, par le rapport de gestion de l'établissement pour l'année 1987, qu'il aurait effectué, cette année-là, environ 19 000 examens pour les malades hospitalisés, ce qui correspond à 3,5 examens par entrée.

4.7 Synthèse des paramètres essentiels

Le tableau suivant reprend les ordres de grandeur des principaux paramètres d'activité et de coût, tels qu'ils ont été justifiés plus haut. Ce sont ces paramètres qui seront utilisés ultérieurement pour calculer le montant total des charges récurrentes de la santé, dans diverses hypothèses relatives à l'amélioration du volume et de la qualité des soins.

Paramètres d'activité	Ordres de grandeur	Observation	Référence
Prescription par consultant	2000 à 2500 FCFA (PPM)	Niono (1988) : 2600 FCFA Kita (1985) : 1888 FCFA Kita (1987) : 2607 FCFA Kéniéba (1986) : 2323 FCFA	[36] [29] [30] [31]
	200 à 600 FCFA (MS)	Tombouctou (MSF) 1987 : 204 FCFA Gao (MSF) 1987 : 251 FCFA Bankass (MDM) 1987 : 367 FCFA Koro (MDM) 1987 : 581 FCFA	[28] pp. 55-59 [28] pp. 55-59 [28] pp. 1-5 [28] pp. 1-5
Prescription privée et autoeeg.	2600 FCFA/hab (PPM)	Estimation par différence (voir le texte)	
District			
Fréquentation			
sans changement	60 % de PB	Enseignants et personnels de la culture	[9]
augmentation	75 % de PB		
Proportion de cons. payantes	36 %	Enseignants et personnels de la culture	[9]
Prix moyen des consultations	1600 FCFA	Enseignants et personnels de la culture	[9]
Médicaments			
Proportion d'acheteurs	60 %	Enseignants et personnels de la culture	[9]
Coût moyen	5000 FCFA (PPM) 1250 FCFA (MS)	Enseignants et personnels de la culture	[9]
Hospitalisation			
Fréquentation			
sans changement	2 à 3 ‰/oo de PR	Statistiques officielles : 0,25 % (cercles ne disposant pas d'un hôpital)	ci-dessus 3.2 [33]
	1,1 % de PU	Statistiques officielles : 1,1 % (cercles disposant d'un hôpital)	ci-dessus 3.2
	2,4 % de PB	Statistiques officielles : 2,3 % Enseignants et personnels de la culture : 2,4 % [9]	
présence de médicaments	5 ‰/oo de PR 3 % de PU 3 % de PB		
Médicaments	20000 FCFA (PPM)/entrée 7000 FCFA (MS)/entrée	Point G : de 13000 FCFA (médecine) à 20000 FCFA (chirurgie, gynéco) Point G : entre 14000 et 37000 FCFA Mopti (MDM) 1987 : 4500 FCFA en médecine 10000 FCFA en chirurgie	[28] pp. 95 et [28] pp. 178-79 [38] [28] pp. 95 et
Laboratoire			
Utilisation	0,5 à 4 par entrée 0,08 à 0,2 par consultant	San (EMI) 1987 : 0,5 Mopti (MDM) 1987 : 4 Point G (1987) : 3,5 San (EMI) 1987 : 0,08 Mopti (MDM) 1987 : 0,2 San (EMI) 1987 : 200 FCFA Mopti (MDM) 1987 : 175	[28] pp. 123 et [28] pp. 123 et [38] [28] pp. 123 et [28] pp. 123 et [28] pp. 123 et [28] pp. 123 et
Coût	200 FCFA		

Chapitre 5

EVENTUALITES CONSIDEREES EN MATIERE DE FINANCEMENT

Nous voulons parvenir à confronter les éléments présentés ci-dessus, qui permettent d'obtenir un tableau simplifié du coût des soins actuellement délivrés dans le système de santé malien, aux grandes masses qui caractérisent le financement de ce système, dans son fonctionnement présent, afin de dégager les options qui pourraient être considérées si l'on souhaitait augmenter le volume des soins délivrés et en améliorer la qualité sans engager des dépenses supplémentaires qui seraient insupportables pour le pays, c'est-à-dire pour ses finances publiques comme pour les ménages.

Dans cette perspective, il faut d'abord présenter les multiples options de financement qui ont été récemment proposées à la discussion dans diverses instances officielles, tant au Mali que sur la scène internationale. L'examen de leurs formulations permettra de voir comment il serait possible d'en tenir compte pour bâtir des simulations du financement d'un système de santé malien dont les performances (niveau et qualité de l'activité) seraient meilleures que celles qu'on constate aujourd'hui, et quelle part chacune d'elles pourrait prendre dans la charge totale à supporter pour atteindre ce niveau de performances.

Les solutions généralement envisagées, et qui sont manifestement de portée pratique très inégale, se rangent à la réflexion en deux catégories: les unes consistent en la recherche de nouvelles sources et modalités de financement, alors que les autres exigent de véritables réformes de structures. Dans la première catégorie entrent notamment le recouvrement des coûts, la mise en place de régimes d'assurance ou de mutualité dans le domaine de la maladie, et un recours plus large à des financements publics décentralisés. Il apparaît évident, par ailleurs, que ce qu'on appelle désormais l'Initiative de Bamako pourra être considéré soit comme une variante du recouvrement des coûts, soit comme une éventualité distincte. La discussion de ce cas, comme d'ailleurs de celui des financements publics décentralisés, montrera que les options de financement peuvent impliquer des options de structure.

Quant aux solutions qui reposent d'abord sur des modifications des structures publiques ou privées intervenant dans le secteur de la santé, il s'agit essentiellement de la privatisation de l'exercice des professions médicales, de la politique d'approvisionnement pharmaceutique, et des modifications envisageables, voire souhaitables, du statut des formations sanitaires et de leur personnel d'autre part.

5.1 Eventualités utilisant de nouvelles sources de financement

5.1.1 Recouvrement des coûts

Cette expression désigne, au Mali, la mise en oeuvre d'une tarification de certaines prestations délivrées à certains bénéficiaires, dans le but de mettre à la disposition des formations sanitaires quelques recettes qui pourraient leur permettre de faire face aux dépenses de fonctionnement les plus élémentaires. Il n'est absolument pas question, dans le contexte du pays, de tenter d'organiser le fonctionnement des formations sanitaires publiques de telle sorte que leurs recettes couvrent toutes leurs dépenses de fonctionnement, et par exemple les salaires et les médicaments: on ambitionne seulement de trouver le moyen d'acheter quelques produits d'entretien, quelques produits de pansement, quelques fournitures de bureau. Le recouvrement des coûts est la première solution qui a été imaginée pour faire face à une situation dans laquelle les formations sanitaires se trouvaient absolument dépourvues de tout.

En pratique, un décret n° 243/PG.RM du 19 septembre 1983 avait fixé "le régime de rémunération des actes médicaux, de l'hospitalisation et des autres prestations des formations sanitaires", tout en définissant des conditions très étendues de gratuité. L'arrêté d'application, intervenu quelques mois plus tard (arrêté interministériel n° 1943/MF.MSPAS du 16 avril 1984), est un chef d'oeuvre d'ambiguïté puisque, dans son même article 2, il exclut tous les centres de santé du domaine d'application du décret, tout en prévoyant que les conseils de gestion de ces centres de santé pourront mettre en oeuvre "diverses formes de participation des collectivités", c'est-à-dire des "tarifs qui ne peuvent en aucun cas excéder ceux du décret" précité, étant entendu par ailleurs (article 22) que "la gratuité des soins est maintenue dans les dispensaires dans le cadre des soins de santé primaires".

Les conditions d'une totale anarchie étaient donc posées, et, de fait, le Ministère de la Santé ne savait absolument pas, début 1988, quels centres de santé faisaient payer leurs prestations, quelles prestations étaient payantes, à quel prix, quel était le montant des recettes, quelle en était l'utilisation. Une telle situation interdit évidemment aux responsables de la politique sanitaire toute réflexion éclairée sur le problème du recouvrement des coûts. Par les enquêtes que nous avons organisées, nous avons pu montrer que:

- plus de la moitié des centres de santé de cercle font payer certaines au moins de leurs prestations; les tarifs pratiqués sont disparates, mais beaucoup plus élevés qu'on aurait pu le penser, notamment en ce qui concerne les interventions chirurgicales (cf. le tableau ci-dessous); les recettes ainsi collectées sont gérées de telle façon qu'un médecin-chef sur deux seulement, parmi ceux qui

pratiquent le recouvrement des coûts, est capable d'en retrouver le montant annuel pour les trois dernières années; aucun médecin chef de cercle ne peut dire avec assurance quelle est la situation dans les centres de santé d'arrondissement de sa circonscription (et dont il est responsable !);

- dans les centres de santé d'arrondissement qui pratiquent une tarification (des consultations et des accouchements), les quelques cas qui ont pu être étudiés montrent que les recettes permettent tout juste de couvrir les dépenses de fonctionnement les plus élémentaires (bois de chauffe ou pétrole, alcool, coton, crayon à bille...); dans les centres de santé qui ont une activité chirurgicale, la tarification des interventions est généralement le moyen de choix pour couvrir les dépenses de fonctionnement de l'ensemble de la formation sanitaire; les sommes demandées aux patients dans beaucoup de cas sont alors supérieures, parfois nettement, au tarif que l'hôpital du Point G voudrait être autorisé à instituer (cela justifierait que l'on étudie ultérieurement une variante qui tienne compte des différences, entre un centre de santé de cercle et un hôpital national, dans la qualification du personnel médical et dans la sécurité qui en résulte au moins pour certains types d'interventions); dans un hôpital secondaire, au contraire, la seule mais stricte application de la tarification prévue par le décret n° 243 peut fournir des recettes suffisantes pour financer la totalité des dépenses de fonctionnement ainsi que le coût des consommables du laboratoire (cf. [28] pp. 149-153);

- les sommes recouvrées par les hôpitaux nationaux constituent, de loin, l'essentiel de la contribution officielle des malades, mais elles ne représentent qu'une fraction modeste des dépenses de fonctionnement hors salaires de ces établissements; aussi, le recouvrement des coûts ne modifie que marginalement la situation créée par les dotations budgétaires publiques puisqu'il ne représente que 21 à 53% (respectivement au Point G et à Kati) du total des dépenses de fonctionnement courant hors salaires ((cf. [28] p. 148);

- au total, les sommes prélevées au titre du recouvrement des coûts ne dépassent pas, pour l'ensemble du pays, 250 millions FCFA; un tel montant est, à proprement parler, négligeable lorsqu'on le compare par exemple au coût des médicaments pour les malades; il est, par ailleurs, inférieur de moitié à l'estimation prudente que nous avons donnée des honoraires privés tirés de la pratique clandestine.

Comme ce montant est, à proprement parler, négligeable par rapport au besoin de financement du secteur de la santé, il faut conclure que, dans les conditions actuelles, le recouvrement des coûts n'est pas une solution au problème. Par ailleurs, il apparaît extrêmement difficile de modifier ces conditions de telle sorte que les recettes provenant du recouvrement des coûts deviennent une proportion significative des dépenses effectives. Il faudrait en effet remanier complètement chacun des éléments ci-dessous:

- les tarifs: personne ne peut dire quoi que ce soit, aujourd'hui, des tarifs qui, accompagnés d'une amélioration nette de la qualité du

service fourni, seraient objectivement supportables par la population; on sait cependant que les tarifs pratiqués en dehors de Bamako sont bel et bien supportés, alors même que, selon certains, qui ne disent cependant pas pourquoi exactement, ces tarifs ne pourraient être appliqués à Bamako;

- la définition des gratuités: les avantages accordés aux élèves et étudiants, aux personnels socio-sanitaires et à leurs familles, aux fonctionnaires, agents du secteur d'Etat ou du secteur privé et à leurs familles sont, en pratique, des faveurs supplémentaires pour des groupes socio-professionnels déjà privilégiés, notamment en matière d'accès aux soins; il en va de même pour l'essentiel des gratuités concernant les soins entraînés par certaines affections, car ne peuvent en bénéficier que ceux qui ont effectivement accès aux soins;

- l'application de la réglementation: on pourrait s'étonner de constater que les mêmes règles conduisent à des proportions très variables de gratuité d'un établissement à l'autre (50% journées d'hospitalisation au Point G, après déduction de toutes les journées des services de psychiatrie et de phthisiologie, sont gratuites, contre 32% seulement à l'hôpital de San, cf. [23], pp. 138-153); mais il faut savoir que l'octroi de la gratuité fait l'objet de rétributions privées versées par les patients aux agents des services de santé (malades soignés dans les services hospitaliers et inconnus du bureau des entrées, système dit "des interventions" à l'INRSP...).

- la gestion des sommes recueillies: jusqu'en janvier 1989, seuls les trois hôpitaux nationaux et l'hôpital régional de Ségou ont été autorisés, à titre expérimental, à déposer les recettes qu'ils encaissent sur un compte en banque, et à les utiliser selon un programme trimestriel approuvé par le Ministère de la Santé; c'est là ce qu'on appelle "autonomie de gestion"; mais la crise des finances publiques est telle que cette solution risque à tout instant d'être remise en cause, tant est grande la tentation d'assécher immédiatement toute caisse qui n'est pas vide; à terme, cependant, c'est une réforme d'une toute autre ampleur qu'il faudra envisager, puisque l'actuelle gestion administrative, qui dépouille de tout pouvoir le directeur d'établissement et son conseil, a longuement fait la preuve de son impéritie.

Et dans ce contexte, si le Conseil des Ministres lui-même s'est saisi, à diverses reprises, du dossier de l'"autonomie de gestion" des hôpitaux nationaux, qui semblaient trop visiblement dans un état inadmissible, il n'a pas pris la décision de supprimer l'obstacle essentiel qui est dans le contrôle a priori; il n'est parvenu qu'à autoriser une dérogation temporaire, puis à la proroger par deux fois pour un an (cf. [28] pp. 139-141).

Dans ces conditions, il n'est pas très réaliste d'imaginer que de grandes modifications puissent être apportées dans les prochaines années à la pratique malienne en matière de recouvrement des coûts. Aussi, la simulation prendra simplement pour base l'ordre de grandeur des tarifs actuels: on retiendra 100 FCFA pour la consultation au CSA, 500 FCFA pour la consultation médica-

le au CSC ou à l'hôpital, 250 FCFA par journée dans un hôpital secondaire ou régional, 1500 FCFA par journée dans un hôpital national (avec, dans les deux cas, une durée moyenne de séjour assez courte: 10 jours). Et, en ce qui concerne la proportion des gratuités, on admettra qu'elle peut être limitée à 40 pour cent des patients pour l'hospitalisation, et à 30% pour les consultations (bien que l'expérience des 6ème et 7ème régions montre qu'il est possible de diminuer de moitié ce dernier pourcentage).

Tableau 22

TARIFS DES ACTES LES PLUS COURANTS DANS LES
CENTRES DE SANTE DE CERCLE

Cercle	Consultation	Accouchement	Interv.Chir.
Ansongo	300	500	
Bafoulabé	100	1750	5000 ou 10000
Banamba	300	400	5000
Bandiagara		400 ou 750	
Bankass		250	5000
Bla		400	
Bougouni	200	500	10000
Bourem	300	500	
Diéma		500	
Dioïla	400 à 1000	500	3500 à 6250
Diré	200		
Douentza		250	2500
Gao	300	500 à 2500	
Goundam	200	500	
Gourma Rharous	150 ou 200	500	1500
Kadiolo		250	2500 ou 5000
Kangaba	300	300	5000
Kati	300 (*)	750	
Kayes	200	1000 ou 2000	
Keniéba	100		
Kidal	300	500	
Kita	100	1000	10000
Kolokani	50 ou 100	500	12500
Kolondiéba		500	5000
Koro	—	1000	5000
Koulikoro	250-300 (*)	1000	15000
Koutiala		750	4000
Macina		300	4000
Menaka	300	500	
Mopti		500 à 1000	
Nara		500	2500 à 5000
Niakunké	200	500	
Niono		500	5000
Nioro du Sahel	500 (*)	200	
Tenenkou	100	500	
Tombouctou	150 ou 200	500	1500
Yanfolila		300	2500
Yélimane		500	
Yorosso		300	4000

(*) consultation du médecin

Source: enquête complémentaire, INRSP, juillet-septembre 1988

5.1.2 Assurance maladie et mutualité

Le système d'assurance maladie qui existe actuellement au Mali est embryonnaire. Il est juridiquement organisé dans le cadre fixé par le code de prévoyance sociale au Mali, promulgué par la loi n° 62-68 AN/RM du 9 août 1962. Il présente, si l'on emploie le vocabulaire spécialisé, 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.

En effet, les prestations offertes par l'INPS sont:

- les visites d'embauche, visites périodiques et visites de reprise du travail, ce qui entre dans le cadre habituel de la médecine du travail;
- la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles;
- quelques soins préventifs (surveillance prénatale) et curatifs, destinés aux salariés et aux membres de leurs familles, et qui leur sont prodigués dans trois centres de protection et dans quinze centres médicaux inter-entreprises (CMIE), où l'on devrait trouver également quelques médicaments.

Les salariés affiliés à l'Institut National de Prévoyance Sociale appartiennent soit au secteur public (en dehors des fonctionnaires et de l'armée), soit au secteur privé. L'ordre de grandeur du nombre d'affiliés disposant d'une carte est de 60 000, et l'INPS estime que le nombre des bénéficiaires est d'environ 250 000. Il est important de noter que les cotisations sont payées par les employeurs sur la masse des salaires, sans déclaration nominative, et qu'il appartient ensuite aux salariés de remplir les formalités qui leur permettent d'obtenir une carte ouvrant droit aux prestations.

Le nombre d'emplois salariés reste très faible au Mali: il serait actuellement [10] de l'ordre de 150 000, dont 48 000 dans le secteur public (34 000 fonctionnaires et 14 000 autres salariés du secteur public, après une réduction de 25%, entre 1979 et 1985, du personnel des sociétés et entreprises d'Etat).

Un document récent semble attendre une modification de la situation actuelle (dans laquelle moins de 1% de la population serait concernée par un système de protection socio-sanitaire) d'une extension de l'application des textes actuels aux "employés agricoles" [2]. Le langage lui-même traduit l'ineptie: qui donc a vu au Mali des "employés" dans les exploitations agricoles ? et qui peut imaginer que les "employeurs" du secteur agricole vont cotiser pour leurs salariés ? Dans tous les pays, l'organisation de systèmes d'assurance maladie pour les agriculteurs et même pour leurs salariés s'est avérée extrêmement difficile, et en règle générale, ces régimes doivent être subventionnés à partir de la fiscalité. C'est en dehors de l'agriculture qu'on peut attendre un certain développement de l'assurance maladie au cours des prochain-

nes années: ce serait déjà un résultat appréciable que d'aboutir au fait que les salariés soient régulièrement affiliés à l'INPS, et que les cotisations collectées par cette institution servent, dans la proportion qui est observée ailleurs dans le monde, à verser des prestations aux bénéficiaires.

Sur le premier point, les chiffres cités plus haut montrent que 115 000 salariés environ pourraient être concernés (puisque les fonctionnaires n'entrent pas dans le champ du Code de prévoyance sociale): au plus un demi-million de bénéficiaires et d'ayants-droit pourraient être couverts par l'assurance maladie. Par rapport à la situation actuelle, on pourrait donc envisager, par simple application des textes en vigueur, un doublement du nombre des salariés assurés et des ayants-droit. Même si cela se réalisait au cours des prochaines années, l'assurance maladie ne concernerait encore guère plus de 6% de la population du Mali.

Sur le second point, il est connu que la gestion de l'INPS est caractérisée par des charges administratives qui atteignent à peu près la moitié des recettes, ce qui est sans doute un record mondial. Encore faudrait-il préciser quelle part de l'autre moitié est absorbée par le personnel de l'INPS. La gestion de l'institution est telle qu'il est extrêmement difficile de le savoir. Il apparaît cependant que, par exemple, en ce qui concerne les produits pharmaceutiques, qui représentent une dépense de l'ordre de 100 millions FCFA annuellement (au cours de ces dernières années, en nette diminution par rapport aux années antérieures), les seuls achats auprès de la PPM à Bamako, sur ordonnances délivrées au personnel de l'INPS, atteignent un ordre de grandeur compris entre 60 et 75 millions (communication personnelle). L'activité au profit des assurés se limite donc à de rares consultations: au cours des dernières années, l'INPS prétend avoir dénombré, pour l'ensemble des CMIE et des infirmeries d'entreprise, environ 200 000 consultants annuellement et 4 à 500 000 consultations. Mais ces dénombrements sont d'aussi mauvaise qualité que dans les formations publiques. Les conditions pratiques de l'activité des centres, notamment à Bamako, sont en outre telles que les consultants peuvent n'être pas des salariés régulièrement inscrits à l'INPS ou leurs ayants-droit, mais simplement des habitants du quartier ou des connaissances du personnel.

En ce qui concerne la mutualité, une ordonnance du 19 octobre 1945, modifiée par les lois des 27 avril et 23 août 1947, est toujours en vigueur. Cependant, il apparaît que ces textes sont tombés dans l'oubli. Ainsi, par exemple, lorsqu'en 1986, le Syndicat national de l'éducation et de la culture a décidé de créer une société à caractère mutualiste, destinée à mettre en place un régime complémentaire de retraite et toutes actions de solidarité et d'entraide, le récépissé de sa déclaration officielle auprès de l'administration fait référence à l'ordonnance n° 41/PGG du 28 mars 1959, "relative aux associations (autres que les sociétés de commerce, les sociétés de secours mutuel, les associations culturelles et les congrégations)".

On peut imaginer que la mutualité se développe, comme elle l'a fait dans les pays occidentaux, d'abord dans certains milieux

professionnels relativement qualifiés et éprouvant une certaine solidarité sociale. Il ne s'agirait sans doute pas, ici, d'ouvriers professionnels, beaucoup trop rares encore, mais peut-être de fonctionnaires, ou de salariés des grandes entreprises du secteur public. Comme on l'a vu plus haut, l'effectif de ces catégories ne dépasse pas 50 000 salariés. L'extension maximale de la mutualité, dans les prochaines années, ne pourra donc pas dépasser, même si d'importantes initiatives sont prises en sa faveur, 250 000 bénéficiaires.

De tout ce qui précède, il résulte clairement que le problème du financement des services de santé ne sera pas résolu, comme semblent le penser certains, et en particulier les représentants des ordres médicaux [11], par l'assurance maladie ou par la mutualité. Le développement d'institutions de ce genre est tout à fait souhaitable, mais elles ne modifieront les conditions d'accès aux soins que pour un petit nombre de personnes, et seulement dans la capitale. Dans de telles conditions, il est inutile de se préoccuper de l'assurance maladie ou de la mutualité dans des simulations qui visent à éclairer les options ouvertes pour résoudre le problème d'ensemble, à l'échelle du pays tout entier, problème qui est d'abord celui des populations rurales.

5.1.3 Financements publics décentralisés

Les Centres d'Action Coopérative (CAC), les Associations de Parents d'Elèves (APE), les comités de développement de cercle ou de région ont été amenés, dans le passé, à concourir au financement des activités sanitaires. Ces organismes ont généralement été sollicités d'intervenir dès le moment où les soins de santé primaires sont devenus un thème à la mode. Une forme de compétition s'est instaurée entre les collectivités locales, incitées par exemple à entreprendre la construction de maternités rurales, à prendre en charge la formation de matrones rurales, ou d'hygiénistes-secouristes, voire d'aides-soignants, ou encore le recyclage d'accoucheuses traditionnelles. Les ONG ou les coopérations extérieures ont joué un rôle dans cette affaire, notamment lorsqu'elles se retiraient d'un projet qu'elles avaient lancé: il fallait trouver un relais, et toute institution locale si peu active que ce soit, susceptible de prétendre à représenter la population, et surtout si elle disposait du pouvoir de lever des cotisations ou autres contributions, était immanquablement sollicitée. Ces institutions sont facilement entrées dans le jeu de relais ainsi inauguré dans l'improvisation. Les engagements pris étant rarement tenus, on cherchait une autre institution capable de promettre à nouveau.

Cette situation était favorisée par la possibilité laissée en pratique à l'administration locale de lever, en même temps que les impôts, des cotisations supplémentaires affectées à des dépenses particulières. Il s'agit bien, en pratique, de décisions de l'administration: les conseils de développement, où devaient siéger des élus, n'ont pas vu le jour; seuls fonctionnent au niveau local les comités de développement, qui ne sont composés que de

représentants des diverses administrations. Cependant, en pratique, le recouvrement de ces cotisations supplémentaires a toujours été encore plus faible que le recouvrement des impôts, parce que le contrôle exercé sur les chefs d'arrondissement et commandants de cercle porte uniquement sur leur aptitude à faire rentrer les impôts. Et par ailleurs, les sommes ainsi recueillies n'ont pas toujours eu la destination qui leur avait été affectée à l'origine.

Cette situation a été modifiée par la loi n° 88-65/AN.RM du 15 mars 1988, portant ouverture au budget de l'Etat d'un compte d'affectation spéciale dénommé Fonds de développement régional et local. La diversité des prélèvements antérieurs est remplacée par une unique "taxe de développement régional et local". Le montant de cette taxe a été lui-même fixé par la loi n° 88-64/AN.RM du 15 mars 1988, pour chaque cercle et commune, bien que le conseil de cercle, le conseil de commune ou le conseil de district puisse décider de le modifier, en plus ou en moins, dans la limite de 25 pour cent.

Les recettes ainsi obtenues seront réparties entre l'arrondissement (60%), le cercle (22%) et la région (18%). Elles seront présentées par arrondissement, cercle et région, et mises en regard des dépenses qu'elles peuvent servir à couvrir, et qui concernent les projets et programmes de développement initiés (parlez-vous français ?) par la population. Les budgets, préparés dans ces conditions par le chef d'arrondissement ou le commandant de cercle, adoptés par les conseils d'arrondissement ou de cercle, doivent être approuvés par le Gouverneur, transmis pour avis aux Ministères de l'Administration Territoriale et du Plan, récapitulés par le Ministère des Finances, intégrés au budget de l'Etat, soumis à l'approbation du Gouvernement et au vote de l'Assemblée nationale. Ils seront exécutés dans les mêmes conditions que le budget général de l'Etat. Il s'agit, on l'aura sans aucun doute immédiatement compris, de "simplifier et harmoniser les procédures administratives relatives au financement des projets de développement économique initiés à la base".

On peut encore noter qu'"il est interdit d'imputer directement au fonds de développement régional et local des dépenses relatives au paiement des traitements et indemnités à des agents de l'Etat ou des collectivités, établissements ou entreprises publiques" (loi n° 88-65, art. 12). Dans le domaine qui nous occupe, cette disposition peut signifier l'impossibilité de prendre en charge des agents qui seraient recrutés par les collectivités locales pour travailler dans le domaine de la santé; cependant, le texte semble laisser ouverte la possibilité d'une imputation indirecte.

5.1.4 Initiative de Bamako

C'est au cours d'une récente réunion du Comité régional pour l'Afrique, à Bamako en septembre 1987, qu'ont été présentés, discutés et adoptés les principes d'un nouveau programme d'action des agences internationales spécialisées, programme qui est désormais dénommé "Initiative de Bamako" [12]. Les objectifs de ce programme sont les suivants:

"a) encourager les initiatives de mobilisation sociale visant à promouvoir la participation de la collectivité aux décisions relatives aux médicaments essentiels et à la santé maternelle et infantile au niveau du district;

"b) assurer un approvisionnement régulier en médicaments essentiels de bonne qualité, au prix le plus bas, pour appuyer la mise en oeuvre de la stratégie des soins de santé primaires;

"c) concevoir et mettre en place un mécanisme d'autofinancement des soins de santé primaires au niveau du district, grâce en particulier à la création d'un fonds autorenouvelable pour les médicaments essentiels" (Résolution AFR/RC37/R.1, paragraphe 4).

Le lecteur sachant ce que parler veut dire aura remarqué:

- que le premier objectif vise à instaurer une décentralisation des décisions relatives aux médicaments essentiels et aux soins maternels et infantiles, pour qu'elles soient prises au niveau du district (plutôt qu'au niveau régional ou national);

- que l'expression "mobilisation sociale" n'appartient pas au vocabulaire du droit administratif: bien que partout au monde l'administration ait la chose en horreur, c'est pourtant de cela qu'il s'agit bel et bien dans la résolution;

- que le second objectif contient les mots "au prix le plus bas" (il s'agit d'un superlatif, et pas d'un comparatif);

- que c'est en troisième position, donc visiblement subordonné aux deux premiers, qu'est placé l'objectif d'autofinancement des soins de santé primaires (et pas seulement des médicaments ou de quelques dépenses de fonctionnement) au niveau du district (circonscription comparable au cercle) grâce à la création d'un fonds autorenouvelable pour les médicaments essentiels.

L'Initiative de Bamako envisage donc que le financement de toutes les activités de soins de santé primaires (y compris l'hospitalisation) existantes ou à mettre en place dans les districts puisse être laissé à la gestion des collectivités concernées, et à elles seules, pourvu qu'elles soient effectivement approvisionnées en médicaments au prix le plus bas, aidées à constituer un fonds de médicaments (le premier stock leur serait donné gratuitement par l'aide internationale), qu'elles vendront à des prix tels que non seulement le fonds pourra être renouvelé, mais qu'encore sera dégagé le financement des autres charges récurrentes.

Il était donc assez naturel de se demander si le Mali pourrait être l'un des pays où serait appliquée l'Initiative de Bamako: dans cette perspective, on bâtira la variante correspondante du modèle de simulation.

5.2 Eventualités liées à des modifications de structures

Les modalités évoquées jusqu'à présent pourraient bien impliquer, si l'on devait effectivement les mettre en oeuvre, de significatives modifications de structures. Pourtant, l'expression est, d'ordinaire, réservée à ce qu'on présente souvent comme les deux grands dossiers de ces dernières années: ceux de la privatisation et de la "réforme pharmaceutique".

5.2.1 Privatisation

C'est en février 1981 que le Conseil national de l'UDPM a adopté une résolution par laquelle il recommande l'examen par la Commission économique et sociale du Bureau exécutif central du problème de l'exercice de la médecine privée. Le plan quinquennal de développement économique et social 1981-1985, qui le signale (cf. [34] pp. 16-18), n'indique pas les raisons alors invoquées. Que doit-on attendre aujourd'hui des perspectives ainsi ouvertes?

5.2.1.1 Situation actuelle

La loi n°. 85-41/AN.RM a autorisé l'exercice privé des professions sanitaires, à la suite de quoi divers textes (décret n°. 177/PG.RM du 23 juillet 1985, arrêtés n°. 5107/MSP.AS.CAB et 5108/MSP.AS.CAB du 5 mai 1986, arrêté interministériel n°. 3344/MFC.MSPAS du 15 décembre 1986) en ont fixé les modalités pratiques. Des codes de déontologie ont été édictés, qui sont annexés aux lois n°. 86-35/AN.RM et 86-37/AN.RM du 12 avril 1986, pour les professions de médecin, chirurgien-dentiste et sage-femme.

Les tarifs fixés par l'arrêté interministériel précité reposent sur une étude économique réalisée par un bureau d'études de l'administration [13]. Dans le cas du cabinet de généraliste, les hypothèses retenues sont, notamment:

- un investissement de 12 500 000 FCFA, dont plus de la moitié sert à l'acquisition d'un véhicule et de climatiseurs, et qui sera récupéré en 30 mois d'activité;
- des rémunérations mensuelles de 250 000 FCFA pour le médecin, 60 000 FCFA pour la secrétaire, 50 000 FCFA pour l'infirmier de premier cycle, et 20 000 FCFA pour le garçon de salle, puisque telle est la composition de l'équipe minimale;
- une marge bénéficiaire de 20% sur le coût total (coût d'exploitation plus dotation aux amortissements);
- un nombre de consultations de 15 par jour, pour 300 jours d'activité dans l'année.

Sur ces bases, le prix TTC de la consultation devait être fixé à 4185 FCFA, ce qu'a fait l'arrêté interministériel. Des calculs

comparables pour les autres actes ont conduit aux tarifs suivants:

consultation du médecin spécialiste	5945 FCFA
du chirurgien-dentiste	4230
de la sage-femme	2350
Z	1420
K	690
journée d'hospitalisation 1ère cat.	18600
2ème	13560
3ème	9040

Une mise au point publiée en mars 1988 dans la presse signale que cette étude a été menée "de concert avec l'Ordre des Médecins du Mali". On y lit aussi la précision suivante: "Nous n'avons tenu compte que des charges minimales que nécessitera l'exploitation de l'établissement médical. C'est ce qui nous a permis d'aboutir aux prix (...) indiqués, et qui sont bien en-dessous des prix pratiqués dans les capitales de certains pays voisins". Le débat s'élève ensuite, en ces termes: "La question finale qui se pose est de savoir si les Maliens veulent une médecine privée de qualité ou une médecine au rabais. Si effectivement nous voulons avoir le choix entre aller à l'hôpital ou dans une clinique privée de meilleure prestation, qui doit payer la différence de coût? Ce ne sera certainement pas le praticien privé, qui a avant tout le souci de rentabiliser son entreprise pour faire face aux multiples dépenses incompressibles et rembourser éventuellement les prêts qui lui ont permis de s'installer" (cf. [14]). Evidemment et l'on ne saurait mieux dire!

Notons, pour fixer les idées, que ce tarif de la consultation de généraliste représente 8 pour 100 du produit national brut par habitant (qui est d'environ 54 000 FCFA), alors que le tarif en vigueur en France, où plus de 90% de la population est couverte par un régime d'assurance maladie, est de l'ordre de 2 pour 1000 du PNB par habitant (environ 120 FF sur 65 000).

Il est très rapidement apparu que ces tarifs seraient inapplicables. Dès 1987, le séminaire sur l'ajustement structurel des services de santé [15] suggère "une réduction de l'écart entre les tarifs du privé et ceux du public". Il signale aussi que l'incompatibilité entre l'exercice privé et tout emploi public "risque de plonger le secteur privé dans une certaine inertie par manque de certains spécialistes" et d'entretenir "une frustration des médecins qui seront maintenus en mission dans le secteur public". Là encore, on ne saurait mieux traduire la pensée profonde des représentants du corps médical. En pratique, au début de l'année 1988, une quinzaine de professionnels de la santé auraient été autorisés à s'installer, dont six seulement ont effectivement ouvert un cabinet: deux gynécologues, deux généralistes, un urologue et un chirurgien-dentiste, tous à Bamako [16].

L'extension à attendre de l'exercice privé de la médecine, dans ces conditions, peut sans doute être appréciée à l'aide des quelques observations suivantes. Sur un échantillon d'agents des Ministères de l'Education et de la Culture, on a pu relever en 1987-88 un revenu

médian par ménage de 720 000 FCFA par an, pour une taille médiane de 9 personnes par ménage: le revenu annuel par personne est donc de l'ordre de 80 000 FCFA (soit 6700 FCFA par mois, cf. [9], annexe). On estime par ailleurs (cf. [10], pp. 10 et 28) que le pouvoir d'achat des fonctionnaires a chuté de 25% entre 1980 et 1986. Pour l'ensemble du pays, en 1985, le revenu disponible par habitant et par an était de l'ordre de 67 000 FCFA; et le revenu moyen par habitant dans le secteur primaire aurait chuté de 10% entre 1982 et 1985.

Il paraît donc assez légitime, comme semble le faire un document officiel récent, de considérer que le secteur privé se développera dans la mesure, et dans la mesure seulement, ou apparaîtra un système privé d'assurance maladie. Ce dernier est en effet présenté comme "un excellent moyen de mise en place d'un mécanisme de tiers-payant pour les couches nanties de la population, dont le niveau de revenu et les exigences en matière de confort sont tels qu'ils (sic !) pourront servir de clients au secteur de la médecine privée; il s'agit essentiellement des commerçants, industriels et membres des professions libérales" ([2], pp. 20-21).

Autant dire que, pour les besoins d'une simulation macro-économique, on ne commettra pas une erreur grossière en ignorant les effets d'une privatisation selon ces normes.

5.2.1.2 Eventualités à considérer

Toute différente est la question de savoir dans quelle mesure des médecins privés pourraient s'installer, dans les quartiers de Bamako, dans les capitales régionales et dans certains cercles, et y exercer leur métier dans des conditions qui rendraient leurs soins accessibles à une frange appréciable de la population. Cette possibilité pourrait être sérieusement envisagée. Elle a un fondement économique évident dans le fait que les jeunes diplômés sortant de l'Ecole Nationale de Médecine et de Pharmacie ne trouvent plus d'emploi dans les services publics de santé.

Cette éventualité peut prendre des formes diverses, les unes se rattachant à l'exercice libéral des professions de santé, les autres à l'exercice social.

En ce qui concerne l'exercice libéral, il va de soi que la question essentielle est de savoir d'abord si des tarifs officiels doivent être fixés par voie réglementaire, ensuite si les tarifs retenus par l'arrêté de décembre 1986 doivent absolument être conservés.

Sur le premier point, il est bon de rappeler que si les honoraires médicaux sont fixés par des textes réglementaires ou conventionnels dans les pays d'Europe, c'est en raison du fait que ces honoraires sont remboursés par les caisses d'assurance maladie, qui couvrent une grande partie de la population. La situation est toute différente au Mali, et comme on l'a montré plus haut, elle le restera pendant de nombreuses années encore: même si l'assurance maladie et la mutualité s'étendaient au cours des prochaines années, on ne peut pas en attendre qu'elles couvrent plus de 10% de la population totale. Une réglementation des

honoraires médicaux est donc soit une survivance de l'époque où, au Mali, les prix étaient tous administrés, soit une exception à la nouvelle politique de libéralisation, exception tolérée dans le but de protéger les intérêts d'un groupe professionnel particulier.

Même dans ce cas, la question du niveau des honoraires doit être réexaminée. Le niveau actuel étant visiblement inapplicable, on doit se demander s'il correspond véritablement aux charges minimales du fonctionnement d'un cabinet médical, par exemple. Pour répondre à cette question, il suffit de reprendre la méthode suivie par le CEPI, et de vérifier si les estimations qui y ont été retenues sont minimales. Il apparaît alors immédiatement que certaines des hypothèses du calcul peuvent être discutées et remplacées. Sans entrer dans des détails qui n'ont pas leur place ici, signalons que:

- les dépenses d'investissement, qui atteignent 12,5 millions FCFA dans l'étude du CEPI, peuvent être facilement ramenées à environ 2,5 millions par une estimation plus réaliste des coûts minimaux; par exemple, aucun cadre supérieur de la fonction publique malienne ne peut acheter et entretenir, sur son salaire, un véhicule; il est donc réaliste de penser qu'un jeune médecin peut travailler sans disposer d'un véhicule neuf à amortir en trois ans; de même, il peut travailler sans disposer des deux ou trois climatiseurs, de la machine à écrire, de la machine à calculer et du réfrigérateur prévus par le CEPI;

- les coûts d'exploitation, qui atteignent près de 11 millions FCFA annuellement dans l'estimation du CEPI, peuvent être réduits de moitié si on élimine tous les coûts liés à la voiture, si on supprime la secrétaire (que l'arrêté n° 5107 ne prévoit pas: il exige déjà trois personnes à plein temps, et le CEPI admet que le cabinet médical recevra quinze personnes par jour), et si on ramène les rémunérations à un niveau raisonnable: par exemple, on peut admettre, par référence aux salaires des médecins dans le secteur public, que la rémunération du médecin privé soit de 150 000 FCFA par mois, et les 250 000 retenus dans l'étude du CEPI ne sont visiblement pas un minimum incompressible;

- le coût TTC de la consultation de généraliste est alors de l'ordre de 1600 FCFA, au lieu des 4185 auxquels parvient le CEPI.

Ces quelques éléments ne prétendent pas définir une solution qui serait la solution à adopter. Au contraire, ils montrent simplement que la situation actuelle est bloquée parce qu'une seule solution a été envisagée, alors que beaucoup d'autres sont économiquement possibles, en même temps peut-être que socialement souhaitables et politiquement acceptables, voire recommandables.

Dans le même sens, il faut aussi considérer les diverses formes de l'exercice social des professions médicales. L'une de ces formes pourrait s'inspirer de la suggestion faite par l'Ordre des Médecins du Mali, lorsqu'il propose la constitution de sociétés d'assurance mutuelle [11]. On peut très bien imaginer que de telles sociétés, comme elles l'ont fait aux Etats-Unis et dans la plupart des pays d'Europe, créent des cabinets médicaux, des polycliniques et des établissements d'hospitalisation. Une telle formule connaît un modeste début de

réalisation pratique, au Mali même, par exemple lorsque l'INPS, qui employait jusqu'à présent des médecins fonctionnaires mis à sa disposition par le Ministère de la Santé, se voit autorisé à recruter six médecins n'appartenant pas à la fonction publique. Pour ce qui nous préoccupe, l'intérêt d'une telle formule dépend entièrement de l'ampleur que pourraient prendre les sociétés d'assurance mutuelle, et nous en avons déjà traité.

Une autre forme pourrait être que les collectivités locales (communes, ou conseils et comités de développement dans les cercles) développent elles-mêmes des initiatives de ce genre. Certaines d'entre elles ont déjà été amenées à intervenir sur ce terrain. Les budgets régionaux ont déjà financé une partie du personnel des formations sanitaires, dans certaines circonstances liées à la mise en place de la stratégie des soins de santé primaires, prenant par exemple le relais des coopératives ou des associations de parents d'élèves pour le paiement des salaires des aides-soignants et des matrones. De même certaines communes paient des agents qui renforcent le personnel du Ministère de la Santé dans certains dispensaires ou hôpitaux.

A côté des collectivités locales dont il vient d'être question, on doit encore faire mention des associations villageoises et des "tons", qui, dans certaines régions au moins, sont actifs et disposent de ressources relativement importantes, tirées des activités de production et de commercialisation qu'ils organisent. Et en milieu urbain, on peut imaginer que soient constituées des associations de quartier ayant pour objectif la gestion de centres de santé communautaires.

Retenons, pour l'instant, que la privatisation n'est pas nécessairement limitée à ce que les textes de 1985 et 1986 ont prévu: ils ont organisé l'exercice des professions médicales en clientèle, sur le modèle inventé dans les pays d'Europe il y a cinquante ans, mais il est possible d'imaginer un exercice des professions médicales au sein d'organismes publics ou privés à but non lucratif, sans rémunération à l'acte. Mais, pour ce qui concerne notre analyse, l'important eut été de déterminer l'ordre de grandeur du volume des ressources que les collectivités locales ou associations villageoises pourraient consacrer à des activités dans le domaine de la santé: nous n'avons pas pu le faire jusqu'à ce jour.

5.2.2 Politique pharmaceutique

Les problèmes de l'approvisionnement pharmaceutique ont été pris en considération au début des années 1980, à un moment où la Pharmapro, organisme chargé de l'approvisionnement des formations sanitaires publiques, avait accumulé un passif de plusieurs milliards FM (2,5 en 1979). Ils ont été abordés à partir d'un diagnostic dont on peut retenir les éléments suivants [17]:

- les praticiens ont des habitudes de prescription inconsidérée liées à la faiblesse des capacités de diagnostic, à la pratique du traitement symptomatique, à l'extension de la capacité de prescrire à des personnels non qualifiés (en particulier à tous les paramédicaux), ainsi qu'à une formation et une information déficientes ([17] p. 2);
- l'automédication s'est développée dangereusement ([17] p. 2);

- les prix des médicaments ne sont contrôlés d'aucune façon, ce qui entraîne une diversité injustifiée, et incompréhensible pour la population, des prix à la consommation ([17] p. 2);
- la gestion des officines de la Pharmacie populaire du Mali est incapable d'éviter d'incessantes ruptures de stocks; elle est pratiquement laissée aux visiteurs médicaux ([17] p. 3);
- la gamme des produits commercialisés, beaucoup trop étendue, entraîne de nombreux vols, pertes et périmés (20% du prix de revient, [17] p. 4);
- la cohabitation du médicament gratuit (dans les formations sanitaires publiques, et évidemment dans la limite des disponibilités) et du médicament payant (pour tout le reste de la consommation) "constitue certainement une source de trafic" ([17] p. 4);
- le système d'approvisionnement ne fait pas suffisamment appel à la concurrence, et supporte de ce fait des prix d'achat exagérément élevés ([17] p. 4).

5.2.2.1 Principes

A la suite des travaux menés dans le cadre de la réforme pharmaceutique, une importante activité réglementaire s'est développée, en même temps que se concrétisait la création, avec l'appui de la coopération chinoise, d'une usine malienne de produits pharmaceutiques. Ainsi, en 1984, un décret n°. 85/PG.RM du 2 mai fixe trois principes essentiels:

- une liste de médicaments et réactifs essentiels à usage de la médecine humaine est établie (art. 1);
- "les médicaments et réactifs de cette liste sont exonérés de tous impôts et taxes douanières" (art. 2);
- "sauf dérogation expresse délivrée par l'autorité compétente, la Pharmacie Populaire du Mali a l'exclusivité de l'importation de tous les médicaments et réactifs à usage de la médecine humaine sur la base de la liste annexée au présent décret" (art. 3).

Cette dernière disposition relative au monopole d'importation a été sensiblement élargie par le protocole d'accord signé le 21 mars 1987 entre le Gouvernement de la République du Mali et le Gouvernement de la République populaire de Chine, texte qui, en son article V.1, énonce: "La PPM détient le monopole de l'importation de tous les produits pharmaceutiques au Mali, à l'exception des produits vétérinaires".

Liste officielle des médicaments essentiels

Une première liste de médicaments essentiels publiée en 1980 (cf. décret n° 146/PG.RM du 7 juillet 1980) ne spécifiait pas les formes et présentations des 240 produits qu'elle citait, ni ne les désignait par leur dénomination commune internationale: en pratique, le nombre de médicaments qu'elle autorisait était probablement compris entre 750 et 1250 (cf. [17]).

La nouvelle liste, annexée au décret n°. 85, compte 224 présentations et, si l'on regroupe les diverses présentations (forme, quantité et dosage) d'un même produit, 187 produits, auxquels s'ajoutent 13 médicaments traditionnels, un petit nombre de produits de pansement, seringues et aiguilles, ainsi qu'une liste de produits chimiques et de réactifs essentiels.

Cette liste a été révisée en 1987, par la Commission technique constituée en application de l'article 3 de l'arrêté n°. 3432/MSPAS/MECTSEE/MFC du 26 juin 1985 portant modalités d'application du décret n°. 85 précité, arrêté qui dispose en outre que la révision aura lieu tous les deux ans.

Une autre disposition d'intérêt a été prise par un décret n°. 51/PG.RM du 17 mars 1984, qui dispose laconiquement "il est adopté en République du Mali un formulaire thérapeutique et un manuel de traitement à l'usage des prescripteurs exerçant sur le territoire national" (art. 1). Un arrêté du Ministre de la Santé Publique, qui devait fixer les modalités d'application de ce décret, n'est pas encore paru. En pratique, le manuel thérapeutique est utilisé dans certains séminaires de recyclage, mais il ne peut pas être employé par les prescripteurs parce que ni les formations sanitaires, ni les officines pharmaceutiques ne sont approvisionnées en ces produits, sauf lorsque l'approvisionnement est organisé par des ONG. En 1986 encore, la PPM exploite plus de 2000 spécialités [18], mais ne peut délivrer des médicaments essentiels que dans quelques officines et pendant quelques rares semaines chaque année.

Prix de vente des médicaments essentiels

Les médicaments essentiels sont exonérés de tous droits et taxes d'importation. Leur prix de vente a été fixé par le même arrêté n°. 3432 du 26 juin 1985:

- "les prix de vente des médicaments ou réactifs essentiels acquis au titre d'un marché de gré à gré sont fixés par la Direction Nationale des Affaires Economiques en collaboration avec le Ministère de la Santé" (art. 6);

- "les prix de vente des médicaments ou réactifs essentiels acquis au titre d'un appel d'offres international sont fixés par la Commission nationale d'approvisionnement en produits et matériels médico-pharmaceutiques" (art. 7).

Pour comprendre ce texte, il est bon de savoir que la Pharmacie Populaire du Mali, qui dispose du monopole d'importation de ces produits, effectuait "86% de ses achats auprès de fournisseurs étrangers par le système de gré à gré", tout en sachant très bien que dans ce cas "les laboratoires jouent souvent sur le niveau des impayés pour imposer leurs prix" (cf. [18], p. 1 et 4)). Mais la PPM s'était effectivement fait une solide réputation de mauvais payeur, et n'avait donc pas le choix.

La Commission nationale d'approvisionnement en produits et matériels médico-pharmaceutiques, à laquelle il est fait allusion ci-dessus à propos des prix des médicaments acquis par appel d'offres, a été créée par l'arrêté n°. 2849/MEEP.CAB du 13 juin 1984. Elle a pour mission de:

- "collecter, centraliser, diffuser et surveiller toutes les informations concernant les produits et matériels médico-pharmaceutiques en vue de rechercher les meilleures conditions d'approvisionnement et de distribution sur le marché national;
- "approuver et contrôler l'exécution des programmes annuels d'approvisionnement en médicaments essentiels et non essentiels, en produits chimiques et réactifs de laboratoire, d'analyse médicale, de matériel médico-chirurgical et de matériel technique;
- "décider des fournisseurs à consulter, des clauses de contrôle de qualité à prévoir, et des adjudications;
- "fixer les prix de vente des médicaments en relation avec les organismes concernés" (art. 2).

Sur ce dernier point, un arrêté interministériel n°. 1639/MSPAS/METSEE/MFC du 19 mars 1986 a pris les dispositions claires et explicites suivantes: "le prix de vente au public des médicaments essentiels annexés au décret n°. 85/PG.RM du 2 mai 1984 est déterminé en appliquant un coefficient multiplicateur de 1,40 sur la valeur CAF/Bamako de chacun de ces médicaments" (art. 1). Plus récemment, et pour tenir compte de la privatisation, un arrêté interministériel n°. 5024 du 30 décembre 1988 dispose que le prix de vente public des médicaments importés par la PPM sera fixé en appliquant un coefficient de 1,95 au prix de revient rendu magasin, et que la marge des officines sera de 25,52% du prix de vente public.

En pratique, les premières mesures concrètes traduisant la politique des médicaments essentiels datent de 1985: trois appels d'offres ont été lancés en 1985-1987 par la Pharmacie Populaire du Mali, chacun concernant environ 40 médicaments essentiels; la mise en vente de ces médicaments a été expérimentée à partir de 1986 dans trois officines pilotes [19].

Le premier marché a été adjudgé pour une valeur totale de 213,6 millions FCFA (appel d'offres de juillet 1985), le second pour une valeur de 347,7 millions (appel d'offres de septembre 1986) [20]. On remarque que ces volumes sont négligeables (moins de 5%) par rapport au chiffre d'affaires de la PPM.

Autres médicaments

Le décret n°. 73/PG.RM du 19 mars 1985 soumet tout produit pharmaceutique à une autorisation de mise sur le marché (ou visa). La commission constituée à cet effet a mis en ordre les dossiers présentés antérieurement par les fabricants et a établi une nouvelle liste des produits autorisés: désormais elle avertit les fabricants de l'échéance de l'autorisation (valable 5 ans) accordée à chacun de leurs produits, et examine les nouveaux dossiers qui lui sont présentés.

Quant au prix de vente de ces médicaments, il a été fixé par l'arrêté interministériel n°. 1639 du 19 mars 1986, déjà cité, qui dispose: "le prix de vente au public des médicaments non soumis au décret n°. 85/PG.RM du 2 mai 1984 est déterminé en appliquant un coefficient multiplicateur de 2,06 sur la valeur CAF/Bamako de chacun de ces médicaments" (art. 2).

5.2.2.2 Réalités et éventualités à considérer

La mise en oeuvre de la politique d'approvisionnement pharmaceutique a connu une histoire mouvementée. Depuis l'indépendance et jusqu'en 1981, la Pharmacie Populaire du Mali était secondée par un organisme chargé de l'approvisionnement des formations sanitaires publiques, la "Pharmapro". Cette dernière, mal gérée et ayant accumulé des pertes considérables, a été remplacée en 1981 par l'Office Malien de Pharmacie, qui lui-même a dû être démantelé dès 1985. La Pharmacie Populaire du Mali est donc actuellement le seul organisme chargé de l'importation et de la distribution; les difficultés de gestion ont exigé que la PPM soit aidée par un bureau d'études financé par la Banque Mondiale, puis en fin de compte que la coopération chinoise prenne en main à partir de mars 1987 les postes essentiels de la direction générale.

Indépendamment de ces problèmes de gestion, et indépendamment des principes rappelés ci-dessus, la réalité de la politique pharmaceutique est caractérisée à la fois par des lenteurs inexplicables, compte tenu de l'importance du problème [21], et par des évolutions qui ne sont ni coordonnées entre elles, ni la simple application des principes. Ces évolutions concernent la privatisation, l'aide extérieure et la politique des achats pharmaceutiques.

Privatisation

Depuis la parution des textes sur l'exercice privé des professions médicales, et depuis la réorientation de la politique économique du Mali en faveur de la libéralisation, il est question de la privatisation des officines (au nombre de 98) actuellement gérées par la PPM. Lors de l'Atelier national sur la politique pharmaceutique (Bamako, 12-17 janvier 1987), le Professeur Bocar SALL a présenté, au nom des Ordres professionnels, une communication [22] dans laquelle il demande:

- que la PPM soit transformée en société d'économie mixte, avec participation des pharmaciens à son capital;
- que la PPM ne joue plus que le rôle de grossiste, concurremment d'ailleurs avec d'autres, et d'importateur des médicaments non essentiels sous leurs noms de spécialité;
- qu'elle cède "tous ses points de vente demandés par des pharmaciens candidats à la privatisation", tout en continuant à "gérer ses succursales non réclamées" (p. 3);

- que soit reconstituée une structure spécifique au sein du Ministère de la Santé "pour garantir l'accessibilité financière et géographique des populations aux médicaments"; cette entité aurait "l'exclusivité de l'importation des médicaments essentiels sous dénomination commune internationale et des réactifs essentiels" (p. 3);

- qu'outre la privatisation des points de vente de la PPM, il soit possible de créer de nouvelles pharmacies privées;

- que les pharmaciens privés aient la possibilité de "se constituer en centrale d'achat (grossiste) qui, dans le domaine de l'importation aura les mêmes prérogatives que la Pharmacie Populaire; Pharmacie Populaire et centrale d'achat privée travailleront en bonne entente en se répartissant les domaines d'intervention" (p. 3).

Pour apprécier la pertinence de ce programme, il suffit de prendre en considération quelques données sur l'approvisionnement pharmaceutique, par région, en distinguant ce qui pourrait revenir au secteur privé chargé de commercialiser les médicaments non essentiels, et ce qui pourrait revenir au secteur public chargé de l'approvisionnement en médicaments essentiels et dans les zones où une officine privée ne serait pas rentable. On connaît la répartition régionale du chiffre d'affaires de la PPM à la même époque (cf. [18] pp. 2 et 3):

Bamako	33 officines et dépôts	49% du chiffre
Kayes	5	6,4
Koulikoro	11	5,5
Sikasso	15	12
Ségou	12	11,3
Mopti	11	5,5
Tombouctou	5	0,6
Gao	6	1,7

Devant ces faits bien connus, seul le nouveau directeur de la PPM a pu imaginer que seraient cédées d'abord "les officines de l'intérieur, de petite taille et de gestion plus facile", et prévoir qu'interviendrait ensuite, "à long terme, la cession partielle des officines des centres urbains aux pharmaciens qui auraient fait leurs preuves à l'intérieur" (cf. [23], p. 4).

On peut encore relever que certains aspects de la privatisation de la distribution pharmaceutique restent totalement dans l'ombre (ni texte officiel, ni position des professionnels). Tel est le cas, notamment, de la répartition géographique des officines et dépôts et de la marge commerciale des grossistes, questions qui sont signalées parmi les difficultés de la mise en oeuvre de la privatisation par le compte rendu du séminaire sur l'ajustement structurel des services de santé [24].

Les conclusions de l'Atelier national sur la politique pharmaceutique reflètent bien la difficulté qu'il y a à définir une stratégie. En effet, l'Atelier recommande notamment les dispositions suivantes:

- la création d'une centrale d'achat d'Etat;

- la création de plusieurs centrales d'achat privées;
- le maintien provisoire du réseau parapublic de distribution dans les zones non desservies par les pharmaciens privés;
- l'autorisation des médicaments uniquement en dénomination commune internationale dans les formations sanitaires;
- la commercialisation des médicaments en DCI et en noms de spécialités par les privés à des prix différents fixés par la commission d'approvisionnement.

Il est clair que ces dispositions ont pour objectif implicite d'opérer un partage du marché entre zones géographiques prospères et produits rentables, concédés au secteur privé d'une part, et zones géographiques difficiles d'accès et produits au moindre coût, supportés par le secteur public, d'autre part.

Dans le même temps, la PPM se préoccupe de dégager une marge bénéficiaire, et tout ce qu'elle envisage est d'augmenter son fonds de roulement, et la part de ses achats qu'elle paie au comptant, pour diminuer un peu ses prix d'achat; dans une seule interview, son directeur définit à trois reprises l'objectif de la société en parlant d'approvisionnement en "médicaments essentiels et non essentiels" (cf. [23]), et le conseil d'administration peut se réunir sans qu'il y soit question de médicaments essentiels (cf. L'Essor, 30 juin 1988).

Seul le Chef de l'Etat expose clairement que "la réforme rencontre des résistances parce que toute réforme (...) met en cause des avantages" (cf. [25] p. 3).

Que doit-on retenir de cette perspective de privatisation de la distribution pharmaceutique pour ce qui nous intéresse? Pour qu'elle présente un intérêt, il faudrait que le coût des produits pharmaceutiques pour les utilisateurs (dont l'Etat n'est cependant que le moindre, comme on l'a vu plus haut) soit réduit par rapport à la situation actuelle. Pour que cela soit possible, il faudrait ou bien que les marges soient plus faibles dans les entreprises privées que dans la société d'Etat, ou bien que les prix soient plus faibles à l'achat.

Concernant les prix d'achat, on ne voit pas ce qu'espèrent les partisans de la privatisation: si le monopole d'importation subsiste, la PPM est d'ores et déjà dans la meilleure situation pour acheter par appels d'offres sur le marché international, parce que son volume de commande est le plus important; si elle ne le fait pas au motif que ses fonds propres sont insuffisants, il est clair que les sommes en jeu sont sans commune mesure avec ce que pourrait apporter une participation privée à son capital; si le monopole d'importation est supprimé, les importateurs n'obtiendront à l'évidence, du fait qu'ils se partageront les commandes à passer, que des prix plus élevés.

Concernant les marges, celles de la PPM sont connues. En 1980, le taux de marge brute (différence entre le chiffre d'affaires et la valeur de revient des ventes, en pourcentage du premier) était de 22% (d'après

[39] p. 15); il était de 26% en 1986 et de 25% en 1987 ([40] p. 3) et, depuis 1982, il n'a été sensiblement au-dessous de ce niveau qu'au cours des années 1984 et 1985 ([40] p. 46). L'arrêté interministériel n°. 5024 fixant la marge des officines privées à 25,52% du prix de vente public, montre le plus simplement du monde que la privatisation, dans les conditions dans lesquelles elle est organisée au Mali, est exactement aussi coûteuse que l'était une société d'Etat particulièrement mal gérée.

La privatisation, telle qu'elle est actuellement conçue, ne peut donc pas avoir d'effet significatif sur les charges récurrentes de la santé. Il y a à cela une raison essentielle: les prix de vente des médicaments étant fixés par l'application d'un coefficient multiplicateur au prix de revient, tout gestionnaire comprend immédiatement que sa marge est d'autant plus importante que le prix d'achat est plus élevé: il choisira les spécialités les plus coûteuses plutôt que les moins chères. Le poids de cet argument est tel qu'il est inutile de s'interroger longuement sur le rôle que pourraient jouer des officines privées. En outre, ce rôle serait de toute façon limité au district et à quelques capitales régionales, en ce qui concerne le volume de l'approvisionnement, et il ne réglerait en rien le problème fondamental qui est celui du prix des médicaments.

Aide extérieure et politique des achats

La réalité de la politique pharmaceutique est aussi marquée par l'intervention de plus en plus conséquente de l'aide extérieure, en dehors du circuit de la PPM. Depuis trois ans maintenant, les formations sanitaires des 6ème et 7ème régions sont approvisionnées en médicaments par le projet magasins santé, et trois cercles de la 5ème région aussi, bien que selon des modalités légèrement différentes.

Comme on l'a montré plus haut (cf. 4 "Choix des valeurs retenues pour le niveau des activités et des coûts", paragraphe consacré au coût des médicaments), ces réalisations ont prouvé qu'il est effectivement possible de procurer aux malades les médicaments que les médecins leur prescrivent, sur une liste en DCI, et pour un coût compris entre la moitié et le quart du coût moyen des prescriptions aux prix de la PPM: la moitié si on ne tient compte que des différences de prix, le quart si les différences de prix sont cumulées avec la rationalisation de la prescription. A la différence de ce qui s'est passé dans les 6ème et 7ème régions, l'expérience de Médecins du Monde dans la 5ème région a aussi montré qu'il est possible de parvenir à une gestion équilibrée de la distribution pharmaceutique, à un niveau de coût considérablement inférieur pour le malade à ce qu'il doit payer actuellement (cf. [28], pp. 75-76).

Les enseignements à tirer de ces expériences ont une importance considérable pour la prévision des charges récurrentes du système de santé dans son ensemble. Leur généralisation est probablement l'éventualité la plus susceptible de permettre au pays d'améliorer significativement le niveau et la qualité des prestations de son système de santé, sans aller au devant de charges incompatibles avec les moyens dont disposent et les pouvoirs publics et les particuliers.

L'extension de solutions de ce genre est d'ailleurs déjà prévue. En novembre 1987, la Commission des Communautés Européennes a approuvé un projet de "soutien aux importations de médicaments essentiels" sur les ressources du 6ème FED, pour un montant de 4,1 millions ECU; ce financement est destiné à la poursuite de l'expérience des 6ème et 7ème régions, et à son extension à la 4ème et à la 5ème. Les actuelles discussions sur la mise en oeuvre au Mali de l'Initiative de Bamako concernent, quant à elles, les 2ème et 3ème régions.

5.2.3 Décentralisation effective des responsabilités

Jusqu'à présent, les diverses éventualités de financement considérées ci-dessus ont été envisagées séparément l'une de l'autre. Rien n'interdit cependant d'imaginer qu'elles pourraient être combinées, pour définir une solution originale adaptée au contexte du Mali. Il apparaît en effet, par exemple, que le rôle d'une gestion effectivement décentralisée, celui de l'Initiative de Bamako, celui d'une politique d'approvisionnement pharmaceutique en DCI par appel d'offres sur le marché international, pourraient être conjoints, et contribuer à édifier une stratégie de recouvrement des coûts plus efficace que celle qui est actuellement tentée.

Une telle combinaison reprendrait simplement les idées essentielles contenues dans les propositions qui ont été évoquées plus haut.

1°) La "mobilisation sociale" au niveau du district (c'est-à-dire, au Mali, du cercle) apparaît, dans l'Initiative de Bamako, comme aussi dans les expériences de nombreux projets de développement sanitaire, comme la condition absolue du succès d'une stratégie dans laquelle la population est appelée à participer au financement des soins de santé primaires.

Dans le cas du Mali, malgré l'ancienneté de certaines réalisations, la décentralisation effective des décisions au niveau du cercle rencontre d'évidents obstacles, mais l'objectif reste, et il est réaffirmé. Il n'est donc pas déraisonnable d'imaginer que les comités de gestion des formations sanitaires (centres de santé, et hôpitaux) puissent être dotés d'une véritable capacité de décision et de gestion. Pour qu'ils disposent d'une véritable capacité de décision, il faut qu'ils soient composés de représentants des populations, et pas seulement de fonctionnaires; pour qu'ils disposent d'une véritable capacité de gestion, il faut que les recettes des formations sanitaires ne soient pas versées à une caisse publique, mais à un compte géré en toute liberté par le comité, la puissance publique ne disposant que d'un contrôle a posteriori.

Ajoutons que les hommes capables de gérer sont rares, et d'autant plus rares que la collectivité considérée est de plus faible taille. Il n'est donc pas raisonnable d'imaginer que la gestion doive être décentralisée jusqu'au moindre village, comme le proposent de New York certains fonctionnaires de l'UNICEF. Il est probable qu'elle ne peut pas l'être, sauf exception, en dessous du niveau du cercle. Nous imaginons donc que le système général serait la constitution, dans chaque cercle, d'un comité de gestion chargé de la gestion des formations sanitaires de l'ensemble du cercle (sauf dans les cas où tel ou tel arrondissement aura montré qu'il est capable de constituer un comité effectivement compétent et responsable).

2°) La politique d'approvisionnement pharmaceutique en DCI par appel d'offres est le seul moyen d'obtenir les quantités nécessaires au prix le plus bas.

Dans le cas du Mali, elle permettrait de diminuer le coût des médicaments, que ce soit pour les finances publiques ou pour les familles des malades, dans une proportion qu'on peut fixer, sans aucun risque de se tromper, à la moitié au moins du coût actuel. Les pouvoirs publics ont incontestablement les moyens d'obtenir, s'ils le décident, que la PPM applique la politique d'approvisionnement en médicaments essentiels, achetés en DCI par appels d'offres sur le marché international, et revendus aux formations sanitaires au prix coûtant, frais de gestion, limités au strict nécessaire, inclus.

Il y a, naturellement, un avantage considérable à ce que cet approvisionnement soit réalisé, pour l'ensemble du pays, par un seul organisme, qui disposera ainsi de la taille nécessaire pour obtenir les meilleures conditions de prix, et pour s'occuper sérieusement du contrôle de la qualité des produits livrés par les fournisseurs. La compétitivité de cet organisme unique pourrait être obtenue en autorisant un certain nombre d'ONG à se fournir directement sur le marché international, à charge pour elles de communiquer au Ministère de la Santé les conditions qui leur sont faites.

3°) Le prélèvement d'une marge, à déterminer, sur la vente de ces médicaments, est la solution préconisée par l'"Initiative de Bamako" pour assurer l'autofinancement des soins de santé primaires au niveau du district.

Le Mali s'est déjà engagé dans une voie similaire, lorsqu'a été admise l'idée que les hôpitaux nationaux devraient disposer des recettes issues de la tarification de leurs prestations, ou lorsqu'il a tenté, récemment, de faire payer les salaires des agents de santé de village par les recettes issues d'une tarification des prestations. On a pu montrer que le financement des dépenses courantes de fonctionnement, hors salaires, des formations sanitaires peut être assuré à partir des tarifs actuels des prestations, si ces recettes ne sont pas reversées au Trésor public.

4°) Dans l'"Initiative de Bamako", comme dans les réalisations d'un certain nombre de pays auxquels elle s'adresse, le recouvrement des coûts (autofinancement des soins de santé primaires) inclut au moins partiellement les rémunérations du personnel.

Dans le cas du Mali, où chacun doit admettre que les rémunérations de la fonction publique sont très insuffisantes, et que cette situation favorise en particulier la généralisation des maux dont pâtit le système de santé, il est évident qu'une action sur ce point est également possible, sans accroissement du coût total de la santé, ni pour les pouvoirs publics, ni pour les familles, par rapport à son niveau actuel, dès lors qu'on réaliserait un gain de la moitié sur le coût actuel des médicaments.

Insistons sur ce point. Il faut bien admettre en effet, et à la fois, qu'aucune augmentation des rémunérations n'est possible, à l'horizon prévisible, dans le cadre d'une fonction publique pléthorique, et de productivité extrêmement faible, et qu'aucune amélioration significative de la qualité du service fourni par le personnel de santé ne peut être obtenue sans une augmentation appréciable du niveau de vie des agents (même si cette condition, qu'on pense nécessaire, n'est probablement pas suffisante).

Dans ces conditions, qu'il faut avoir le courage d'affronter, toute alternative à la situation actuelle mérite d'être considérée. La qualité des services de santé ne peut désormais être améliorée ni par l'appel, fût-il pathétique, à la conscience professionnelle et à l'éthique médicale, qui l'une et l'autre ont dégénéré depuis des années au point de n'avoir plus aujourd'hui aucune réalité dans les comportements, ni par le recours à l'autorité des supérieurs hiérarchiques, elle aussi aujourd'hui sans contenu réel. Dans pareille situation, ce sont les conditions matérielles de l'exercice professionnel qui doivent être modifiées, pour assainir le climat en même temps que seraient affirmées une nouvelle direction, de nouvelles responsabilités et de nouvelles exigences.

S'il est, dans l'"Initiative de Bamako", question de mobilisation sociale, on peut facilement imaginer que celle-ci concerne à la fois les populations, leurs institutions décentralisées et les personnels qui travaillent à leur service. Les expériences étrangères qu'on cite désormais en exemple ont généralement comme caractéristique que les personnels de santé n'y dépendent pas de l'Etat, mais bien des collectivités locales qui ont pris la responsabilité d'assurer par elles-mêmes le fonctionnement de leurs services de santé. Si une telle éventualité était considérée comme prématurée au Mali, elle pourrait être remplacée par une solution socialement acceptable qui garantirait, comme cela serait possible, une augmentation significative des rémunérations, en même temps que la restauration d'une autorité hiérarchique.

Une telle solution pourrait être que les salaires versés par l'Etat soient complétés par des primes, attribuées individuellement aux agents par le médecin-chef, leur supérieur hiérarchique, selon des critères liés uniquement au niveau et à la qualité de l'activité, et dont le montant serait défini par le comité de gestion du centre de santé de cercle, et financé par lui à partir des recettes tirées des nouvelles modalités de financement des soins médicaux (tarification, prélèvement sur la vente des médicaments, éventuellement produit de la taxe de développement régional et local...).

Quelles que puissent être les modalités juridiques d'une telle solution, sa faisabilité économique mérite d'être démontrée, et l'une des variantes de la simulation devra le faire.

Ce dernier point sera argumenté et précisé plus loin à l'aide du modèle de simulation. Si la faisabilité économique d'une solution du genre de celle qui vient d'être évoquée est avérée, et si son intérêt politique était reconnu par les décideurs, il ne resterait plus qu'à en mettre au point les modalités juridiques.

Chapitre 6

COUT ET FINANCEMENT DES DIVERSES STRATEGIES

Dans ce qui suit, on entreprend, sur la base des éléments qui ont été présentés plus haut, de construire un tableau simplifié des coûts et du financement du système de santé du Mali, dans diverses hypothèses concernant les modalités pratiques de mise en oeuvre d'une stratégie sanitaire visant le développement des services, pour qu'ils assurent une prise en charge plus effective des besoins de la population, sans augmenter les charges qui pèsent sur les finances publiques et sur les budgets privés.

On ne considère ici que le secteur de la médecine moderne, parce que c'est là que se posent les problèmes de financement, et parce que, en pratique, et malgré ce que semblent croire certains, on ne peut pas envisager que la pratique traditionnelle joue un rôle significatif, dans l'avenir prévisible, en matière de prise en charge des besoins de santé de la population.

On ne cherche absolument pas à diminuer le coût global de la santé ni pour les finances publiques, ni pour les budgets privés. Compte tenu de l'état des besoins, l'effort actuel des uns et des autres doit être considéré comme un minimum. Aussi, les seules hypothèses envisagées concernent les moyens d'obtenir un volume plus important d'activité, et une meilleure qualité des prestations, par un usage enfin sensé des sommes que l'Etat et la population consacrent actuellement à la santé. Ces moyens, comme on l'a remarqué plus haut, sont variés et nombreux. Il s'agit maintenant de préciser la portée financière exacte de chacun de ceux qui ont été évoqués. Pour ce faire on utilise deux types de tableaux qui permettent d'effectuer immédiatement tous les calculs nécessaires, tant du coût des activités que de leur financement.

La partie supérieure du tableau 23 reprend les paramètres essentiels à partir desquels on peut décrire le niveau d'activité et le coût des diverses prestations offertes par le système de santé.

En matière de fréquentation, on utilise dans ce tableau à la fois les valeurs les plus vraisemblables pour caractériser le fonctionnement actuel (cf. la colonne TAUX ACTUELS), et les valeurs que peuvent prendre les mêmes variables dès qu'est conduite une action de relance des services de santé (cf. la colonne TAUX MAJORES). Ces dernières valeurs sont fondées sur les résultats obtenus par les expériences actuellement en cours au Mali, qui ont été synthétisées plus haut: on sait déjà quel pourrait être

l'ordre de grandeur de l'impact d'une politique qui aboutirait à ce que les formations sanitaires soient effectivement approvisionnées en médicaments essentiels aux prix les plus bas.

Il en va de même en ce qui concerne les coûts unitaires: on connaît à peu près l'ordre de grandeur des coûts actuels dans le système public, pour la pratique privée et pour les familles des malades, et on sait quel serait l'ordre de grandeur du coût de prescriptions de qualité contrôlée, si les conditions d'approvisionnement étaient enfin rendues conformes au simple bon sens en matière de gestion des deniers publics (en ce qui concerne le coût des médicaments financés par le Ministère de la Santé pour les formations sanitaires) et privés (pour ce qui concerne l'essentiel de la consommation pharmaceutique). On peut donc utiliser dans la simulation deux séries de coûts unitaires, les uns correspondant d'aussi près que possible à la situation présente (cf. la colonne COUTS PPM), les autres décrivant ce à quoi on pourrait parvenir (cf. la colonne COUTS MS).

En pratique, cependant, ces divers paramètres ne peuvent pas être combinés de n'importe quelle façon. Dans la situation actuelle, le manque de médicaments, tant dans les formations sanitaires que dans les officines, limite la fréquentation aux niveaux présentement constatés. On doit certes s'inspirer des résultats des études de cas (cf. [28]), et tenir compte du fait que la résolution de ce problème porte la fréquentation à un niveau sensiblement supérieur. Mais, ce faisant, il ne faut pas oublier que ces études de cas concernent toutes des situations dans lesquelles les médicaments sont fournis par des "magasins santé" à des prix qui n'ont aucune commune mesure avec ceux que pratique la PPM. Les niveaux de fréquentation obtenus s'expliquent donc à la fois par la disponibilité des médicaments et par l'abaissement de leur prix. Cela signifie clairement que les niveaux de fréquentation qui apparaissent dans la colonne TAUX MAJORES ne peuvent être raisonnablement combinés qu'avec les coûts unitaires de la colonne COUTS MS.

Autrement dit, les alternatives réalistes à la situation actuelle (qu'on désignera par ACTIVITE ACTUELLE + PRIX PPM) sont obtenues par l'adoption d'un nouveau système d'approvisionnement permettant de réduire les prix des médicaments, sans augmentation immédiate ou sensible de la fréquentation (alternative qu'on appellera ACTIVITE ACTUELLE + PRIX MS), ou avec accroissement, dans les proportions données par les études de cas, de la fréquentation (alternative ACTIVITE MAJOREE + PRIX MS). Aucune réalisation concrète, ni au Mali, ni dans aucun pays comparable, ne permet d'espérer que les taux de fréquentation pourraient augmenter sans que les conditions de l'approvisionnement pharmaceutique ne soient complètement modifiées.

Dans la seconde partie du tableau 23, on cherche d'abord à construire une esquisse simplifiée de la situation actuelle. En utilisant les valeurs retenues pour les paramètres de fréquentation et de coûts unitaires (ACTIVITE ACTUELLE + PRIX PPM), on doit retrouver l'ordre de grandeur du coût total actuel, d'après les comptes nationaux, mais évidemment sans entrer dans tous les détails que ces derniers permettent de décrire. On procède ensuite de la même façon pour chiffrer le coût total du fonctionnement du système de santé dans chacune des alternatives dégagées plus haut.

Lorsque le coût total est calculé avec les taux de fréquentation de la colonne TAUX ACTUELS et les coûts PPM, on retrouve effectivement l'ordre de grandeur des comptes nationaux pour les toutes dernières années (ligne TOTAL COÛTS RECURRENTS, colonne ACTIVITE ACTUELLE + PRIX PPM).

Les estimations données pour l'automédication et la prescription privée (en dehors des formations sanitaires) méritent quelques explications. L'ampleur du phénomène ne fait guère de doute. A Niono, 20% des clients de l'officine présentent une prescription qui n'a pas été délivrée dans une formation sanitaire, et 65% des clients achètent sans prescription ([36] p. 77); de même, à Bamako, l'automédication représente 48% des achats, et les ordonnances rédigées par des prescripteurs "anonymes" (c'est-à-dire probablement bien incapables de prétendre à une qualification pour prescrire) 13% ([41] p.22). Mais, pour parvenir à une estimation de la valeur des médicaments délivrés de cette façon à chacun des niveaux que nous distinguons dans la pyramide sanitaire, nous avons dû combiner des informations sur le chiffre d'affaires de la PPM, et des données d'enquête sur la consommation privée totale.

Nous avons pu obtenir de la PPM une estimation du chiffre d'affaires des dépôts pharmaceutiques pour le premier semestre de l'année 1986: cette estimation utilise le montant des remises accordées par les officines aux gérants des dépôts et le taux de ces remises (15% ou 10%, en principe, selon l'ancienneté du dépôt) pour calculer la valeur des ventes ainsi réalisées. Bien qu'approximative, cette estimation montre que les ventes réalisées par les dépôts atteignent officiellement en ordre de grandeur 2 milliards FCFA annuellement dans les arrondissements périphériques. Ce que nous savons de la relation entre le chiffre d'affaires officiel et la consommation réelle (cf. plus haut, pp. 45-47) nous conduit à doubler le premier. C'est par différence entre ce chiffre et notre estimation de la consommation pharmaceutique prescrite par les agents de la santé dans les arrondissements et les villages que nous parvenons à une évaluation du montant des ventes correspondant à la pratique privée et à l'automédication.

Ces approximations ont pour conséquence que nous estimons globalement, sans pouvoir les distinguer, la consommation correspondant à la prescription privée et à l'automédication, et les suppléments de prix prélevés par les gérants des officines de la PPM.

La question est plus délicate pour ce qui concerne les chefs-lieux de cercle et le district de Bamako. Nous connaissons le chiffre d'affaires de la PPM à Bamako, mais il y a quelques raisons de croire qu'une partie des produits achetés là sont destinés à être revendus dans les capitales régionales et les chefs-lieux de cercle. Et les informations dont on dispose quant à la prescription et quant à l'automédication sont nettement moins riches en ce qui concerne le district qu'à propos du reste du pays. En pratique, la valeur donnée à la consommation pharmaceutique correspondant à l'automédication et à la prescription privée pour les chefs-lieux de cercle concerne l'ensemble de ces derniers et Bamako.

La situation de base est ainsi reconstituée dans ses grandes lignes: on retrouve un montant total de dépenses de l'ordre de 17 milliards FCFA, pour le secteur moderne, ce qui est cohérent avec nos estimations comptables antérieures, où l'on parvenait à environ 20 milliards, dont deux pour la médecine traditionnelle et quelques centaines de millions pour d'autres postes non repris ici. Il convient maintenant d'envisager l'impact des diverses éventualités actuellement considérées pour faire face à la crise du financement des services de santé et des produits qui sont nécessaires à cette activité. On a déjà montré que certaines solutions sont de faible portée pratique, alors que l'une d'entre elles, l'adoption d'une politique pharmaceutique conforme aux recommandations internationales formulées depuis des années et officiellement adoptée par le Mali, devrait avoir un impact considérable. Ce point doit donc être d'abord traité, avant qu'on envisage les solutions de moindre conséquence, puis les améliorations que peut attendre le système de santé, dans son ensemble, des diverses alternatives considérées.

Avant d'entrer dans cette analyse, il convient de donner l'ordre de grandeur des sommes qu'on estime nécessaires, en première approximation, pour assurer une relance de l'activité des services de santé. Les postes essentiels sont à l'évidence:

- les rémunérations du personnel: on admettra ci-dessous qu'une augmentation de l'ordre de 50% de la masse actuelle des rémunérations s'impose, ce qui représente annuellement environ 1,5 milliard FCFA;

- le fonctionnement courant des formations sanitaires: les crédits actuels ne permettent pas d'entretenir convenablement les bâtiments et les équipements, et cela conduit à un gigantesque gâchis dans l'emploi de l'aide extérieure, dont les investissements ont une durée d'utilisation anormalement courte; en outre, le fonctionnement du système de référence exige que l'on se préoccupe effectivement du transfert des malades vers la formation capable de les soigner; enfin l'amélioration de la qualité des prestations fournies suppose que les supervisions reprennent, ce qui nécessite des moyens; on admettra que, au total, ces besoins sont de l'ordre de 1,5 milliard FCFA chaque année;

- la rénovation des formations: tous les projets qui ont été

lancés dans le domaine de la santé, et même ceux qui disposaient de moyens modestes, ont estimé nécessaire de procéder d'abord à une sérieuse remise en état des formations, qui sont laissées à l'abandon dès le jour de leur inauguration; l'effort sur ce point serait limité à quelques années, au cours de chacune desquelles on devrait dépenser au moins 500 millions.

Ces ordres de grandeur sont certes impressionnants, mais l'effort à faire, après au moins une décennie au cours de laquelle d'une part les rémunérations ont englouti tout ce que l'Etat consacrait à la santé, et d'autre part l'aide extérieure s'est désintéressée du fonctionnement, est à proprement parler énorme.

6.1 Impact prévisible de la politique pharmaceutique

La première alternative à considérer est donc celle dans laquelle, conformément à l'esprit de l'Initiative de Bamako, le Mali déciderait de se procurer tous les produits pharmaceutiques qui lui sont nécessaires au prix le plus bas. Tel serait le cas, par exemple, si la PPM conservait le monopole d'importation, mais était désormais contrainte à ne s'approvisionner qu'en DCI et par appels d'offres sur le marché international. On peut attendre d'une telle modification de l'approvisionnement pharmaceutique un effet presque immédiat sur la fréquentation des services de santé, bien que leurs conditions de fonctionnement, telles que l'état des locaux, ou la motivation du personnel, ne soient pas directement affectées par la politique du médicament. Il est donc réaliste de considérer avec attention une situation de ce genre (ci-après désignée par ACTIVITE ACTUELLE + PRIX MS), qui pourrait être celle des toutes premières années suivant l'adoption d'une politique pharmaceutique conforme à l'Initiative de Bamako.

On peut cependant imaginer une variante de cette situation: l'approvisionnement pharmaceutique des seules formations sanitaires publiques serait réalisé par un office public, qui n'achèterait qu'en DCI, et que par appels d'offres sur le marché international. Les produits ainsi rendus disponibles dans les formations sanitaires publiques seraient fournis par elles aux malades à prix coûtant. Parallèlement se créerait un secteur commercial, libre de s'approvisionner comme il l'entendrait. Les ventes de ce secteur correspondraient à des prescriptions données en dehors des formations sanitaires publiques (pratique privée officielle ou clandestine). Une solution de ce genre, qui a été envisagée par certains au Mali, mérite d'être considérée non seulement sous l'angle de la privatisation, mais aussi sous l'angle du bénéfice social. Pour la décrire de ce point de vue, on remplace les coûts PPM par les coûts MS, mais seulement pour les produits prescrits dans les formations sanitaires publiques, et sans modifier les taux de fréquentation. C'est la variante ACTIVITE ACTUELLE + PRIX MS ET SECTEUR PRIVE.

Pour estimer le coût total, pour le Mali, de cette solution, on doit répartir la consommation pharmaceutique de Bamako entre ce

qui est prescrit par les formations sanitaires, et ce qui correspond soit à l'automédication, soit à la prescription de la pratique privée officielle et clandestine. On a retenu, pour ce faire, la proportion des consultations payantes dans le total des consultations reçues (cf. dans la première partie du tableau, la ligne % consultations payantes District).

Mais on doit encore considérer l'évolution probable des taux de fréquentation, qui, comme le montrent les expériences en cours dans trois régions du Mali, augmenteront en raison de l'effet combiné de la disponibilité des médicaments et de l'abaissement de leurs prix, dès lors que l'approvisionnement serait réalisé dans les conditions des magasins santé. C'est la variante ACTIVITE MAJOREE + PRIX MS.

Dans les dernières lignes de la seconde partie du tableau 23, sous le titre "charges fixes", figurent les sommes actuellement consacrées à la rémunération du personnel des services publics de santé, celles qui sont affectées aux dépenses de fonctionnement (leur montant actuel est très insuffisant, mais on n'est pas en mesure d'estimer avec une précision acceptable ce qui serait justifié). Il s'agit simplement d'ordres de grandeur pour mémoire, qu'on pourra remplacer ultérieurement par des estimations plus satisfaisantes.

Au total, comme on le voit à la ligne "Total coûts récurrents" du tableau 23, l'adoption d'une politique systématique d'approvisionnement en médicaments essentiels achetés en DCI par appels d'offres sur le marché international permettrait d'économiser au bas mot 8 milliards FCFA, soit près de 40% de ce que l'Etat et les particuliers consacrent actuellement à la santé, le niveau de l'activité du système de santé restant inchangé.

Quant à la politique qui laisserait subsister un système privé pour la commercialisation des produits pharmaceutiques prescrits en dehors des formations sanitaires publiques, elle serait, elle aussi, moins coûteuse que la situation actuelle, de 2,9 milliards FCFA environ; elle laisserait au secteur privé un chiffre d'affaires de l'ordre de 3 milliards FCFA, alors que l'approvisionnement des formations sanitaires publiques ne coûterait qu'un peu plus de 500 millions FCFA. Ces ordres de grandeur conduisent évidemment à s'interroger sur l'intérêt de cette solution en termes de santé publique. Il faut bien voir qu'elle conduit à laisser se vendre dans le pays, pour un montant considérable, des produits pharmaceutiques prescrits non pas par les praticiens privés, mais bien par de nombreuses personnes sans qualification, et des produits non prescrits demandés par des clients non informés. Ceci est incontestablement dangereux dans les conditions pratiques qui sont celles du Mali, où le personnel des officines et dépôts n'a pas la qualification qui lui permettrait d'exercer le moindre contrôle des prescriptions, ou même de conseiller judicieusement les patients.

A titre d'exemple, l'analyse d'un millier d'achats de médicaments dans quelques officines de Bamako, entreprise pour étudier

notamment l'origine des prescriptions correspondantes (cf. [41]), donne la répartition suivante:

automédication	47,8%
médecin	4,4%
infirmier d'Etat	24,4%
infirmier de 1er cycle	6,5%
sage-femme	1,9%
étudiant (ENMP, EIPC, ESS)	2,4%
prescripteur non identifiable	12,5%

ce qui montre l'ampleur du risque. Or, par ailleurs, cette solution renforcerait aussi le phénomène déjà observé aujourd'hui, par lequel les dotations des formations publiques sont en partie détournées vers les clients privés des agents de la santé.

D'une politique systématique de médicaments essentiels, on peut en outre attendre une élévation significative de l'activité des services de santé. Les expériences en cours au Mali même permettent d'attendre par exemple, et dans un court délai, un triplement du taux de fréquentation des centres de santé d'arrondissement, une augmentation de 50% de celui des centres de santé de cercle, et des accroissements aussi considérables des taux d'hospitalisation (voir les TAUX ACTUELS et les TAUX MAJORES dans la première partie du tableau 23). De cela, on devrait espérer une prise en charge nettement meilleure des besoins de santé de la population. Pourtant, de pareilles performances coûteraient bien moins que la situation actuelle: le total des coûts récurrents de la variante ACTIVITE MAJOREE + PRIX MS, qui tient compte de cette élévation très conséquente du volume de l'activité du système de santé, est inférieur de plus de 7 milliards FCFA au coût du fonctionnement actuel.

De tout cela, il faut retenir qu'une solution à la crise du financement des services de santé existe bel et bien; elle n'est même pas originale, puisque la stratégie des médicaments essentiels a été définie au niveau international il y a plus de dix ans maintenant. S'il y a quelque chose de nouveau dans tout ce qui précède, c'est seulement l'utilisation des résultats d'ores et déjà obtenus dans trois régions du Mali (qui en compte sept) pour décrire ce que seraient les conséquences de cette stratégie appliquée à l'ensemble du pays.

Cependant, il faut encore examiner l'impact financier des autres solutions proposées.

6.2 Impact prévisible du recours aux autres sources

Parmi les solutions le plus souvent préconisées figure le recouvrement des coûts. La troisième partie du tableau 23 montre clairement que le recouvrement des coûts n'apporte actuellement

Tableau 23

IMPACT PREVISIBLE D'UNE POLITIQUE PHARMACEUTIQUE

1/ PARAMETRES	EFFECTIF			EFFECTIF	
Population du district (PB)	700.000		Population rurale (PR)	5.300.000	
Population urbaine hors BKO (PU)	1.600.000		Population totale	7.600.000	
PARAMETRES DE FREQUENTATION	TAUX ACTUELS	TAUX MAJORES	COUTS UNITAIRES	COUTS PPM	COUTS MS
Accessibilité des HS et AS	,25	,25	Medic/hab. village	100	15
Fréquentation des consult. CSA	,10	,20	Presc/consult. arrond.	1000	400
Fréquentation des consult. CSC	,20	,40	Automed/hab. PR	800	300
Fréquentation des consult. District	,60	,75	Presc/consult. CSC	2500	400
% consultations payantes District	,36		Automed/hab. PU	2600	800
% acheteurs de médicaments District	,60		Prix consult. privée BKO	1600	1600
Fréquentation hospitalière PR	,002	,005	Coût moyen ordonnance	5000	1250
Fréquentation hospitalière PU	,011	,030	Coût médic/hospitalisé	20000	7000
Fréquentation hospitalière PB	,024	,030	Coût examen labo	200	
Examen labo par hospitalisé	2				
Examen labo par consultant	,10				
Durée moyenne de séjour	10	10	Taux de gratuité	,40	,15
=====					
2/ COUTS TOTAUX		ACTIVITE ACTUELLE	ACTIVITE ACTUELLE	ACTIVITE ACTUELLE	ACTIVITE MAJOREE
		+ PRIX PPM	+ PRIX MS	+ PRIX MS	+ PRIX MS
Village ou secteur				ET SECTEUR PRIVE	
Médicaments par habitant		122.500.000	19.875.000	122.500.000	19.875.000
Arrondissements					
Médicaments prescrits par les formations		530.000.000	212.000.000	212.000.000	424.000.000
Prescription privée et automédication		3.337.500.000	1.590.000.000	3.337.500.000	1.590.000.000
Chefs-lieux de cercle					
Médicaments prescrits par les formations		800.000.000	128.000.000	128.000.000	256.000.000
Prescription privée et automédication		4.200.000.000	1.280.000.000	4.200.000.000	1.280.000.000
District					
Honoraires pratique privée		241.920.000	241.920.000	241.920.000	302.400.000
Médicaments prescrits et automédication		2.100.000.000	525.000.000	756.000.000	525.000.000
Hospitalisation					
Coût des médicaments		900.000.000	315.000.000	315.000.000	668.500.000
Laboratoire					
Coût des examens		32.800.000	32.800.000	32.800.000	32.800.000
Charges fixes actuelles					
Salaires secteur public		3.000.000.000	3.000.000.000	3.000.000.000	3.000.000.000
Fonctionnement (hors médicaments)		1.500.000.000	1.500.000.000	1.500.000.000	1.500.000.000
TOTAL COUTS RECURRENTS		16.774.720.000	8.844.595.000	13.855.720.000	9.598.575.000
=====					
3/ FINANCEMENT		TARIFS	ACTIVITE ACTUELLE	ACTIVITE ACTUELLE	ACTIVITE MAJOREE
			+ PRIX PPM	+ PRIX MS	+ PRIX MS
RECouvreMENT DES COUTS				ET SECTEUR PRIVE	
Consultations					
Arrondissement	100	31.800.000	31.800.000	31.800.000	63.600.000
Centre de santé de cercle	500	96.000.000	96.000.000	96.000.000	192.000.000
District	500	126.000.000	126.000.000	126.000.000	157.500.000
Pratique privée (Banako)		241.920.000	241.920.000	241.920.000	302.400.000
Laboratoire		32.800.000	32.800.000	32.800.000	32.800.000
Hospitalisation					
Hôpitaux rég. et sec.	250	37.460.000	37.460.000	37.460.000	111.750.000
Hôpitaux nationaux	1500	151.200.000	151.200.000	151.200.000	189.000.000
PAIEMENT DES MEDICAMENTS		12.000.000.000	4.069.875.000	9.081.000.000	4.763.375.000
ETAT					
Salaires		3.000.000.000	3.000.000.000	3.000.000.000	3.000.000.000
Fonctionnement (hors médicaments)		1.500.000.000	1.500.000.000	1.500.000.000	1.500.000.000
TOTAL RECETTES		17.217.180.000	9.287.055.000	14.298.180.000	10.312.425.000

qu'une contribution mineure au financement des coûts récurrents de la santé. Il faudrait donc, non pas augmenter un peu les tarifs, mais bien les multiplier par un facteur supérieur à 2 pour parvenir à dégager un volume de recettes nécessaire pour modifier significativement les conditions de fonctionnement du système de santé malien. Comme on le voit dans le tableau 24, dans sa troisième partie (colonne ACTIVITE ACTUELLE + PRIX PPM ET TARIFS MAJORES), un doublement des tarifs, accompagné d'une diminution générale du taux de gratuité de 40% à 15%, entraînerait presque un triplement du recouvrement des coûts, mais ne procurerait qu'un peu moins de 900 millions de recettes supplémentaires: une telle solution est, à l'évidence, socialement inacceptable, alors même qu'elle n'apporterait pas les sommes nécessaires à une relance des services de santé.

Une autre solution, fréquemment proposée, repose sur le développement de systèmes d'assurance maladie, qui pourraient être privés, publics ou mutualistes. On a déjà indiqué plus haut les raisons pour lesquelles il est impossible d'attendre d'une telle éventualité la solution du problème du financement des services de santé. Cela ne signifie pas que l'on ne doive pas favoriser les initiatives dans ce domaine, ni se préoccuper de la gestion de l'INPS. Les frais de gestion des systèmes d'assurance des pays développés ne dépassent jamais 10% de leurs recettes, alors qu'ils englobent la moitié de celles de l'INPS. En ordre de grandeur, les économies réalisables sur les frais de gestion de l'INPS seraient alors de l'ordre de 2 milliards FCFA. Il est certain par ailleurs que la moitié environ de cette somme devrait revenir aux prestations autres que l'assurance maladie.

Il est douteux que la meilleure utilisation de ces sommes soit celle que prévoyait la convention entre l'INPS et le Ministère de la Santé: le financement par le premier de formations sanitaires gérées par le second est certes compréhensible dans une situation de faillite du système de santé public, mais elle dispense les deux partenaires de jouer, chacun dans son domaine, le rôle qui est le sien. Il serait bien préférable que le Ministère de la Santé se charge d'assurer le fonctionnement de ses propres formations, et que l'INPS fasse de même. Les responsabilités de chacun seraient clairement établies, et, comme dans tous les pays où elle s'est développée, l'assurance maladie pourrait prendre des initiatives et expérimenter, plus librement que ne peut le faire le système de santé public, dans tous les domaines où les problèmes de santé ne sont pas bien pris en charge par ce dernier.

Une autre solution, évoquée plus haut, ferait appel aux financements publics décentralisés. Quel pourrait être le volume de ces financements qui reviendrait au fonctionnement du système de santé ? Pour fixer les idées, prenons un montant moyen de 1600 FCFA pour la taxe de développement régional et local, une proportion de 35% de la population totale pour avoir le nombre de contribuables, et un taux de recouvrement de 50% de cet impôt. Le produit de cette taxe serait alors de 2 milliards. Quand bien même

les comités de développement en consacraient le tiers à la santé, cela ne représenterait pas plus de 600 ou 700 millions FCFA en ordre de grandeur. Dans le cas où le taux de recouvrement atteint 70%, les autres éléments du calcul restant inchangés, le produit de cette taxe atteint en ordre de grandeur 3 milliards, et la part affectée à la santé pourrait aller jusqu'à 1 milliard. Mais les comités de développement montrent fréquemment un très faible intérêt pour la santé (celui de Kita y consacre, sur le papier, entre 3,5 et 7% de ses ressources prévisionnelles, mais 1,4% en réalité, cf. [42]). On a noté en outre plus hauts que ces sommes ne pourraient pas servir à payer des rémunérations ou indemnités. A l'évidence, cette solution n'est pas à la mesure du problème qu'affronte le système de santé.

De tout ce qui précède se dégage une conclusion clairement inéluctable: de l'Initiative de Bamako, il faut retenir l'essentiel, à savoir l'approvisionnement pharmaceutique au prix le plus bas, seule façon de réduire significativement le coût de la santé pour les budgets publics et privés, et la décentralisation de la gestion, seule façon d'obtenir l'adhésion de la population et sa participation aux responsabilités de la gestion du système de santé. A partir de là, il convient de mettre au point, pour le cas du Mali, un nouveau système de financement des activités du système de santé, de sorte que les coûts de son fonctionnement, à des niveaux d'activité et de qualité nettement meilleurs que ceux qu'on constate aujourd'hui, ne dépassent pas les coûts actuellement supportés par l'Etat et par la population. Ce sont les caractéristiques de cette solution qu'on tente de préciser ci-après.

6.3 Solution proposée

La solution qu'on vient d'esquisser repose sur la mise en oeuvre d'une politique d'approvisionnement pharmaceutique en DCI, par appel d'offres sur le marché international. On montre d'abord ce qu'on est en droit d'en attendre dans une perspective de développement de l'activité des services de santé et de qualité des prestations fournies. On donne ensuite quelques indications sur l'organisation pratique qu'implique cette solution.

6.3.1 Faisabilité d'un ensemble de mesures nouvelles

Le coût de cette solution est, avec les charges fixes actuelles du système de santé, celui qu'on a estimé plus haut (cf. tableau 23). Ce coût dépend des modalités pratiques d'application (présence ou non d'un secteur privé, variation ou non du niveau d'activité des services, etc.). Aussi, on reprend d'abord, dans le tableau 25, les principaux résultats du tableau 23.

Y apparaissent ainsi, à la ligne (1), les coûts récurrents de chaque option, si les charges fixes conservent leur niveau présent. Y figurent ensuite, à la ligne (2), ce qu'on dénomme les "financements acquis", puisque la situation actuelle montre qu'ils sont aujourd'hui disponibles:

Tableau 24

IMPACT PREVISIBLE DU RECOUVREMENT DES COUTS

1/ PARAMETRES		EFFECTIF		EFFECTIF	
Population du district (PB)		700.000		Population rurale (PR)	5.300.000
Population urbaine hors BKD (PU)		1.600.000		Population totale	7.600.000
PARAMETRES DE FREQUENTATION	TAUX ACTUELS	TAUX MAJORES	COUTS UNITAIRES	COUTS PPM	COUTS NS
Accessibilité des HS et AS	,25	,25	Medic/hab. village	100	50
Fréquentation des consult. CSA	,10	,30	Presc/consult. arrond.	1000	400
Fréquentation des consult. CSC	,20	,30	Automed/hab. PR	250	100
Fréquentation des consult. District	,60	,75	Presc/consult. CSC	2500	400
% consultations payantes District	,36		Automed/hab. PU	300	100
% acheteurs de médicaments District	,60		Prix consult. privée BrD	1600	1600
Fréquentation hospitalière PR	,002	,005	Coût moyen ordonnance	5000	1250
Fréquentation hospitalière PU	,014	,030	Coût médic/hospitalisé	10000	3500
Fréquentation hospitalière PB	,024	,030	Coût examen labo	200	
Examen labo par hospitalisé	,500				
Examen labo par consultant	,10				
Durée moyenne de séjour	10	10	Taux de gratuité	,40	,15
2/ COUTS TOTAUX		ACTIVITE ACTUELLE			
		PRIX PPM			
Village ou secteur					
Médicaments par habitant			132.500.000		
Arrondissements					
Médicaments prescrits par les formations			530.000.000		
Prescription privée et automédication			3.337.500.000		
Chefs-lieux de cercle					
Médicaments prescrits par les formations			800.000.000		
Prescription privée et automédication			4.200.000.000		
District					
Honoraires pratique privée			241.920.000		
Médicaments prescrits et automédication			2.100.000.000		
Hospitalisation					
Coût des médicaments			900.000.000		
Laboratoire					
Coût des examens			32.800.000		
Charges fixes					
Actuelles					
Salaires secteur public			3.000.000.000		
Fonctionnement (hors médicaments)			1.500.000.000		
TOTAL COUTS RECURRENTS			16.774.720.000		
3/ FINANCEMENT		TARIFS ACTUELS	TARIFS MAJORES	ACTIVITE ACTUELLE PRIX PPM ET TARIFS ACTUELS	ACTIVITE ACTUELLE PRIX PPM ET TARIFS MAJORES
RECOUVREMENT DES COUTS					
Consultations					
Arrondissement		100	200	31.800.000	90.100.000
Centre de santé de cercle		500	1.000	96.000.000	272.000.000
District		500	1.000	126.000.000	357.000.000
Pratique privée (Banako)				241.920.000	241.920.000
Laboratoire				19.780.000	19.780.000
Hospitalisation					
Hôpitaux rég. et sec.		250	500	49.500.000	140.250.000
Hôpitaux nationaux		1500	3.000	151.200.000	428.400.000
PAIEMENT DES MEDICAMENTS				12.000.000.000	12.000.000.000
ETAT					
Salaires				3.000.000.000	3.000.000.000
Fonctionnement (hors médicaments)				1.500.000.000	1.500.000.000
TOTAL RECVETTES				17.216.200.000	18.049.450.000

- le recouvrement des coûts, calculé d'après les tarifs actuels, et avec un taux de gratuité de 40%;

- les honoraires de la pratique privée, évalués d'après les informations disponibles pour Bamako seulement;

- les dépenses de médicaments, évaluées d'après le coût de ce qui est prescrit (dans les formations sanitaires ou en dehors d'elles), et de ce qui est acheté sans prescription, le tout aux prix MS dans les variantes ACTIVITE ACTUELLE + PRIX MS et ACTIVITE MAJOREE + PRIX MS (seuls les médicaments prescrits dans les formations sanitaires sont évalués aux prix MS dans la variante ACTIVITE ACTUELLE + PRIX MS + PRIVE);

- les charges fixes supportées par l'Etat (rémunérations et fonctionnement).

On remarque alors à la ligne (3) que ces financements "acquis" sont déjà supérieurs, bien que de peu, au total de leurs coûts récurrents. Le calcul du coût de ces options, comme celui des financements acquis correspondants, incorpore les variations des prix des médicaments. Mais il faut surtout comparer les coûts récurrents de l'option aux coûts récurrents du système actuel: c'est ce qu'on fait aux lignes (4) et (5) du tableau 25. On dégage ainsi le volume des ressources qui seraient disponibles pour des actions nouvelles si, en conservant simplement le niveau actuel des financements apportés par les ménages et par l'Etat, on diminuait les coûts en adoptant l'une des options présentées dans les colonnes.

Dans la seconde partie de ce tableau, on indique quelle pourrait être l'utilisation de ces fonds. Quelques précisions s'imposent ici.

Pour que la PPM puisse passer tous ses marchés à la suite d'appels d'offres sur le marché international, elle aura besoin d'un fonds de roulement, dont le niveau dépendra de son chiffre d'affaires (donc de l'option choisie). On admet ici que ce fonds de roulement devrait être approximativement égal à la moitié du chiffre d'affaires prévu, soit 4 milliards FCFA dans l'option ACTIVITE ACTUELLE + PRIX MS, 650 millions seulement dans l'option ACTIVITE ACTUELLE + PRIX MS + PRIVE (puisque le secteur privé fait tout le reste du chiffre d'affaires, comme on l'a précisé dans le commentaire du tableau 23), et 4,8 milliards dans l'option ACTIVITE MAJOREE + PRIX MS. Comme il est légitime de supposer que la croissance de l'activité du service de santé qu'entraînerait la nouvelle politique d'approvisionnement ne se produira qu'en deux ou trois ans, on prévoit de consacrer 2 milliards FCFA au fonds de roulement de la PPM dans l'option ACTIVITE ACTUELLE + PRIX MS (qui décrit à peu près la situation de la première année suivant la décision), et rien de plus dans l'option ACTIVITE MAJOREE + PRIX MS, qui se réalisera plus tard (la PPM disposera alors déjà des 2 milliards affectés à son fonds de roulement dès la première année).

On prévoit de consacrer environ 1,5 milliard, dès la première année, à la rénovation des formations. L'ordre de grandeur a déjà été justifié plus haut. En considérant à nouveau ici que l'option ACTIVITE MAJOREE + PRIX MS se réalisera avec un décalage d'un ou deux ans par rapport à l'option ACTIVITE ACTUELLE + PRIX MS, on prévoit que l'effort de rénovation (éventuellement converti en effort d'équipement des formations en matériel de laboratoire par exemple) pourra être poursuivi, à un niveau de l'ordre de 600 millions annuellement, les années ultérieures. L'option ACTIVITE ACTUELLE + PRIX MS + PRIVE, plus coûteuse pour la population qui paie au prix fort une grande partie de ses achats en médicaments, est également moins intéressante dans le domaine de la rénovation des équipements et de l'équipement des formations: elle ne permet d'y affecter qu'environ 750 millions en première année (la moitié de ce qu'autorise l'option ACTIVITE ACTUELLE + PRIX MS).

Dans les trois options, on réserve la même somme au fonctionnement courant des formations, asphyxiées depuis une décennie par manque de moyens de ce genre. L'ordre de grandeur a, lui aussi, été justifié plus haut.

Quant aux primes versées au personnel, on a donné plus haut les raisons qui les rendent nécessaires. On admet ici qu'elles doivent être mises en vigueur en même temps que sera prise la décision concernant la nouvelle politique pharmaceutique: les agents devront s'adapter à la prescription en DCI et à la gestion des magasins santé; ils devront immédiatement être encouragés aux efforts nouveaux qui leurs seront demandés, après tant d'années de laisser aller. Mais, comme on l'a déjà indiqué, les primes devront être attribuées sur des critères liés uniquement au volume et à la qualité de l'activité des formations sanitaires: c'est donc lorsque seront enregistrés les niveaux d'activité de l'option ACTIVITE MAJOREE + PRIX MS que ces primes atteindront leur montant maximum, que l'on estime devoir être de 50% de la masse des salaires; pour cette raison on prévoit que les primes représenteront 1,5 milliard dans l'hypothèse ACTIVITE MAJOREE + PRIX MS.

En résumé, le coût de chaque option augmenté des dépenses nouvelles dont il vient d'être question n'atteindrait pas le coût actuel des services de santé, sauf dans l'option où subsiste un secteur privé de distribution pharmaceutique. Dans les deux autres cas, il est possible d'alléger la charge actuelle, d'environ 2 milliards (ordre de grandeur: 10% des dépenses actuelles) dans l'option ACTIVITE ACTUELLE + PRIX MS, d'environ 3,5 milliards dans l'option ACTIVITE MAJOREE + PRIX MS. Cependant, on le rappelle, les deux options ne sont pas alternatives, mais doivent se succéder.

Les mesures nouvelles envisagées sont donc compatibles avec une réduction limitée du coût actuel de la santé.

6.3.2 Esquisse des modalités de mise en oeuvre

La solution dont on vient de voir l'intérêt considérable peut être mise en oeuvre par un petit nombre de dispositions, dont

Tableau 25

UTILISATION DES MOYENS DEGAGES PAR LA SOLUTION PROPOSEE

=====

RESUME DU TABLEAU 23

=====

OPTION	ACTIVITE ACTUELLE + PRIX MS	ACTIVITE ACTUELLE + PRIX MS + PRIVE	ACTIVITE MAJOREE + PRIX MS
(1) COÛTS RECURRENTS DE L'OPTION (avec les charges fixes actuelles)	9.884.595.000	13.855.720.000	9.598.575.000
(2) FINANCEMENT ACQUIS			
Recouvrement des coûts	475.260.000	475.260.000	746.750.000
Pratique privée	241.920.000	241.920.000	362.400.000
Médicaments	4.069.575.000	9.081.000.000	4.763.375.000
Etat	4.500.000.000	4.500.000.000	4.500.000.000
Total	9.287.955.000	14.298.160.000	10.317.525.000
(3) SOLDE : (3)=(2)-(1)	402.460.000	442.460.000	713.950.000
(4) COÛTS RECURRENTS ACTUELS	16.774.720.000	16.774.720.000	16.774.720.000
(5) DISPONIBLE POUR ACTIONS NOUVELLES (5) = (4)-(1)	7.890.125.000	2.919.000.000	7.176.145.000

=====

DEPENSES NOUVELLES DONT LE
FINANCEMENT SERAIT POSSIBLE

=====

FONDS DE ROULEMENT POUR LA PPM	2.000.000.000	250.000.000	[*]
RENOVATION DES FORMATIONS	1.500.000.000	750.000.000	600.000.000
FONCTIONNEMENT COURANT DES FORMATIONS	1.500.000.000	1.500.000.000	1.500.000.000
PRIMES VERSEES AU PERSONNEL	500.000.000	500.000.000	1.500.000.000

[*] Comme on doit supposer que la mise en oeuvre pratique de la stratégie concernée demandera plus d'une année, il est logique d'admettre que la reconstitution du fonds de roulement de la PPM sera faite la première année, avant que ne se manifeste l'augmentation de la fréquentation qui caractérise la variante ACTIVITE MAJOREE + PRIX MS.

aucune n'exige des modifications considérables de l'organisation actuelle des services de santé.

1°) la PPM conserve son monopole d'importation; mais il lui est imposé de ne plus s'approvisionner qu'en DCI et par appels d'offres sur le marché international.

Sur ce point, le Mali dispose déjà d'une expérience: depuis plusieurs années les 6ème et 7ème régions sont approvisionnées dans ces conditions. Aussi, les procédures à suivre sont connues, et elles peuvent être, lorsque cela paraîtra souhaitable, transférées dans un délai raisonnable de l'assistance technique à la société, qui ne dispose pas, pour l'instant, d'une grande expertise dans ce domaine.

Il en va de même en ce qui concerne la formation des prescripteurs à l'emploi des DCI, comme la formation de certains agents du système de santé à la gestion des magasins santé: l'expérience acquise, sur ce point, tant en 6ème et 7ème régions que dans trois cercles de la 5ème, est généralisable. C'est d'ailleurs bien ce qui est prévu dans les récents accords avec le FED, à propos des 4ème et 5ème régions dans leur ensemble.

2°) la PPM approvisionne des magasins santé, situés au sein ou à proximité des formations sanitaires, et gérés soit par des agents spécialement recrutés, soit par des agents du système public de santé.

Ici, à nouveau, les expériences conduites au Mali demandent seulement à être étendues. Elles montrent, et ceci est d'une importance considérable, que les fonctions de prescripteur et les fonctions de gérant du magasin santé doivent être dissociées: cette solution est la seule qui permette d'obtenir la possibilité d'un contrôle séparé de la gestion du magasin santé, et ce contrôle est absolument indispensable. Cet enseignement tiré des expériences maliennes doit être retenu, même si certains croient pouvoir mettre en oeuvre l'Initiative de Bamako en mélangeant les tâches et les attributions.

Les expériences du Mali permettent aussi de disposer sans délai des modèles des documents à utiliser pour la gestion des magasins santé, pour l'enregistrement des malades, pour la notification des prescriptions, etc. Elles fournissent également tout ce qui est nécessaire en matière de logiciels de traitement statistique des données relatives à la pathologie traitée et à la prescription, et de traitement des stocks physiques et des données comptables et financières.

Les médicaments prescrits par un professionnel autorisé, sur un carnet à souche portant son identification, sont fournis au malade, qui se présente au magasin santé, à un prix fixé par l'administration.

3°) les prix des médicaments sont établis de telle sorte qu'ils couvrent non seulement le prix CAF/Bamako, les frais de transport à l'intérieur du Mali, les frais de magasinage et de

perte ou avarie, mais encore une partie des frais de fonctionnement des formations sanitaires desservies par le magasin santé; on peut facilement estimer ces frais et les convertir en un pourcentage utilisé pour majorer le prix CAF/Bamako.

Sur ce point, encore, les expériences maliennes montrent qu'aucune difficulté ne s'oppose à leur généralisation. Par exemple, l'approvisionnement des 6ème et 7ème régions est effectué à des prix qui sont, en 1987, les prix CAF/Bamako obtenus à l'issue des appels d'offres, multipliés par 1,288 pour couvrir les frais de transport, magasinage et perte ou avarie. Le prix de vente par la PPM aux magasins santé seraient fixés par une disposition de ce genre, avec un coefficient multiplicateur supérieur si l'on doit prévoir un prélèvement destiné à la constitution du fonds de roulement évoqué plus haut.

En ce qui concerne les prix de vente au public par les magasins santé, on doit simplement envisager que soient modifiées les dispositions actuelles, pour inclure dans le coefficient multiplicateur une majoration à définir pour couvrir une partie des frais de fonctionnement des formations sanitaires.

Le chiffre d'affaires pharmaceutique actuel étant de l'ordre de 12 milliards, et le chiffre des ventes de médicaments aux prix actuels des magasins santé étant, dans l'hypothèse ACTIVITE ACTUELLE + PRIX MS, de l'ordre de 4 milliards, l'application d'un coefficient inférieur à 3 au prix CAF/Bamako résultant des appels d'offres dégagerait la marge qui est nécessaire pour financer les actions nouvelles évoquées plus haut.

Il est peut-être utile de rappeler ici les résultats des études de cas qui ont servi à justifier et à définir l'Initiative de Bamako [27]:

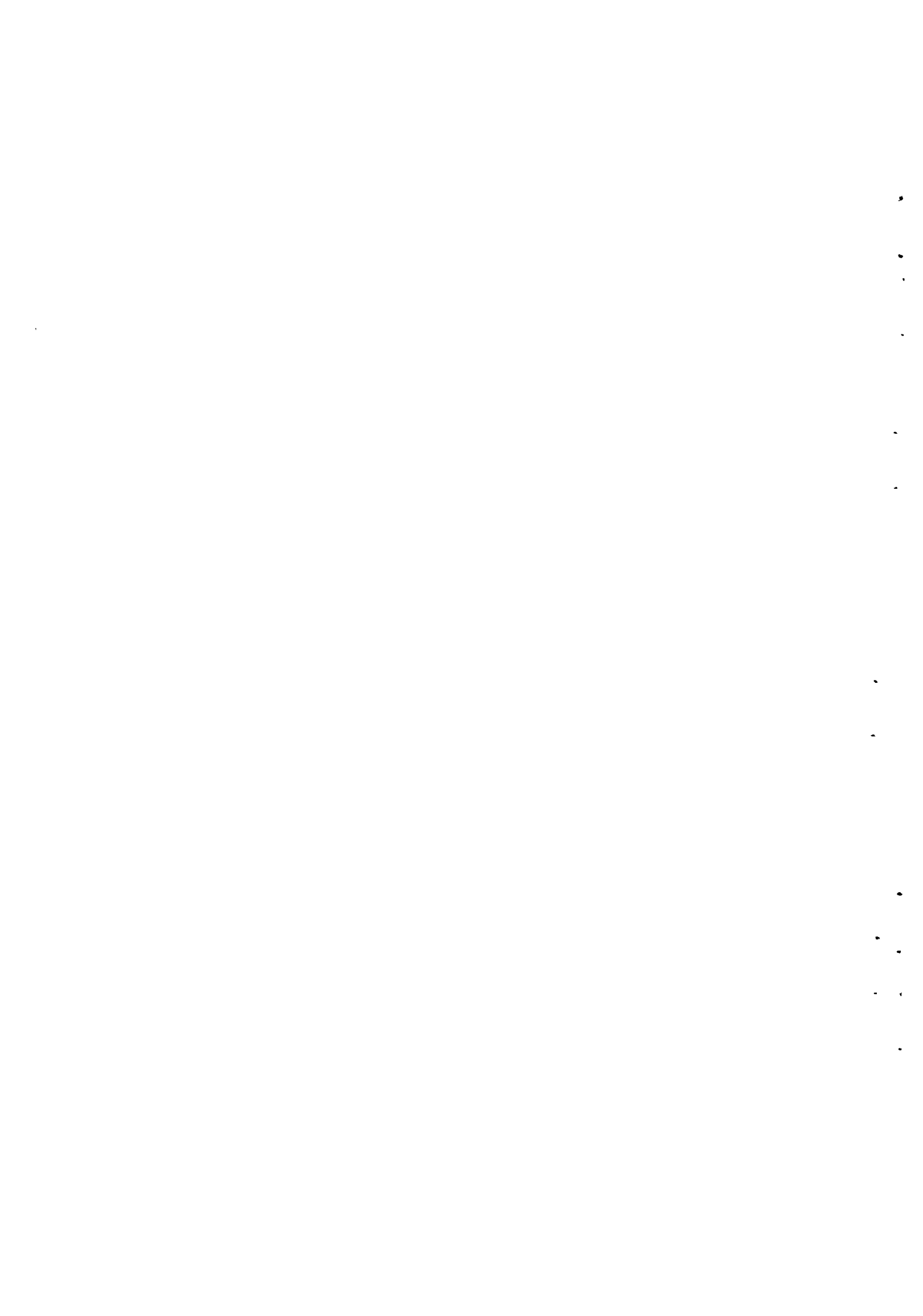
- au Bénin, le prix demandé pour les traitements est en moyenne trois fois le prix de revient des médicaments correspondants; en pratique, le coefficient multiplicateur varie selon le traitement, et par exemple il est de 1 pour les sachets de réhydratation par voie orale, mais de 5 à 8 pour le traitement des parasitoses par le mebendazole;

- au Ghana et au Zaïre, le prix des médicaments vendus par les comités sanitaires est calculé de façon à permettre à ces derniers de réaliser un bénéfice de 100% (le prix de vente est donc le double du prix d'achat).

4°) les recettes du magasin santé sont gérées par le comité de gestion du centre de santé; c'est ce dernier qui les utilise pour prendre en charge les dépenses de fonctionnement courant, ou de rénovation, ou d'équipement, ainsi que les primes versées au personnel.

Pour cela, il doit être prévu que les recettes du comité de gestion ne sont pas reversées au Trésor Public, mais déposées sur un compte en banque individualisé. Il va de soi qu'un comptable public peut être chargé du contrôle a posteriori de la gestion de

ces fonds. Par ailleurs, cette organisation suppose que le médecin chef exerce pleinement ses pouvoirs en matière de contrôle technique des actions entreprises, d'une part, et ses responsabilités de supérieur hiérarchique de tous les agents du service public de la santé de sa circonscription (en matière notamment d'appréciation des mérites individuels au regard des critères d'attribution des primes).



Résumé

L'objectif essentiel de l'étude était de parvenir à dégager des perspectives pour le financement des coûts récurrents de la santé. Cet objectif valait pour les trois pays dans lesquels le travail a été entrepris en 1987 (Mali, Costa Rica et Jamaïque), mais les méthodes et étapes nécessaires pour l'atteindre devaient être adaptées à la situation de chacun.

Dans le cas du Mali, il est apparu indispensable de commencer par la construction d'un tableau d'ensemble des financements consacrés à la santé, et de mener en même temps un certain nombre d'études de cas, dans des formations sanitaires sélectionnées, pour recueillir les données de base sans lesquelles la réflexion est impossible. Il est en effet immédiatement apparu:

- que ne sont connus, dans leurs grandes masses, que les financements publics, alors que les dépenses des ménages, au moins en ce qui concerne les coûts de fonctionnement, sont jugées plus importantes par certains observateurs, et que les sources extérieures sont de plus en plus sollicitées même pour le financement des dépenses courantes;

- que les coûts unitaires enregistrés dans la plupart des formations sanitaires sont inutilisables pour une projection des dépenses futures, notamment parce que la productivité du travail et la qualité du service sont beaucoup trop faibles.

Pour ces raisons, on a envoyé dans chaque région, dans chaque chef-lieu de cercle, dans chaque direction nationale, dans chaque service rattaché, dans la plupart des représentations des coopérations bilatérales, des institutions internationales et des organisations non gouvernementales, un enquêteur chargé de relever les données disponibles, concernant les années 1983 à 1987, et relatives aux activités des formations sanitaires et à leur financement (montant des principales ressources par origine et dépenses par nature et source de financement).

Parallèlement, les études de cas sur le financement des services de santé (l'hospitalisation dans le projet de développement sanitaire des cercles de Kita, Bafoulabé et Kéniéba, le fonctionnement courant des formations et les médicaments dans les sixième et septième régions, et dans certains cercles de la cinquième...), l'activité et la rémunération des aides-soignants, hygiénistes-secouristes et matrones, l'hospitalisation dans des hôpitaux secondaires, régionaux ou nationaux (San, Mopti, Point G), l'activité et le coût de laboratoires hospitaliers (San, Mopti, Point G), etc, ont été entreprises.

1. Tableau d'ensemble du financement de la santé

Ce tableau a été construit pour fixer les ordres de grandeur des principaux flux financiers du secteur de la santé. Il utilise les informations qu'on a pu recueillir auprès des administrations (publiques et privées, nationales ou étrangères) concernées, et qu'on a tenté de vérifier chaque fois que cela était possible; il utilise également les données provenant d'enquêtes directes auprès des ménages. Ce tableau d'ensemble permet aussi d'éclairer quelques aspects particuliers de la situation du secteur de la santé, parmi ceux qui sont souvent passés sous silence dans les débats relatifs à la politique de santé: le rôle effectif de l'Etat, la généralisation de la tarification des prestations, le coût réel du médicament, le financement de l'investissement.

1.1 Principaux postes

Pour l'année 1986, l'ordre de grandeur des dépenses de fonctionnement du secteur de la santé serait le suivant (on comparera à [2] pour apprécier l'importance des révisions auxquelles il a été procédé à l'occasion de cette étude, par rapport à la première tentative de ce genre, et on trouvera dans [3] des précisions supplémentaires sur les évaluations ici utilisées):

Financement public	en millions FCFA
Etat (budget national + budgets régionaux)	4.200
Autres sources publiques	90
Opérations de développement	8
INPS	380

	4.678
 Budgets familiaux	
Tarification	236
Médicaments modernes	12.000
Médecine traditionnelle	2.000
Honoraires privés clandestins	500
Transport pour raison de santé	300

	15.036
 Aide extérieure	542
 Total	20.256

Ce sont donc les familles qui supportent d'ores et déjà les trois quarts des dépenses de santé. Et ces dépenses atteignent probablement 2700 FCFA par habitant en moyenne annuelle. La gratuité des soins de santé n'est qu'une fiction.

Le principal poste est, de loin, celui des achats de produits pharmaceutiques, qui pèsent sur les budgets privés beaucoup plus

qu'on ne l'imagine. Alors que la valeur des ventes est officiellement de l'ordre de 6 milliards FCFA (en 1986 et en 1987), ce qui correspond à environ 800 FCFA par habitant, les enquêtes directes auprès de la population donnent une dépense pharmaceutique par habitant bien supérieure, plus du double. Les enquêtes anciennes donnent une dépense de médicaments quatre à huit fois supérieure au chiffre officiel des ventes pharmaceutiques; les plus récentes, une dépense de médicaments deux à trois fois supérieure.

Ces écarts s'expliquent par plusieurs phénomènes parfaitement identifiés: vente des produits de la PPM à des prix supérieurs à leurs prix officiels, vente de produits importés clandestinement de plusieurs pays voisins ou européens, vente au public de produits appartenant à la dotation en nature des formations sanitaires publiques ou des projets, notamment. Quel que soit le mécanisme, il aboutit toujours à faire payer le médicament par le malade ou sa famille. Il faut conclure que les familles paient au moins 12 milliards FCFA pour les médicaments modernes, prescrits ou auto-consommés.

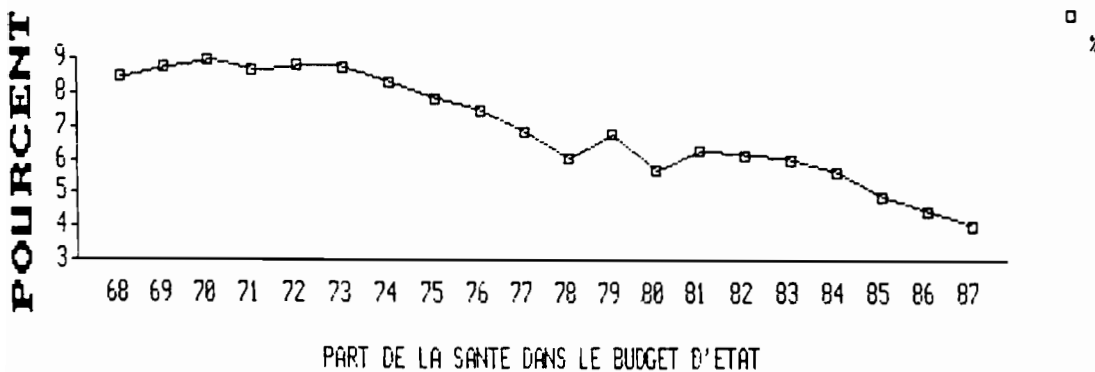
Le second poste important est celui de la médecine traditionnelle. Certains chiffres avancés à ce sujet traduisent plus la faveur dont bénéficie, auprès des politiciens et de certains experts, la médecine traditionnelle -- au moins tant qu'elle ne demande à l'Etat que de bonnes paroles-- que le souci d'une évaluation réaliste. En utilisant les rares enquêtes directes auprès de la population, nous estimons que les dépenses liées à la médecine traditionnelle ne dépassent pas 2 milliards FCFA annuellement.

Les autres postes sont de taille plus modeste: environ 500 millions FCFA pour la pratique privée clandestine de la médecine, environ 236 millions au titre de la tarification pratiquée par l'ensemble des formations sanitaires (estimation d'après une enquête auprès de toutes les formations sanitaires), environ 300 millions pour les dépenses de transport liées à la santé.

1.2 Rôle du financement public et de la tarification

Il n'est pas possible de savoir quelle était exactement la contribution de l'Etat au financement des dépenses de santé il y a vingt ou trente ans. Ce qui est sûr, c'est que l'effort de l'Etat n'a cessé de s'affaiblir, en tous cas depuis 1970: un examen détaillé des données disponibles concernant le budget du Ministère de la Santé Publique conduit à conclure que la santé représentait presque 9% du budget national au début des années 1970, et que cette part relative a diminué de moitié depuis lors. Seules des présentations artifi-

cieuses permettent de masquer cette situation, que résume le graphique ci-dessous.



Cette évolution explique que l'Etat n'ait plus qu'une participation symbolique au financement des investissements qui sont réalisés dans le secteur de la santé (9% en 1987, contre 24% en 1984 et 52% en 1983), et qu'il ait grand peine à maintenir sa contribution (d'environ 40%) aux dépenses récurrentes. En pratique, l'Etat se limite au paiement des salaires de ses fonctionnaires travaillant dans la santé, et à un concours financier de principe à certaines autres dépenses courantes. De fait, les formations sanitaires ne reçoivent plus depuis des années les crédits de fonctionnement qui leur permettraient de mener leurs activités normales. Plus grave, comme chacun sait, les salaires ne sont payés, depuis 1986, qu'avec des retards de plusieurs mois.

Les services de santé étaient donc inexorablement gagnés par l'asphyxie, et n'ont dû de survivre, dans l'état dans lequel ils sont actuellement, qu'à la mise en oeuvre d'une tarification des prestations. Le décret n° 243/PG.RM du 19 septembre 1983 a édicté une tarification des actes des hôpitaux, et a laissé aux conseils de gestion des centres de santé la responsabilité de fixer, eux aussi, des tarifs, qui simplement ne doivent pas dépasser ceux des hôpitaux. Toutes les formations qui ont conservé une activité le doivent donc, en réalité, aux contributions des malades ou de leurs familles. Bien entendu, la complexité des tarifs et celle des critères de gratuité, les retards de salaire, le poids des relations personnelles dans la société, et la rareté des compétences en gestion dans le secteur public font que le coût des soins pour les malades est totalement aléatoire et que l'utilisation des sommes recouvrées ne peut pas être décrite. On ne trouve trace, dans les comptes des hôpitaux et centres de santé, que de moins de 300 millions de FCFA en 1986 au titre de ces recettes.

La réalité de la tarification ne doit cependant pas être oubliée. Dans certaines régions (les sixième et septième depuis près de quatre ans, une partie de la cinquième depuis trois ans, une partie de la première depuis quatre ans, l'ensemble de la seconde depuis un an), la tarification est liée à une tentative de relance, ou de développement, des services de santé. Dans beaucoup d'autres cas, la tarification existe tout autant, et permet de financer le fonctionnement courant des formations sanitaires.

2. Perspectives d'avenir

La seconde partie de l'étude est consacrée à l'examen des idées qui ont été avancées pour faire face à la crise du financement des services de santé. Elle montre que certaines idées, intéressantes au premier abord, constituent dans le cas présent autant de fausses solutions. Elle montre aussi qu'il y a incontestablement, dans l'Initiative de Bamako, une opportunité à saisir, à condition que soient respectées certaines conditions.

2.1 Fausse solutions

La réflexion sur les perspectives d'évolution de la structure de l'économie malienne et de ses finances publiques montre d'abord que les solutions telles que l'assurance maladie, la mutualité, et le financement public décentralisé, ne sont pas à la hauteur du problème.

L'assurance maladie et la mutualité ne peuvent, en pratique, concerner que des salariés. L'Etat a, en principe, pris vis-à-vis des formations sanitaires publiques des engagements qui constituent, notamment en cas d'hospitalisation, une forme d'assurance maladie pour les fonctionnaires et les militaires. Mais ces engagements ne sont pas tenus, et on ne voit pas comment ils le seraient dans les années à venir. Quant au nombre de salariés autres que les fonctionnaires et militaires, il ne dépasse pas 100 000 actuellement au Mali, et il est extrêmement peu probable qu'il augmente significativement au cours des dix prochaines années. L'assurance maladie et la mutualité ne peuvent donc concerner qu'entre un demi-million et un million de personnes. En outre les conditions actuelles de la gestion de l'INPS interdisent tout développement de ses activités dans le domaine de la santé, puisque plus de la moitié des cotisations est engloutie en charges administratives. Même si l'on parvenait à économiser environ deux milliards sur les frais de gestion de l'INPS, ce qui est parfaitement possible, ce gain ne bénéficierait pas qu'à l'assurance maladie, dont le rôle restera nécessairement limité à un étroit segment de la population malienne. Et il doit être clair, en l'état actuel de la société malienne, qu'on ne parlera d'instaurer des régimes d'assurance maladie ou de mutualité pour les indépendants et les paysans que pour masquer la création d'un impôt nouveau sans contrepartie pour les assujettis.

Le recours à des financements publics décentralisés a déjà été longuement expérimenté au Mali, avec le rôle dévolu, à certaines époques, aux APE, FGR et CAC notamment, et avec les engagements pris récemment par certains comités de développement. Ces expériences ont toutes tourné court. En 1988, la création d'une taxe unique de développement régional et local s'est accompagnée de l'ouverture au budget de l'Etat d'un compte d'affectation spéciale, ce qui signifie que les fonds seront gérés depuis Bamako. En outre, il est interdit d'imputer au fonds de développement régional et local des dépenses relatives au paiement de traitements ou indemnités à des agents de l'Etat, ou des collectivités, établissements ou entreprises publiques (loi n° 88-65, art. 12). Enfin, les sommes qui pourraient être

consacrées à la santé seront nécessairement limitées. Pour fixer les idées, prenons un montant moyen de 1600 FCFA par imposable, un nombre d'imposables égal à 35% de la population totale, et un taux de recouvrement de l'impôt de 70%. Alors le produit de cette taxe sera de l'ordre de 3 milliards et l'on ne peut pas imaginer que les comités de développement en consacreront plus du tiers à la santé. Le financement public décentralisé pourrait donc peut-être apporter une contribution au financement de certaines dépenses de fonctionnement, mais n'est pas une solution au problème d'ensemble qu'affronte le système de santé.

A cela, il faut ajouter, sans que d'amples explications soient nécessaires, que la privatisation de l'exercice de la médecine, dans les conditions actuellement prévues, est clairement incapable de décharger les services de santé publics. Le tarif fixé par l'arrêté interministériel n° 3344/MFC-MSPAS du 15 décembre 1986 pour la consultation de généraliste, par exemple, représente environ 8 pour 100 du produit national brut par habitant (environ 4000 FCFA sur 54 000), alors que le tarif en vigueur en France, où plus de 90% de la population est couverte par un régime d'assurance maladie, ne représente que 2 pour 1000 du PNB par habitant (environ 120 FF sur 65 000). La médecine privée malienne est donc réservée à une frange de Maliens exceptionnellement riches par rapport à l'ensemble de leurs compatriotes. Quant à la privatisation de la pharmacie, elle n'aura d'intérêt pour la santé publique que le jour où il sera prouvé que le coût de la distribution privée est plus faible que le coût de la distribution publique: avec les marges fixées, après consultation des intéressés, par l'arrêté interministériel n° 5024/MFC-MSPAS, il est clair que la démonstration reste à faire.

A propos, enfin, du recouvrement des coûts, c'est-à-dire en pratique une généralisation de la tarification et une élévation des tarifs, des calculs rapides mais suffisants ont montré que, compte tenu des niveaux extrêmement faibles de la fréquentation, il est incapable, même si l'on triplait le niveau des tarifs, de produire plus d'un milliard de FCFA, en ordre de grandeur. Il est si évident qu'un triplement des tarifs par rapport à leur niveau actuel est socialement impossible qu'on doit se rendre à l'évidence: la solution n'est pas d'abord dans le recouvrement des coûts, elle est d'abord dans la réduction des coûts.

2.2 Une opportunité à saisir

Au moment où était élaborée la stratégie désormais connue sous le nom d'Initiative de Bamako, l'étude mettait en évidence l'ampleur du gain à attendre, pour la population malienne, d'une politique pharmaceutique fondée sur les médicaments essentiels et sur un approvisionnement par appel d'offres sur le marché international.

Les expériences menées au Mali depuis plusieurs années, notamment dans les première, cinquième, sixième et septième régions, sont plus vastes et plus anciennes que celles sur lesquelles l'UNICEF s'est fondé pour démontrer la viabilité de l'Initiative de Bamako. L'analyse de ces expériences maliennes montre que l'approvisionnement pharmaceutique aux conditions de la PPM (préférence pour les

spécialités, préférence pour les achats de gré à gré) coûte au Mali en ordre de grandeur quatre fois ce que ce pays y consacrerait s'il appliquait effectivement sa stratégie des médicaments essentiels et utilisait la procédure bien connue des appels d'offres sur le marché international. Le choix des produits intervient pour environ la moitié de la différence, et les écarts de prix pour l'autre moitié.

Ces expériences montrent également que la disponibilité des médicaments prescrits est sans doute le moyen de lutter contre la désaffection dont souffrent les services de santé: les taux de fréquentation des services de santé retrouvent des valeurs qui, tout en restant faibles, sont sensiblement supérieures à celles qu'on a constatées au Mali depuis une décennie. Alors même que notre enquête a permis d'augmenter d'au moins 50% les estimations antérieures provenant du Ministère de la Santé, elle aboutit à des taux de fréquentation extrêmement faibles: pour les 4,8 millions d'habitants des cercles ne disposant pas d'un hôpital, on a dénombré un peu plus de 700 000 consultants, ce qui correspond à un taux de fréquentation des consultations 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 pour cent. Au total moins d'un Malien sur trois a aujourd'hui, dans l'année, un contact avec les services de santé; cette proportion était supérieure à un sur deux en 1974.

Cette constatation a servi de base à la suite de l'étude, dans laquelle on a cherché à mesurer quels niveaux de fréquentation et d'activité pourraient être atteints si l'on décidait d'appliquer au Mali l'Initiative de Bamako: politique des médicaments essentiels acquis au coût le plus bas, gérés par les communautés et vendus de façon à dégager une marge permettant de financer les activités de soins de santé primaires (spécialement, mais pas exclusivement, les soins maternels et infantiles). Les résultats de cette approche font apparaître:

- que les taux de fréquentation des centres de santé d'arrondissement doivent pouvoir être triplés et ceux des centres de santé de cercle augmentés de moitié, ceux des hôpitaux étant multipliés par deux pour la population hors de Bamako, en ordre de grandeur, à partir du moment où les malades seraient assurés de trouver des médicaments à prix abordable;
- que le coût de l'approvisionnement en médicaments, aux prix des magasins santé installés au Mali (sixième et septième régions, ou cinquième région), correspondant à cette activité sensiblement augmentée, ne dépasserait pas 40% du coût actuel des médicaments pour la population;
- que la conservation d'un secteur privé de distribution des spécialités demandées par la prescription privée ou l'automédication ne présente aucun intérêt économique (a-t-elle un intérêt de santé publique?): ce sera pour la population malienne une dépense supplémentaire de 4 milliards FCFA, pour le pays une dépense d'autant en devises, au seul profit des firmes pharmaceutiques étrangères fabriquant les spécialités, et des détaillants maliens;

- que, dans les conditions d'un approvisionnement aux prix des magasins santé, le coût total des services de santé ne dépasserait pas, pour une activité sensiblement plus forte, assurant une prise en charge meilleure des besoins réels de la population, l'ordre de grandeur de 10 milliards FCFA, alors que le pays y consacre aujourd'hui plus de 17 milliards;

- que, par conséquent, on peut envisager, grâce à une politique effectivement inspirée de l'Initiative de Bamako, de modifier très sensiblement le niveau quantitatif et qualitatif de l'activité sanitaire, en réaffectant les moyens financiers que la population du Mali y consacre: réduction du coût des médicaments par l'adoption effective de la politique des médicaments essentiels comme seule politique nationale d'approvisionnement, et affectation des sommes ainsi économisées à des dépenses telles que l'entretien et le fonctionnement courant des formations sanitaires, ainsi que la rémunération du personnel sanitaire.

Ainsi, il apparaît qu'il est possible de faire une économie d'environ 7 milliards sur les dépenses actuelles que la population consacre aux médicaments. On est en droit d'imaginer que cette somme puisse être utilisée, au moins en partie, pour rendre aux formations sanitaires les moyens de fonctionner, et redonner au personnel de la santé publique à la fois sa dignité professionnelle et une rémunération décente gagnée honnêtement.

2.3 Conditions de réussite

De telles perspectives pour le système de santé malien ne sont pas fantaisistes, même si leur mise en oeuvre peut exiger des analyses plus approfondies que celles qui ont été résumées ci-dessus. Les principes de l'Initiative de Bamako sont adaptables à la situation du Mali, par exemple dans les conditions suivantes:

1°) la PPM conserve son monopole d'importation, parce que le Mali est, sur les marchés internationaux, un petit client avec ses 7 à 8 millions d'habitants (multiplier les importateurs ne peut signifier que multiplier les rentes et profits); mais il est imposé à la PPM de ne plus s'approvisionner que par appels d'offres, et, en ce qui concerne les médicaments essentiels, en DCI; on doit évidemment supposer que la PPM est capable de se comporter en acheteur averti des procédures du marché international, de contrôler la qualité des offres, et de se décider régulièrement, à qualité donnée, en faveur du moins-disant;

2°) en ce qui concerne les médicaments essentiels, des exceptions au monopole d'importation reconnu à la PPM sont accordées à des ONG, pour des opérations allant par exemple jusqu'à 20% du volume total des importations de ces médicaments; les ONG bénéficiant de cette dérogation communiquent au Ministère de la Santé les conditions de leurs achats, de façon à ce que ce dernier dispose d'une information contradictoire sur les conditions du marché international;

3°) la PPM retire de son catalogue toute spécialité utilisant le même

principe actif que le médicament essentiel qu'elle importe en DCI par appel d'offres sur le marché international; d'ores et déjà, le projet de contrat-plan entre la PPM et l'Etat prévoit des dispositions de ce genre pour une soixantaine de médicaments essentiels;

4°) la PPM approvisionne en médicaments essentiels des magasins santé situés au sein ou à proximité des formations sanitaires, et gérés soit par des agents spécialement recrutés, soit par le personnel du service public de santé; le prix de vente des médicaments par la PPM est fixé, à partir du prix CAF/Bamako, à l'aide d'un coefficient fixé par les autorités sanitaires régionales; chaque cession de la PPM à un magasin santé se fait au comptant et donne lieu à versement par la PPM à la formation sanitaire la plus proche du lieu où est installé le magasin concerné d'une fraction convenue du montant de la transaction;

5°) ces magasins bénéficient d'une totale autonomie de gestion, même s'ils ont été installés au sein ou à l'initiative d'une administration ou collectivité publique; ils peuvent même être tenus par des commerçants agréés par les autorités sanitaires locales; leur seul engagement, et le seul point sur lequel s'exerce le contrôle des pouvoirs publics est le suivant: le gestionnaire ne vend que les produits figurant sur une liste établie par les autorités sanitaires locales; le prix de vente des médicaments est libre, et, à l'initiative des autorités sanitaires locales, le nombre de magasins santé peut toujours être augmenté pour accroître la concurrence;

6°) les sommes versées par la PPM aux formations sanitaires sont gérées par le comité de gestion de chaque formation concernée; ce comité de gestion a une caisse ou un compte en banque particulier, distinct de ceux de toute administration; les recettes provenant de la vente des médicaments peuvent servir à couvrir des dépenses de fonctionnement ou de rénovation, des achats de matériel, ou le versement de suppléments de salaire au personnel de la formation; la seule restriction à la liberté de décision du comité de gestion est la suivante: les suppléments de salaire ne peuvent être fondés que sur le niveau et la qualité professionnelle de l'activité des agents de la santé (tout supplément indépendant d'un critère explicite de volume d'activité ou de qualité est considéré comme détournement de fonds);

7°) le médecin-chef exerce la totalité de ses attributions en matière de contrôle technique des actions entreprises à l'initiative du comité de gestion, d'une part, et la totalité de sa responsabilité de supérieur hiérarchique de tous les agents du service public de la santé de sa circonscription (jusques et y compris en matière d'appréciation des mérites individuels à propos de l'attribution des suppléments de salaire);

8°) un comptable public est chargé du contrôle a posteriori de la gestion des fonds.

Bibliographie

- [1] RASERA Jean-Bernard: Mali Public Expenditure Review Mission, Revue du secteur santé, Banque mondiale, juin 1986, 17 p. + annexes.
- [2] La couverture collective des dépenses de santé, Cabinet du Ministère de la Santé, 1988.
- [3] Mali: Gestion des ressources publiques, Banque Mondiale, 15 octobre 1986, 50 p. + annexes (voir notamment p. 48).
- [4] J. BRUNET-JAILLY, A. ROUGEMONT, G. ELLENA: Evaluation du système malien de formation médicale: son adaptation aux objectifs du système de santé, Centre d'Economie de la Santé, Faculté des Sciences Economiques, Aix-en-Provence, pour le Ministère des Relations Extérieures-Coopération et Développement, 1985, (voir page 101).
- [5] Examen de l'utilisation des ressources dans les pays: Mali, HRG/CRU.22, 188 p. (document élaboré par un consultant de l'OMS).
- [6] MSPAS-Projet magasins santé, Rapport d'activités 1987 de Médecins sans Frontières-Belgium, 1988, 102 p. (pp. 46-47).
- [7] Dr G. KEGELS-CORNELIS: Analyse du fonctionnement et de l'organisation des centres de santé dans la zone du Projet de développement sanitaire, années 1986-1987, Projet de développement sanitaire-Medicus Mundi Belgium, Kita, mai 1988, 82 p. + annexes (p. 23).
- [8] J. BRUNET-JAILLY, T. DIARRA, G. SOULA: Les dépenses de santé dans l'économie familiale rurale, compte rendu d'une enquête réalisée dans les arrondissements de Didiéni, Dioïla et Kangaba entre avril 1986 et juillet 1987, INRSP, Bamako, janvier 1988, 99 p.
- [9] J. BRUNET-JAILLY: La consommation médicale des familles des personnels de l'enseignement et de la culture à Bamako, compte rendu d'une enquête réalisée en avril 1988 par les adhérents de la MUTEK, INRSP, Bamako, juillet 1988, 37 p.
- [10] Ministère du Plan-DNP: Plan quinquennal de développement économique et social 1987-1991, Volume I: Le diagnostic de la situation socio-économique et les grandes orientations, février 1988, 86 p. (p. 13).
- [11] Voir notamment la mise au point "Médecine privée: le diagnostic était incomplet" émanant de l'Ordre des médecins du Mali et publiée dans l'Essor du 23/3/1988.

[12] Nations Unies, Conseil Economique et Social, Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Comité du Programme, session de 1988: Recommandation au conseil d'administration pour la coopération au programme (1989-1993) "L'Initiative de Bamako", E/ICEF/1988/P/L.40.

[13] Centre d'études et de promotion industrielle: Conditions d'implantation des établissements médicaux du secteur privé au Mali, EI/020-16/86, juin 1986, 64 p.

[14] L'Essor, 23 mars 1988.

[15] MSPAS-Projet de développement sanitaire-Cellule de coordination: Séminaire sur l'ajustement structurel des services de santé, 13-16 mai 1987, 31 p. (voir les pages 25 et 26).

[16] L'Essor, 8 février 1988, p. 3.

[17] MSPAS-DNPFSS: Projet de consolidation de l'Office malien de pharmacie dans le cadre d'un système pharmaceutique national, rapport de synthèse, juin 1982, 22 p. (pp. 7 et 8).

[18] Dr Souleymane GUINDO: Rôle de la Pharmacie populaire du Mali dans la politique de distribution des médicaments, communication à l'Atelier national sur la politique pharmaceutique (12-17 janvier 1987), 5 p, (p. 1).

[19] Félix TRAORE: Les médicaments en milieu hospitalo-universitaire à Bamako, place des médicaments essentiels, thèse de médecine, ENMP, Bamako, décembre 1987, 57 p. (p. 11).

[20] Dr Hama CISSE: Politique des médicaments essentiels: leçons des deux appels d'offres, communication à l'Atelier national sur la politique pharmaceutique, 12-17 janvier 1987, documents annexes 2 et 4.

[21] G. VELASQUEZ: Etude préalable pour la mise en oeuvre du 6ème FED-Santé, Ministère de la santé-CEE, Inspection de la santé et des affaires sociales, Projet de réforme pharmaceutique, Projet n°. 5605.60.37.043, mai 1988, 37 p. (voir en particulier le bilan de la réforme pharmaceutique, pp. 30-31).

[22] Professeur B. SALL: Place de l'exercice privé dans la politique pharmaceutique, communication à l'Atelier national sur la politique pharmaceutique (12-17 janvier 1987), présentée par les Ordres Professionnels Sanitaires, 4 p.

[23] L'Essor, 2 octobre 1987, p. 4.

[24] MSPAS-Projet de développement sanitaire-Cellule de coordination: Séminaire sur l'ajustement structurel des services de santé, 13-16 mai 1987, 31 p. (p. 25).

[25] L'Essor, 9 février 1987, p. 3.

[26] Ronald J. VOGEL: Cost Recovery in the Health Care Sector, Selected Country Studies in West Africa, World Bank Technical Paper Number 82, The World Bank, Washington D.C, 1988, 192 p.

- [27] Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Conseil d'administration, session de 1988, Financement des services de santé locaux par les collectivités: expérience acquise en Afrique, référence E/ICEF/1988/CRP.2, 17 mars 1988, 25 p. (respectivement p. 8, pour l'expérience du Bénin, p. 11 pour le Ghana, p. 17 pour le Zaïre).
- [28] J. BRUNET-JAILLY: Etudes de cas sur le fonctionnement du système de santé du Mali, INRSP, janvier 1989, 186 p.
- [29] Dr G. KEGELS: Les prescriptions à la consultation externe "adultes" du CSC de Kita, 1986, non publié, 14 p. (aimablement communiqué par l'auteur).
- [30] Dr G. KEGELS: Les prescriptions à la consultation externe de Kéniéba, 1986, non publié, 9 p. (aimablement communiqué par l'auteur).
- [31] Dr G. KEGELS-CORNELIS, G. CARRIN: Etude de la prescription médicale dans les deux principales formations sanitaires de Kita-ville (centre de santé de cercle, dispensaire de la mission catholique), Projet de développement sanitaire-Medicus Mundi Belgium, février 1988, 36 p.
- [32] Rapport annuel des magasins santé, Cercle de Bankass, du 1er octobre 1986 au 30 septembre 1987, Médecins du Monde, Mopti, sans date (janvier 1988), 9 p.; Rapport annuel des magasins santé, Cercle de Koro, du 1er octobre 1986 au 30 septembre 1987, Médecins du Monde, Mopti, sans date (janvier 1988), 11 p.
- [33] J. BRUNET-JAILLY, T. DIARRA, G. SOULA: Les dépenses de santé dans l'économie familiale rurale, compte rendu d'une enquête réalisée dans les arrondissements de Didiéni, Dioïla et Kangaba entre avril 1986 et juillet 1987, INRSP, Bamako, janvier 1988, 99 p.
- [34] Plan quinquennal de développement économique et social 1981-1985, Ministère du Plan, sans date, 378 p.
- [35] Dr G. KEGELS-CORNELIS: Analyse de l'organisation et du fonctionnement des centres de santé de la zone du projet de développement sanitaire, années 1986-1987, Projet de développement sanitaire-Medicus Mundi Belgium, Kita, mai 1988, 82 p. + annexes.
- [36] Mantala SANGARE: Prescription, achat et utilisation des médicaments dans le cercle de Niono, thèse de pharmacie, ENMP, Bamako, 1989, 91 p. + annexes.
- [37] Recensement général de la population et de l'habitat (du 1er au 14 avril 1987), résultats provisoires, Ministère du plan, juillet 1987, 70 p.
- [38] Bakary Lamine DOUMBIA: L'approvisionnement en produits pharmaceutiques de l'hôpital du Point G en 1987, thèse de pharmacie, ENMP, Bamako, 1989, 80 p. + annexes.
- [39] Diagnostic de la situation du secteur de la pharmacie au Mali et orientations proposées pour son organisation, Etude pour la consolidation de l'Office Malien de Pharmacie, 16 février 1982, 42 p.

[40] Analyse financière des bilans arrêtés aux 31 décembre 1982, 1983, 1984, 1985, 1986 et 1987, Ministère de tutelle des sociétés et entreprises d'Etat, Pharmacie populaire du Mali, sans date (1988), 47 p.

[41] Sidy TRAORE: Etude de la consommation médicamenteuse dans le quartier de Bankoni, thèse de médecine, ENMP, 1989, 86 p.

[42] Dr G. KEGELS: Rapport de mission, PDS-Medicus Mundi. avril 1989.

ANNEXE 1

Comptes nationaux de la santé 1983-1987:

coûts récurrents (ensemble et par niveau)

investissements (ensemble et par niveau)

COÛTS RECURRENTS ENSEMBLE 1983

COÛT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
FRAIS DE PERSONNEL	2.139.000.018	58.468.710	58.791.670	0	882.000	291.799.344	330.000	62.306.265	7.239.150	2.618.817.157
CARBURANT LUBRIFIANT	95.263.194	341.390	5.482.695	0	74.480	0	586.645	4.481.800	1.137.033	107.367.237
ALIMENTATION	133.924.583	0	2.011.753	0	0	0	0	0	16.259.585	152.195.921
ENTRETIEN ET REPARATION	27.672.539	998.883	5.718.013	0	0	53.761.032	0	2.800.000	3.281.789	94.232.256
PRODUITS PHARMACEUTIQUES	159.620.898	120.000	27.297.569	4.440.834.680	0	253.940.712	1.914.235	3.000.000	19.567.530	4.906.295.624
PRODUITS DE NETTOYAGE	17.367.570	0	2.284.010	0	0	0	0	1.200.000	662.180	21.513.760
FOURNITURES DE BUREAU	35.868.087	40.505	4.315.869	0	410.620	40.088.304	100.000	0	439.783	81.253.168
EAU ELECTRICITE	236.671.470	159.220	3.762.150	0	0	0	0	7.000.000	469.784	248.062.624
TELEPHONE	32.904.524	0	1.372.850	0	0	3.628.416	0	0	955.972	38.861.762
PETIT MATERIEL	4.949.317	0	642.250	0	0	1.197.096	0	0	330.000	7.118.663
BOIS DE CUISINE	558.375	0	0	0	0	0	0	0	0	558.375
DEPENSES DIVERSES	35.346.748	75.500	26.457.222	0	0	0	0	0	464.430	62.343.900
FRAIS DE FORMATION	3.512.619	180.000	172.050	100.000	1.294.450	2.295.600	0	0	0	7.554.719
DEPENSES NON REPARTIES	1.848.560	0	0	0	0	0	0	0	10.662.060	12.510.560
VERSEMENTS AU TRESOR	0	0	7.529.555	0	0	0	0	0	0	7.529.555
TOTAL	2.924.508.502,00	60.384.208,00	145.837.656,00	4.440.934.680,00	2.661.550,00	646.710.504,00	2.930.880,00	80.788.065,00	61.469.236,00	8.366.225.291

COÛTS RECURRENTS ENSEMBLE 1984

COÛT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
FRAIS DE PERSONNEL	2.166.122.184	71.362.193	67.076.975	0	0	96.790.075	0	74.727.833	15.604.438	2.491.683.698
CARBURANT LUBRIFIANT	103.920.372	1.174.725	6.574.535	0	1.092.000	0	486.570	4.027.000	12.769.045	130.044.247
ALIMENTATION	137.599.963	0	190.550	0	0	0	0	0	16.095.320	153.885.833
ENTRETIEN ET REPARATION	40.165.636	1.904.525	5.261.870	0	0	29.182.876	112.500	2.260.000	8.087.307	86.974.714
PRODUITS PHARMACEUTIQUES	163.238.745	55.575	30.655.269	4.103.988.155	0	145.517.242	666.670	5.000.000	12.206.919	4.461.328.575
PRODUITS DE NETTOYAGE	7.817.584	0	1.701.301	0	0	0	0	1.200.000	806.109	11.524.994
FOURNITURES DE BUREAU	34.323.767	75.000	6.765.717	0	0	18.930.227	15.275	0	2.589.072	62.699.058
EAU ELECTRICITE	212.860.038	0	2.758.049	0	0	0	0	7.000.000	3.888.276	226.506.363
TELEPHONE	82.642.448	0	1.255.837	0	0	2.408.557	0	0	3.394.864	89.701.706
PETIT MATERIEL	7.075.027	0	2.040.827	1.550.000	0	1.976.902	1.333.330	0	3.217.672	17.193.758
BOIS DE CUISINE	1.562.125	0	0	0	0	0	0	0	0	1.562.125
DEPENSES DIVERSES	15.299.635	2.936.010	12.877.644	37.500	0	0	0	0	763.415	31.914.204
FRAIS DE FORMATION	543.606	540.000	8.542.210	0	0	224.875	331.505	13.765.741	4.069.385	28.017.322
DEPENSES NON REPARTIES	1.927.760	14.000	1.560.000	0	0	0	0	0	11.263.500	14.765.260
VERSEMENTS AU TRESOR	0	0	10.724.045	0	0	0	0	0	0	10.724.045
TOTAL	2.975.098.890	78.062.028	157.984.829	4.105.575.655	1.092.000	295.030.754	2.945.850	107.980.574	94.755.322	7.818.525.902

COÛTS RECURRENTS ENSEMBLE 1985

COÛT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
FRAIS DE PERSONNEL	2.560.913.076	78.385.854	54.227.070	278.000	0	172.689.682	2.544.524	77.962.051	25.003.906	2.972.004.163
CARBURANT LUBRIFIANT	152.407.636	500.000	8.659.642	0	1.092.000	0	6.217.575	5.796.800	22.272.560	196.946.213
ALIMENTATION	133.521.395	0	5.714.365	0	0	0	4.070.000	0	14.481.860	157.787.620
ENTRETIEN ET REPARATION	81.548.854	1.351.365	12.037.625	0	0	17.615.958	407.498	4.330.565	7.272.628	124.564.493
PRODUITS PHARMACEUTIQUES	367.346.903	19.500	25.767.605	4.730.728.944	0	238.055.125	0	3.645.000	110.068.035	5.475.631.112
PRODUITS DE NETTOYAGE	44.483.555	0	2.127.987	0	0	0	0	1.324.000	765.900	48.701.442
Fournitures de bureau	63.959.308	82.125	11.036.147	0	0	13.869.670	41.950	2.687.520	6.907.624	98.584.344
EAU ELECTRICITE	213.453.432	680.988	3.986.656	0	0	0	758.730	7.000.000	8.364.350	234.244.156
TELEPHONE	99.897.590	159.620	2.242.580	0	0	3.549.790	0	0	1.775.000	107.624.580
PETIT MATERIEL	16.304.249	0	6.675.411	10.922.516	0	1.565.766	0	0	1.629.593	37.097.535
BOIS DE CUISINE	1.606.359	0	0	0	0	0	0	0	0	1.606.359
DEPENSES DIVERSES	233.406.959	108.190	16.097.151	37.500	0	0	9.589.950	15.300.000	144.848.614	419.388.364
FRAIS DE FORMATION	1.467.524	0	0	0	32.500	2.500.000	295.000	2.534.000	3.122.719	9.951.743
DEPENSES NON REPARTIES	1.074.975	0	1.599.500	0	0	0	0	58.909.446	12.223.181	73.807.102
VERSEMENTS AU TRESOR	0	0	7.609.485	0	0	0	0	0	0	7.609.485
TOTAL	3.971.391.815	81.287.642	157.781.224	4.741.966.960	1.124.500	449.845.991	23.925.227	179.489.382	358.735.970	9.965.548.711

COÛTS RECURRENTS ENSEMBLE 1986

COÛT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
FRAIS DE PERSONNEL	2.627.471.270	77.282.499	69.868.368	0	321.300	209.875.012	56.200	127.418.617	25.954.324	3.138.247.590
CARBURANT LUBRIFIANT	183.024.609	1.906.720	10.736.865	0	1.555.500	0	7.922.680	6.341.800	21.645.785	233.133.959
ALIMENTATION	148.230.515	259.895	9.977.545	0	0	0	0	0	18.748.135	177.216.090
ENTRETIEN ET REPARATION	112.178.289	3.986.940	17.585.453	0	0	36.241.327	127.280	5.230.000	4.204.798	179.554.087
PRODUITS PHARMACEUTIQUES	274.682.286	685.505	45.424.403	6.471.193.200	0	89.791.974	1.330.663	6.811.200	111.257.140	7.001.176.371
PRODUITS DE NETTOYAGE	95.747.343	0	3.465.410	0	0	0	0	2.157.675	828.225	102.198.653
FOURNITURES DE BUREAU	60.339.611	5.200	7.203.725	0	0	27.251.538	178.735	267.710	12.614.895	107.861.414
EAU ELECTRICITE	259.074.065	568.841	4.994.183	0	0	0	2.166.570	7.000.000	7.311.675	281.115.334
TELEPHONE	126.379.172	0	2.636.225	0	0	5.921.158	51.082	0	1.956.883	136.944.520
PETIT MATERIEL	7.785.102	0	15.415.995	0	0	3.054.836	0	2.222.950	26.818.358	55.297.241
BOIS DE CUISINE	645.650	0	0	0	0	0	0	0	0	645.650
DEPENSES DIVERSES	216.364.774	1.345.075	38.955.719	37.500	18.500	0	742.623	27.698.000	2.043.725	287.205.916
FRAIS DE FORMATION	1.711.623	3.881.000	1.581.470	1.065.800	6.341.400	5.549.196	30.380.035	12.873.920	4.242.664	67.627.108
DEPENSES NON REPARTIES	1.184.800	1.199.880	1.560.000	0	0	0	0	56.174.734	7.382.981	67.502.395
VERSEMENTS AU TRESOR	0	0	7.028.845	0	0	0	0	0	0	7.028.845
TOTAL	4.114.819.109	91.121.555	236.434.206	6.472.296.500	8.236.700	377.685.041	42.955.868	254.196.606	245.009.588	11.842.755.175

COUITS RECURRENITS ENSEMBLE 1987

COUITS	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
FRAIS DE PERSONNEL	2.898.318.162	67.584.631	40.049.476	0	428.400	273.500.000	97.761.760	137.202.917	38.889.796	3.553.735.142
CARBURANT LUBRIFIANT	143.765.602	1.412.350	21.510.816	0	2.428.500	0	9.195.875	9.047.915	21.665.528	209.026.586
ALIMENTATION	85.632.708	0	4.495.910	0	0	0	0	0	50.135.387	140.264.005
ENTRETIEN ET REPARATION	90.455.114	2.528.825	19.329.605	0	0	35.000.000	2.065.420	5.904.758	15.930.451	171.214.173
PRODUITS PHARMACEUTIQUES	448.310.850	199.570	13.173.965	5.430.876.607	85.000	99.000.000	5.179.770	7.000.000	83.554.076	6.087.379.838
PRODUITS DE NETTOYAGE	76.544.711	0	7.204.762	134.800	0	0	0	1.204.500	737.000	85.825.773
FURNITURES DE BUREAU	45.810.572	68.750	11.136.342	581.855	0	30.000.000	2.700.660	810.281	5.511.040	96.619.500
EAU ELECTRICITE	289.599.771	882.560	1.644.897	0	0	0	2.291.100	7.000.000	9.381.522	310.799.850
TELEPHONE	158.524.166	0	1.842.900	0	0	6.500.000	1.140.745	10.485	1.793.196	169.811.492
PETIT MATERIEL	9.961.565	450.000	11.178.579	74.570	417.000	3.500.000	320.225	1.130.000	5.831.443	32.863.382
BOIS DE CUISINE	653.000	0	26.650	0	0	0	0	0	0	679.650
DEPENSES DIVERSES	115.955.687	1.628.250	10.516.427	37.500	0	0	1.860.617	18.537.250	15.486.050	164.021.781
FRAIS DE FORMATION	1.292.082	2.415.000	1.895.850	1.520.000	3.670.725	8.650.000	13.442.440	10.902.150	4.795.885	49.584.132
DEPENSES NON REPARTIES	220.000	1.201.440	0	0	0	0	0	88.065.765	34.406.393	123.893.598
VERSEMENTS AU TRESOR	0	0	5.432.815	0	0	0	0	0	0	5.432.815
TOTAL	4.365.043.990	78.371.376	149.438.994	5.433.225.332	7.029.625	456.150.000	135.958.612	286.816.021	288.117.767	11.200.151.717

COÛTS RECURRENTS NIVEAU 1983

COÛT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
TOTAL G.S. DE CERCLES	767.407.420	60.206.800	1.363.785	4.440.934.680	2.037.425	0	0	1.281.800	18.057.720	5.291.289.630
TOTAL DIRECTIONS REGIONALES	63.897.942	0	0	0	624.125	0	2.930.880	0	0	67.452.947
TOTAL HOPITAUX NATIONAUX	574.111.771	0	0	0	0	0	0	0	0	574.111.771
TOTAL AUTRES HOPITAUX CIVILS	313.300.400	177.408	26.334.719	0	0	0	0	0	0	339.812.527
TOTAL HOPITAUX MILITAIRES	210.009.413	0	0	0	0	0	0	0	0	210.009.413
TOTAL INSTITUTS	145.754.887	0	15.601.328	0	0	0	0	79.506.265	43.411.516	284.273.996
TOTAL AUTRES SERVICES	31.850.459	0	102.537.824	0	0	0	0	0	0	134.388.283
TOTAL DIRECTIONS NATIONALES	818.176.210	0	0	0	0	0	0	0	0	818.176.210
TOTAL INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	0	0	0	0	0	646.710.504	0	0	0	646.710.504
TOTAL	2.924.508.502	60.384.208	145.837.656	4.440.934.680	2.661.550	646.710.504	2.930.880	80.788.065	61.469.236	8.366.225.281

CÔUTS RECURRENTS NIVEAU 1984

COUT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	DNG	TOTAL
TOTAL C.S. DE CERCLES	704.037.967	72.158.785	2.090.170	4.104.025.655	1.092.000	0	2.689.350	287.000	29.992.739	4.916.373.666
TOTAL DIRECTIONS REGIONALES	60.137.763	0	0	0	0	0	112.500	0	50.900	60.301.163
TOTAL HOPITAUX NATIONAUX	623.171.661	0	0	0	0	0	0	0	0	623.171.661
TOTAL AUTRES HOPITAUX CIVILS	312.898.640	5.903.243	38.426.426	1.550.000	0	0	144.000	2.000.000	3.560.500	364.482.809
TOTAL HOPITAUX MILITAIRES	235.286.907	0	0	0	0	0	0	0	0	235.286.907
TOTAL INSTITUTS	138.776.049	0	30.835.657	0	0	0	0	105.693.574	61.151.183	336.456.463
TOTAL AUTRES SERVICES	10.422.188	0	86.632.576	0	0	0	0	0	0	97.054.764
TOTAL DIRECTIONS NATIONALES	890.367.715	0	0	0	0	0	0	0	0	890.367.715
TOTAL INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	0	0	0	0	0	295.030.754	0	0	0	295.030.754
TOTAL	2.975.098.890	78.062.028	157.984.829	4.105.575.655	1.092.000	295.030.754	2.945.850	107.980.574	94.755.322	7.818.525.902

COÛTS RECURRENTS NIVEAU 1985

COÛT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVÉES	OPÉRATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPÉRATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
TOTAL C.S. DE CERCLES	917.499.315	81.110.234	6.067.270	4.721.966.960	1.124.500	0	8.981.922	13.333.171	130.493.436	5.880.576.808
TOTAL DIRECTIONS REGIONALES	73.616.095	0	0	0	0	0	0	0	1.705.000	75.321.095
TOTAL HOPITAUX NATIONAUX	894.853.697	0	16.017.135	20.000.000	0	0	0	0	0	930.870.832
TOTAL AUTRES HOPITAUX CIVILS	369.056.611	177.408	34.914.343	0	0	0	5.452.730	0	122.387.256	531.988.348
TOTAL HOPITAUX MILITAIRES	269.045.213	0	0	0	0	0	0	0	0	269.045.213
TOTAL INSTITUTS	154.691.108	0	26.328.846	0	0	0	9.490.575	107.246.765	104.150.278	401.907.572
TOTAL AUTRES SERVICES	11.914.040	0	74.453.630	0	0	0	0	0	0	86.367.670
TOTAL DIRECTIONS NATIONALES	1.280.715.736	0	0	0	0	0	0	58.909.446	0	1.339.625.182
TOTAL INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	0	0	0	0	0	449.845.991	0	0	0	449.845.991
TOTAL	3.971.391.815	81.287.642	157.781.224	4.741.966.960	1.124.500	449.845.991	23.925.227	179.489.382	358.735.970	9.965.548.711

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR NIVEAU ENTRE COUTS RECURRENTS ET INVESTISSEMENTS 1986

NIVEAUX	CERCLES	DIRECTIONS REGIONALES	HOPITAUX NATIONAUX	AUTRES HOPITAUX CIVILS	HOPITAUX MILITAIRES	INSTITUTS	AUTRES SERVICES	DIRECTIONS NATIONALES	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	TOTAL
COUTS	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA
COUTS RECURRENTS	7.637.674.168	113.344.360	1.085.998.281	438.323.287	296.977.950	533.733.289	142.793.706	1.216.225.091	377.685.041	11.842.755.173
INVESTISSEMENTS	509.227.285	14.902.555	92.188.113	63.244.585	19.300.130	130.404.497	1.400.000	1.635.879.739	21.822.488	2.488.369.392
TOTAL	8.146.901.453	128.246.915	1.178.186.394	501.567.872	316.278.080	664.137.786	144.193.706	2.852.104.830	399.507.529	14.331.124.565
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
COUTS RECURRENTS	93,75	88,38	92,18	87,39	93,90	80,36	99,03	42,64	94,54	82,64
INVESTISSEMENTS	6,25	11,62	7,82	12,61	6,10	19,64	,97	57,36	5,46	17,36
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

COÛTS RECURRENTS NIVEAU 1987

COÛT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
TOTAL C.S. DE CERCLES	1.094.975.427	77.062.318	27.304.387	5.433.225.332	7.029.625	0	13.383.242	17.386.511	179.726.671	6.850.093.513
TOTAL DIRECTIONS REGIONALES	100.805.019	0	0	0	0	0	0	150.000	2.079.000	103.034.019
TOTAL HOPITAUX NATIONAUX	913.095.312	0	20.824.064	0	0	0	0	0	0	933.919.376
TOTAL AUTRES HOPITAUX CIVILS	425.844.545	1.309.058	20.567.103	0	0	0	8.073.870	0	23.276.635	479.071.211
TOTAL HOPITAUX MILITAIRES	363.037.543	0	0	0	0	0	0	0	0	363.037.543
TOTAL INSTITUTS	210.496.063	0	38.604.914	0	0	0	114.501.500	155.152.870	83.035.461	601.790.808
TOTAL AUTRES SERVICES	69.678.192	0	42.138.526	0	0	0	0	0	0	111.816.718
TOTAL DIRECTIONS NATIONALES	1.187.111.889	0	0	0	0	0	0	114.126.640	0	1.301.238.529
TOTAL INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	0	0	0	0	0	456.150.000	0	0	0	456.150.000
TOTAL	4.365.043.990	78.371.376	149.438.994	5.433.225.332	7.029.625	456.150.000	135.958.612	286.816.021	288.117.767	11.200.151.717

INVESTISSEMENTS ENSEMBLE 1983

COÛT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVÉES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
CONSTRUCTION NOUVELLE	98.123.137	108.792.683	2.325.000	2.613.300	0	95.344.235	17.171.920	0	95.938.206	420.308.481
RENOVATION DE BATIMENT	35.087.349	14.076.305	0	500.000	0	0	0	2.924.560	11.676.625	64.264.839
VEHICULES	84.934.936	9.669.280	0	0	3.342.765	6.025.060	22.500.000	15.635.679	20.732.375	162.840.095
MOBYLLETES	350.000	0	0	0	0	0	0	1.500.000	4.418.600	6.268.600
VELOS	0	0	0	0	0	0	0	0	314.000	314.000
APPAREILLAGE RADIOLOGIE	0	0	0	0	0	0	0	0	11.000.000	11.000.000
TABLE D'ACCOUCHEMENT	0	0	0	0	0	0	0	0	9.000.000	9.000.000
APPAREILLAGE LABORATOIRE	0	0	0	0	0	0	0	0	55.392.500	55.392.500
REFRIGERATEUR	8.549.580	0	0	0	0	0	0	6.050.000	0	14.599.580
AUTRE MATERIEL MEDICAL	224.000.000	2.203.770	0	0	0	0	4.601.028	2.730.000	10.533.864	244.068.662
MOBILIER MATERIEL DE BUREAU	16.707.375	0	0	0	0	20.872.510	5.528.740	0	11.560.913	54.669.538
LITERIE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AUTRE MATERIEL NON MEDICAL	47.500	0	0	0	0	0	0	666.985	402.500	1.116.985
FORMATION	164.376.750	0	0	0	0	0	0	0	0	164.376.750
DEPENSES NON REPARTIES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL INVESTISSEMENT	632.176.627	134.742.038	2.325.000	3.113.300	3.342.765	122.241.805	49.801.688	29.507.224	230.969.583	1.208.220.030

INVESTISSEMENTS ENSEMBLE 1984

COUT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
CONSTRUCTION NOUVELLE	56.677.450	84.844.590	0	3.359.425	0	116.924.512	67.382.500	54.000.000	77.158.814	460.347.291
RENOVATION DE BATIMENT	6.314.500	20.200.000	0	0	0	0	0	0	13.608.027	40.122.527
VEHICULES	4.032.000	0	0	0	11.000.000	32.476.468	40.147.080	32.324.560	18.581.500	138.561.608
MOBYLETTES	650.000	0	0	0	0	0	1.416.055	0	2.468.165	4.534.220
VELOS	0	0	0	0	0	0	0	0	8.258.440	8.258.440
APPAREILLAGE RADIOLOGIE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TABLE D'ACCOUCHEMENT	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
APPAREILLAGE LABORATOIRE	0	0	0	0	0	0	0	0	793.500	793.500
REFRIGERATEUR	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AUTRE MATERIEL MEDICAL	0	0	0	0	0	0	142.323.733	14.569.600	100.000	156.993.333
MOBILIER MATERIEL DE BUREAU	0	0	0	0	0	9.485.300	14.850.735	0	7.772.040	32.108.075
LITERIE	0	600.000	0	0	0	0	0	0	0	600.000
AUTRE MATERIEL NON MEDICAL	1.500.000	0	0	0	0	0	0	0	47.500	1.547.500
FORMATION	175.921.588	0	0	0	0	0	0	0	0	175.921.588
DEPENSES NON REPARTIES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL INVESTISSEMENT	245.095.538	105.644.590	0	3.359.425	11.000.000	158.886.280	266.120.103	100.894.160	128.787.986	1.019.788.082

INVESTISSEMENTS ENSEMBLE 1985

COUT	ETAT	AUTRES PUBLICS	TARIFICATION	AUTRES PRIVÉS	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
CONSTRUCTION NOUVELLE	49.943.695	76.779.911	0	9.739.000	2.733.300	6.321.086	10.000.000	284.225.790	72.021.836	513.764.528
RENOVATION DE BATIMENT	7.707.711	17.518.850	405.000	0	0	0	4.000.000	63.233.465	13.328.489	106.193.515
VEHICULES	33.422.500	776.000	0	0	0	0	15.250.000	36.399.777	9.500.000	96.368.277
MOBYLETTES	0	0	0	0	0	986.702	0	2.933.285	7.987.838	11.907.825
VELOS	0	0	0	0	0	0	0	0	2.818.189	2.818.189
APPAREILLAGE RADIOLOGIE	0	0	0	0	0	0	0	0	9.139.250	9.139.250
TABLE D'ACCOUCHEMENT	93.750	0	0	0	0	0	0	0	140.313	234.063
APPAREILLAGE LABORATOIRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REFRIGERATEUR	3.375.962	0	0	0	0	0	0	0	1.150.000	4.525.962
AUTRE MATERIEL MEDICAL	0	666.780	0	0	0	0	0	6.987.968	3.259.092	10.913.840
MOBILIER MATERIEL DE BUREAU	21.564.207	215.000	0	0	0	9.040.000	2.602.230	1.369.500	3.116.269	37.907.206
LITERIE	0	180.000	0	0	0	0	0	0	800.000	780.000
AUTRE MATERIEL NON MEDICAL	2.127.750	0	0	0	0	0	0	0	1.178.000	3.305.750
DEPENSES NON REPARTIES	0	0	0	0	0	0	0	1.209.567.187	0	1.209.567.187
FORMATION	176.820.710	0	0	0	0	0	0	5.100.000	0	181.920.710
TOTAL INVESTISSEMENT	295.056.285	96.156.541	405.000	9.739.000	2.733.300	18.347.788	32.852.230	1.609.816.882	124.239.276	2.189.346.302

INVESTISSEMENTS ENSEMBLE 1986

COUT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
CONSTRUCTION NOUVELLE	80.822.236	63.379.130	0	4.721.371	6.766.700	2.408.600	17.718.000	7.898.501	141.995.139	325.709.677
RENOVATION DE BATIMENT	74.273.186	9.072.140	7.442.576	44.000	0	0	10.236.750	25.307.725	58.988.391	185.364.768
VEHICULES	38.166.027	0	0	0	0	12.627.000	14.837.705	60.862.284	66.401.293	192.894.309
MOBYLETTES	1.965.000	0	0	0	0	0	2.677.110	8.477.500	4.587.361	17.706.971
VELOS	70.000	0	0	0	0	0	0	0	1.033.500	1.103.500
APPAREILLAGE RADIOLOGIE	0	0	0	0	0	0	0	0	18.357.250	18.357.250
TABLE D'ACCOUCHEMENT	0	0	0	0	0	0	0	0	3.352.500	3.352.500
APPAREILLAGE LABORATOIRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
REFRIGERATEUR	5.298.000	380.000	0	0	0	0	367.000	0	5.599.500	11.644.500
AUTRE MATERIEL MEDICAL	22.802.653	2.167.900	0	0	0	0	10.545.956	12.300.000	29.043.902	76.860.411
MOBILIER MATERIEL DE BUREAU	36.862.452	135.600	0	0	0	6.786.888	368.500	4.362.375	1.335.490	49.851.305
LITERIE	720.000	900.000	0	0	0	0	0	0	0	1.620.000
AUTRE MATERIEL NON MEDICAL	9.912.656	2.617.000	0	0	0	0	0	580.000	8.074.370	21.184.026
FORMATION	172.483.324	0	0	0	0	0	0	6.600.000	0	179.083.324
DEPENSES NON REPARTIES	0	0	0	0	0	0	0	1.403.636.851	0	1.403.636.851
TOTAL INVESTISSEMENT	443.375.534	78.651.770	7.442.576	4.765.371	6.766.700	21.822.488	56.751.021	1.530.025.236	338.768.696	2.488.369.392

INVESTISSEMENTS ENSEMBLE 1987

COÛT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
CONSTRUCTION NOUVELLE	54.645.746	39.713.590	14.989.326	0	0	45.000.000	128.661.592	652.575.879	110.923.904	1.046.510.037
RENOVATION DE BATIMENT	46.521.851	7.008.890	26.292.715	0	0	0	6.308.445	1.742.400	46.266.646	134.140.947
VEHICULES	5.295.000	4.500.000	0	0	3.500.000	0	50.211.000	39.610.704	37.622.750	140.739.454
MOBYLETTES	410.000	0	550.000	0	0	1.500.000	3.628.946	1.800.000	9.534.725	17.423.671
VELOS	0	0	0	0	0	0	43.140	0	875.416	918.556
APPAREILLAGE RADIOLOGIE	3.414.730	0	0	0	0	0	0	0	50.000.000	53.414.730
TABLE D'ACCOUCHEMENT	0	0	0	0	0	0	0	0	652.295	652.295
APPAREILLAGE LABORATOIRE	0	0	0	6.000.000	0	0	265.000	0	0	6.265.000
REFRIGERATEUR	6.109.615	0	210.000	0	0	0	0	6.900.000	4.100.000	17.319.615
AUTRE MATERIEL MEDICAL	600.000	13.450	600.000	0	0	0	20.249.650	36.165.400	33.298.981	90.927.481
MOBILIER MATERIEL DE BUREAU	15.472.103	0	897.225	0	0	6.000.000	0	8.194.408	24.746.160	55.309.896
LITERIE	3.646.120	3.000.000	0	0	0	0	0	1.983.000	0	8.629.120
AUTRE MATERIEL NON MEDICAL	9.859.763	2.370.000	0	0	0	0	24.461.200	452.000	1.915.000	39.057.963
FORMATION	185.574.000	0	0	0	0	0	0	4.320.000	0	189.894.000
DEPENSES NON REPARTIES	0	0	0	0	0	0	0	757.664.742	0	757.664.742
TOTAL INVESTISSEMENT	331.548.928	56.605.930	43.539.266	6.000.000	3.500.000	52.500.000	233.828.973	1.511.408.553	319.935.877	2.558.867.507

INVESTISSEMENTS NIVEAU 1983

COUT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
TOTAL C.S. DE CERCLES	28.750	134.742.038	0	3.113.300	3.342.765	0	0	20.964.315	28.801.205	190.992.373
TOTAL DIRECTIONS REGIONALES	16.561.080	0	0	0	0	0	15.446.240	3.305.655	0	35.312.975
TOTAL HOPITAUX NATIONAUX	366.753.388	0	2.325.000	0	0	0	0	0	0	369.078.388
TOTAL AUTRES HOPITAUX CIVILS	20.863.971	0	0	0	0	0	0	0	153.886.015	174.749.986
TOTAL HOPITAUX MILITAIRES	22.500.000	0	0	0	0	0	34.355.448	0	0	56.855.448
TOTAL INSTITUTS	36.702.000	0	0	0	0	0	0	4.570.269	48.282.363	89.554.632
TOTAL AUTRES SERVICES	3.500.000	0	0	0	0	0	0	0	0	3.500.000
TOTAL DIRECTIONS NATIONALES	165.267.438	0	0	0	0	0	0	666.985	0	165.934.423
TOTAL INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	0	0	0	0	0	122.241.805	0	0	0	122.241.805
TOTAL INVESTISSEMENT	632.176.627	134.742.038	2.325.000	3.113.300	3.342.765	122.241.805	49.801.688	29.507.224	230.969.583	1.208.220.030

INVESTISSEMENTS NIVEAU 1984

COÛT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
TOTAL C.S. DE CERCLES	6.042.250	96.824.590	0	3.359.425	11.000.000	0	12.000.000	20.694.160	49.985.435	199.905.860
TOTAL DIRECTIONS REGIONALES	39.000	0	0	0	0	0	6.941.260	0	7.449.100	14.429.360
TOTAL HOPITAUX NATIONAUX	34.842.234	0	0	0	0	0	0	0	0	34.842.234
TOTAL AUTRES HOPITAUX CIVILS	7.562.411	8.820.000	0	0	0	0	80.732.423	2.908.250	47.170.164	147.193.248
TOTAL HOPITAUX MILITAIRES	0	0	0	0	0	0	33.112.500	0	0	33.112.500
TOTAL INSTITUTS	20.463.055	0	0	0	0	0	133.333.920	71.327.100	24.183.287	249.307.362
TOTAL AUTRES SERVICES	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL DIRECTIONS NATIONALES	176.146.588	0	0	0	0	0	0	5.964.650	0	182.111.238
TOTAL INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	0	0	0	0	0	158.886.280	0	0	0	158.886.280
TOTAL INVESTISSEMENT	245.095.538	105.644.590	0	3.359.425	11.000.000	158.886.280	266.120.103	100.894.160	128.787.986	1.619.788.082

INVESTISSEMENTS NIVEAU 1985

COÛT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
TOTAL C.S. DE CERCLES	4.543.200	95.956.541	405.000	9.739.000	2.733.300	0	14.135.900	370.464.295	85.272.251	583.249.487
TOTAL DIRECTIONS REGIONALES	0	0	0	0	0	0	0	19.500	1.167.110	1.166.610
TOTAL HOPITAUX NATIONAUX	14.094.583	0	0	0	0	0	0	0	0	14.094.583
TOTAL AUTRES HOPITAUX CIVILS	5.666.000	200.000	0	0	0	0	2.466.330	0	8.781.016	17.113.346
TOTAL HOPITAUX MILITAIRES	26.700.000	0	0	0	0	0	0	0	0	26.700.000
TOTAL INSTITUTS	57.363.160	0	0	0	0	0	0	0	29.018.899	86.382.059
TOTAL AUTRES SERVICES	1.200.000	0	0	0	0	0	0	0	0	1.200.000
TOTAL DIRECTIONS NATIONALES	185.489.342	0	0	0	0	0	16.250.000	1.239.333.087	0	1.441.072.429
TOTAL INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	0	0	0	0	0	18.347.788	0	0	0	18.347.786
TOTAL INVESTISSEMENT	295.056.285	96.156.541	405.000	9.739.000	2.733.300	18.347.788	32.852.230	1.609.816.882	124.239.276	2.189.346.362

INVESTISSEMENTS NIVEAU 1986

COUT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
TOTAL C.S. DE CERCLES	13.428.615	76.828.105	0	4.765.371	6.766.700	0	50.783.911	88.800.559	267.854.024	509.227.285
TOTAL DIRECTIONS REGIONALES	14.902.555	0	0	0	0	0	0	0	0	14.902.555
TOTAL HOPITAUX NATIONAUX	84.101.937	643.600	7.442.576	0	0	0	0	0	0	92.188.113
TOTAL AUTRES HOPITAUX CIVILS	33.342.716	1.180.065	0	0	0	0	372.110	6.300.000	22.049.694	63.244.585
TOTAL HOPITAUX MILITAIRES	13.705.130	0	0	0	0	0	5.595.000	0	0	19.300.130
TOTAL INSTITUTS	81.539.519	0	0	0	0	0	0	0	48.864.978	130.404.497
TOTAL AUTRES SERVICES	1.400.000	0	0	0	0	0	0	0	0	1.400.000
TOTAL DIRECTIONS NATIONALES	200.955.062	0	0	0	0	0	0	1.434.924.677	0	1.635.879.739
TOTAL INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	0	0	0	0	0	21.822.488	0	0	0	21.822.488
TOTAL INVESTISSEMENT	443.375.534	78.651.770	7.442.576	4.765.371	6.766.700	21.822.488	56.751.021	1.530.025.236	338.768.696	2.488.369.392

INVESTISSEMENTS NIVEAU 1987

COUT	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
TOTAL C.S. DE CERCLES	7.754.255	52.065.930	2.021.250	0	3.500.000	0	27.648.959	623.777.208	169.200.511	885.968.113
TOTAL DIRECTIONS REGIONALES	94.000	0	0	0	0	0	5.888.000	14.976.514	11.448.890	32.407.404
TOTAL HOPITAUX NATIONAUX	46.273.000	0	7.484.000	0	0	0	0	0	0	53.757.000
TOTAL AUTRES HOPITAUX CIVILS	44.492.455	4.540.000	210.000	6.000.000	0	0	26.723.069	61.861.371	127.630.360	271.457.255
TOTAL HOPITAUX MILITAIRES	9.396.260	0	0	0	0	0	38.472.500	0	0	47.868.760
TOTAL INSTITUTS	24.596.713	0	33.124.016	0	0	0	23.096.445	36.036.008	11.656.116	128.509.298
TOTAL AUTRES SERVICES	4.947.480	0	700.000	0	0	0	0	0	0	5.647.480
TOTAL DIRECTIONS NATIONALES	193.994.765	0	0	0	0	0	112.000.000	774.757.432	0	1.080.752.197
TOTAL INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	0	0	0	0	0	52.500.000	0	0	0	52.500.000
TOTAL INVESTISSEMENT	331.548.928	56.605.930	43.539.266	6.000.000	3.500.000	52.500.000	233.828.973	1.511.408.533	319.935.877	2.558.867.507

ANNEXE 2

**Répartition des dépenses de santé entre coûts récurrents
et investissements par source 1983-1987**

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR SOURCE ENTRE COUTS RECURRENTS ET INVESTISSEMENTS 1984

SOURCES	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
COUTS	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA
COUTS RECURRENTS	2.975.098.890	78.062.028	157.984.829	4.105.575.655	1.092.000	295.030.754	2.945.850	107.980.574	94.755.322	7.818.525.902
INVESTISSEMENTS	245.095.538	105.644.590	0	3.359.425	11.000.000	158.886.280	266.120.103	100.894.160	128.787.986	1.019.788.082
TOTAL	3.044.272.840	183.706.618	157.984.829	4.108.935.080	12.092.000	453.917.034	269.065.953	208.874.734	223.543.308	8.838.313.984
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
COUTS RECURRENTS	98,00	42,00	100,00	99,92	9,03	65,00	1,09	51,70	42,39	88,46
INVESTISSEMENTS	2,00	58,00	,00	,08	90,97	35,00	98,91	48,30	57,61	11,54
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

REFARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR SOURCE ENTRE COUTS RECURRENENTS ET INVESTISSEMENTS 1985

SOURCES	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATION BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA
COUTS										
COUTS RECURRENENTS	3.971.391.815	81.287.642	157.781.224	4.741.966.960	1.124.500	449.845.991	23.925.227	179.489.382	358.735.970	9.965.548.711
INVESTISSEMENTS	295.056.285	96.156.541	405.000	9.739.000	2.733.300	18.347.788	32.852.230	1.609.816.882	124.239.276	2.189.346.302
TOTAL	4.266.448.100	177.444.183	158.186.224	4.751.705.960	3.857.800	468.193.779	56.777.457	1.789.306.264	482.975.246	12.154.895.013
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
COUTS RECURRENENTS	93,08	45,81	99,74	99,80	29,15	96,08	42,14	10,03	74,28	81,99
INVESTISSEMENTS	6,92	54,19	,26	,20	70,85	3,92	57,86	89,97	25,72	18,01
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR SOURCE ENTRE COUTS RECURRENTS ET INVESTISSEMENTS 1986

SOURCES	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATION BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA
COUTS										
COUTS RECURRENTS	4.114.819.109	91.121.555	236.434.206	6.472.296.500	8.236.700	377.685.041	42.955.868	254.196.606	245.009.588	11.842.755.173
INVESTISSEMENTS	443.375.534	78.651.770	7.442.576	4.765.371	6.766.700	21.822.488	56.751.021	1.530.025.236	338.768.696	2.488.369.392
TOTAL	4.558.194.643	169.773.325	243.876.782	6.477.061.871	15.003.400	399.507.529	99.706.889	1.784.221.842	583.778.284	14.331.124.565
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
COUTS RECURRENTS	90,27	53,67	96,95	99,93	54,90	94,54	43,08	14,25	41,97	82,64
INVESTISSEMENTS	9,73	46,33	3,05	,07	45,10	5,46	56,92	85,75	58,03	17,36
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

ANNEXE 3

**Répartition des dépenses de santé entre coûts récurrents
et investissements par niveau 1983-1987**

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR NIVEAU ENTRE COUTS RECURRENTS ET INVESTISSEMENTS 1983

NIVEAUX	CERCLES	DIRECTIONS REGIONALES	HOPITAUX NATIONAUX	AUTRES HOPITAUX CIVILS	HOPITAUX MILITAIRES	INSTITUTS	AUTRES SERVICES	DIRECTIONS NATIONALES	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	TOTAL
COUTS	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA
COUTS RECURRENTS	5.291.289.630	67.452.947	574.111.771	339.812.527	210.009.413	284.273.996	134.388.283	818.176.210	646.710.504	8.366.225.281
INVESTISSEMENTS	190.992.373	35.312.975	369.078.388	174.749.986	56.855.448	89.554.632	3.500.000	165.934.423	122.241.805	1.208.220.030
TOTAL	5.482.282.003	102.765.922	943.190.159	514.562.513	266.864.861	373.828.628	137.888.283	819.733.883	768.952.309	9.574.445.311
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
COUTS RECURRENTS	97,00	66,00	61,00	66,00	79,00	76,00	97,00	99,80	84,10	87,38
INVESTISSEMENTS	3,00	34,00	39,00	34,00	21,00	24,00	3,00	,20	15,90	12,62
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR NIVEAU ENTRE COUTS RECURRENTS ET INVESTISSEMENTS 1985

NIVEAUX	CERCLES	DIRECTIONS REGIONALES	HOPITAUX NATIONAUX	AUTRES HOPITAUX CIVILS	HOPITAUX MILITAIRES	INSTITUTS	AUTRES SERVICES	DIRECTIONS NATIONALES	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	TOTAL
COUTS	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA
COUTS RECURRENTS	5.880.576.808	75.321.095	930.870.832	531.988.348	269.045.213	401.907.572	86.367.670	1.339.625.182	449.845.991	9.965.548.711
INVESTISSEMENTS	583.249.487	1.186.610	14.094.583	17.113.346	26.700.000	86.382.059	1.200.000	1.441.072.429	18.347.788	2.189.346.302
TOTAL	6.463.826.295	76.507.705	944.965.415	549.101.694	295.745.213	488.289.631	87.567.670	2.780.697.611	468.193.779	12.154.895.013
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
COUTS RECURRENTS	90,98	98,45	98,51	96,88	90,97	82,31	98,63	48,18	96,08	81,99
INVESTISSEMENTS	9,02	1,55	1,49	3,12	9,03	17,69	1,37	51,82	3,92	18,01
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR NIVEAU ENTRE COUTS RECURRENTS ET INVESTISSEMENTS 1986

NIVEAUX	CERCLES	DIRECTIONS REGIONALES	HOPITAUX NATIONAUX	AUTRES HOPITAUX CIVILS	HOPITAUX MILITAIRES	INSTITUTS	AUTRES SERVICES	DIRECTIONS NATIONALES	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	TOTAL
COUTS	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA
COUTS RECURRENTS	7.637.674.168	113.344.360	1.085.998.281	438.323.287	296.977.950	533.733.289	142.793.706	1.216.225.091	377.685.041	11.842.755.173
INVESTISSEMENTS	509.227.285	14.902.555	92.188.113	63.244.585	19.300.130	130.404.497	1.400.000	1.635.879.739	21.822.488	2.488.369.392
TOTAL	8.146.901.453	128.246.915	1.178.186.394	501.567.872	316.278.080	664.137.786	144.193.706	2.852.104.830	399.507.529	14.331.124.565
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
COUTS RECURRENTS	93,75	88,38	92,18	87,39	93,90	80,36	99,03	42,64	94,54	82,64
INVESTISSEMENTS	6,25	11,62	7,82	12,61	6,10	19,64	,97	57,36	5,46	17,36
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR NIVEAU ENTRE COUTS RECURRENENTS ET INVESTISSEMENTS 1987

NIVEAU	CERCLES	DIRECTIONS REGIONALES	HOPITAUX NATIONAUX	AUTRES HOPITAUX CIVILS	HOPITAUX MILITAIRES	INSTITUTS	AUTRES SERVICES	DIRECTIONS NATIONALES	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	TOTAL
COUTS	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA
COUTS RECURRENENTS	6.850.093.513	103.034.019	933.919.376	479.071.211	363.037.543	601.790.808	111.816.718	1.301.238.529	456.150.000	11.200.151.717
INVESTISSEMENTS	885.968.113	32.407.404	53.757.000	271.457.255	47.868.760	128.509.298	5.647.480	1.080.752.19,	52.500.000	2.558.867.507
TOTAL	7.736.061.626	135.441.423	987.676.376	750.528.466	410.906.303	730.300.106	117.464.198	2.381.990.726	508.650.000	13.759.019.224
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
COUTS RECURRENENTS	89,00	76,00	95,00	64,00	88,00	82,00	95,00	89,00	89,68	87,00
INVESTISSEMENTS	11,00	24,00	5,00	36,00	12,00	18,00	5,00	11,00	10,32	13,00
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

ANNEXE 4

Répartition des dépenses de santé entre frais de
personnel, produits pharmaceutiques et autres coûts récurrents

1983-1987

REPARTITION DES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT PAR NIVEAU ENTRE FRAIS DE PERSONNEL,
PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET AUTRES COÛTS RECURRENTS 1983

COUTS	FRAIS DE PERSONNEL	PRODUITS PHARMACEUTIQUES	AUTRES COÛTS RECURRENTS	TOTAL
	VA	VA	VA	VA
NIVEAUX				
CERCLES	768.388.899	38.911.495	43.464.556	850.764.950
DIRECTIONS REGIONALES	42.093.976	6.159.235	19.219.736	67.452.947
HOPITAUX NATIONAUX	339.936.805	15.098.000	219.076.966	574.111.771
AUTRES HOPITAUX CIVILS	197.201.078	7.123.645	135.488.404	339.812.527
HOPITAUX MILITAIRES	95.009.460	83.695.250	31.900.703	210.609.413
INSTITUTS	155.417.516	41.642.625	67.213.661	264.273.996
AUTRES SERVICES	66.163.932	19.669.834	55.154.517	134.388.283
DIRECTIONS NATIONALES	668.806.153	686.748	146.496.561	817.989.462
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	291.799.344	253.946.712	109.970.448	646.716.504
TOTAL	2.618.817.157	465.716.944	649.925.752	3.925.453.853
	%	%	%	%
CERCLES	96,32	4,57	5,16	100,00
DIRECTIONS REGIONALES	62,40	9,10	28,49	100,00
HOPITAUX NATIONAUX	59,21	2,63	38,16	100,00
AUTRES HOPITAUX CIVILS	58,63	2,10	39,87	100,00
HOPITAUX MILITAIRES	45,24	39,57	15,19	100,00
INSTITUTS	54,67	14,65	30,68	100,00
AUTRES SERVICES	44,77	14,19	41,04	100,00
DIRECTIONS NATIONALES	81,76	,08	18,15	100,00
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	45,12	39,27	15,61	100,00
TOTAL	66,71	11,86	21,42	100,00

REPARTITION DES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT PAR NIVEAU ENTRE FRAIS DE PERSONNEL,
PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET AUTRES COUTS RECURRENTS 1984

COUTS	FRAIS DE PERSONNEL	PRODUITS PHARMACEUTIQUES	AUTRES COUTS RECURRENTS	TOTAL
NIVEAUX	VA	VA	VA	VA
CERCLES	703.124.972	96.001.673	56.458.866	855.585.511
DIRECTIONS REGIONALES	43.207.226	4.340.000	12.753.937	60.301.163
HOPITAUX NATIONAUX	340.057.070	15.098.000	268.016.551	623.171.661
AUTRES HOPITAUX CIVILS	208.750.437	18.807.302	136.925.070	364.482.809
HOPITAUX MILITAIRES	112.772.160	82.217.539	40.297.206	235.286.907
INSTITUTS	178.764.118	19.422.317	138.270.026	336.456.463
AUTRES SERVICES	55.145.936	18.636.347	23.272.481	97.054.764
DIRECTIONS NATIONALES	753.071.704	500.000	136.796.011	890.367.715
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	96.790.075	145.517.242	52.723.437	295.030.754
TOTAL	2.491.683.698	400.540.420	865.513.629	3.757.737.747
	%	%	%	%
CERCLES	82,18	11,22	6,60	100,00
DIRECTIONS REGIONALES	71,65	7,20	21,15	100,00
HOPITAUX NATIONAUX	54,57	2,42	43,01	100,00
AUTRES HOPITAUX CIVILS	57,27	5,16	37,57	100,00
HOPITAUX MILITAIRES	47,93	34,94	17,13	100,00
INSTITUTS	53,13	5,77	41,10	100,00
AUTRES SERVICES	56,82	19,20	23,98	100,00
DIRECTIONS NATIONALES	84,58	,06	15,36	100,00
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	32,81	49,32	17,87	100,00
TOTAL	66,31	10,66	23,03	100,00

REPARTITION DES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT ENTRE FRAIS DE PERSONNEL,
PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET AUTRES COUTS RECURRENTS 1985

COUTS	FRAIS DE PERSONNEL	PRODUITS PHARMACEUTIQUES	AUTRES COUTS RECURRENTS	TOTAL
NIVEAUX	VA	VA	VA	VA
CERCLES	890.901.432	167.249.321	101.637.111	1.159.887.864
DIRECTIONS REGIONALES	53.661.378	5.280.550	16.379.167	75.321.095
HOPITAUX NATIONAUX	403.031.258	145.576.550	361.463.024	930.870.832
AUTRES HOPITAUX CIVILS	298.941.155	56.651.426	266.395.767	531.988.348
HOPITAUX MILITAIRES	122.969.620	69.342.325	66.633.268	269.045.213
INSTITUTS	188.783.332	44.562.798	168.561.442	401.907.572
AUTRES SERVICES	40.533.306	12.270.368	33.564.062	86.367.670
DIRECTIONS NATIONALES	924.656.982	12.160.152	462.808.046	1.359.625.182
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	172.689.662	236.955.125	39.101.184	449.845.991
TOTAL	3.006.068.139	762.248.555	1.476.543.075	5.244.859.767
	%	%	%	%
CERCLES	76,81	14,43	8,76	100,00
DIRECTIONS REGIONALES	71,24	7,01	21,75	100,00
HOPITAUX NATIONAUX	43,38	15,64	40,98	100,00
AUTRES HOPITAUX CIVILS	39,26	10,65	50,08	100,00
HOPITAUX MILITAIRES	45,37	29,86	24,77	100,00
INSTITUTS	46,97	11,09	41,94	100,00
AUTRES SERVICES	46,93	14,21	38,86	100,00
DIRECTIONS NATIONALES	69,02	,91	30,67	100,00
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	38,39	52,92	8,69	100,00
TOTAL	57,31	14,53	28,15	100,00

REPARTITION DES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT ENTRE FRAIS DE PERSONNEL,
PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET AUTRES COÛTS RECURRENTS 1986

COÛTS	FRAIS DE PERSONNEL	PRODUITS PHARMACEUTIQUES	AUTRES COÛTS RECURRENTS	TOTAL
	VA	VA	VA	VA
CERCLES	945.166.334	294.729.953	145.164.681	1.390.060.968
DIRECTIONS REGIONALES	62.257.554	32.339.600	18.647.206	113.244.360
HOPITAUX NATIONAUX	451.616.776	155.200.385	469.781.120	1.085.998.281
AUTRES HOPITAUX CIVILS	255.291.661	14.035.835	164.396.391	438.323.287
HOPITAUX MILITAIRES	145.750.320	80.350.000	70.877.630	296.977.950
INSTITUTS	255.645.439	41.046.421	237.041.429	533.733.289
AUTRES SERVICES	71.605.491	10.189.063	60.999.212	142.793.766
DIRECTIONS NATIONALES	766.754.715	2.966.060	446.570.376	1.216.225.091
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	209.875.012	89.791.974	78.018.055	377.685.041
TOTAL	3.169.082.702	730.583.171	1.695.496.100	5.595.161.973
	%	%	%	%
CERCLES	68,67	21,20	16,73	100,00
DIRECTIONS REGIONALES	55,02	28,53	16,45	100,00
HOPITAUX NATIONAUX	41,53	15,21	43,26	100,00
AUTRES HOPITAUX CIVILS	59,29	3,20	37,51	100,00
HOPITAUX MILITAIRES	49,08	27,06	23,87	100,00
INSTITUTS	47,90	7,69	44,41	100,00
AUTRES SERVICES	50,15	7,14	42,72	100,00
DIRECTIONS NATIONALES	63,04	,24	36,72	100,00
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	55,57	23,77	20,66	100,00
TOTAL	56,64	13,06	30,30	100,00

REPARTITION DES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT ENTRE FRAIS DE PERSONNEL,
PRODUITS PHARMACEUTIQUES ET AUTRES COUTS RECURRENTS 1967

COUTS	FRAIS DE PERSONNEL	PRODUITS PHARMACEUTIQUES	AUTRES COUTS RECURRENTS	TOTAL
NIVEAUX	VA	VA	VA	VA
CERCLES	1.035.839.641	589.452.202	163.945.250	1.809.236.093
DIRECTIONS REGIONALES	59.963.238	26.995.047	16.075.734	103.034.019
HOPITAUX NATIONAUX	471.740.656	114.102.605	348.076.115	933.919.376
AUTRES HOPITAUX CIVILS	295.905.643	55.444.574	127.720.994	479.071.211
HOPITAUX MILITAIRES	190.558.400	78.650.000	93.829.143	363.037.543
INSTITUTS	350.341.803	13.519.985	237.929.049	601.790.808
AUTRES SERVICES	53.903.197	27.192.430	30.721.091	111.816.718
DIRECTIONS NATIONALES	669.247.702	42.165.595	389.825.232	1.101.238.529
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	273.500.000	99.000.000	83.650.000	456.150.000
TOTAL	3.600.999.280	1.046.522.418	1.511.772.599	6.159.294.297
	%	%	%	%
CERCLES	57,25	32,58	10,17	100,00
DIRECTIONS REGIONALES	58,20	26,20	15,60	100,00
HOPITAUX NATIONAUX	50,51	12,22	37,27	100,00
AUTRES HOPITAUX CIVILS	61,77	11,57	26,66	100,00
HOPITAUX MILITAIRES	52,49	21,66	25,85	100,00
INSTITUTS	58,22	2,25	39,54	100,00
AUTRES SERVICES	48,21	24,32	27,47	100,00
DIRECTIONS NATIONALES	66,80	3,24	29,96	100,00
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	59,96	21,70	18,34	100,00
TOTAL	58,46	16,99	24,54	100,00

ANNEXE 5

Répartition des dépenses de santé par source et par
niveau 1983-1987

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR SOURCE ET PAR NIVEAU 1983

SOURCES	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
NIVEAU	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA
CERCLES	767.436.170	194.948.838	1.363.785	4.444.047.980	5.380.190	0	0	22.246.115	46.858.925	5.482.282.003
DIRECTIONS REGIONALES	80.459.022	0	0	0	624.125	0	18.377.120	3.305.655	0	102.765.922
HOPITAUX NATIONAUX	940.865.159	0	2.325.000	0	0	0	0	0	0	943.190.159
AUTRES HOPITAUX CIVILS	334.164.371	177.408	26.334.719	0	0	0	0	0	153.886.015	514.562.513
HOPITAUX MILITAIRES	232.509.413	0	0	0	0	0	34.355.448	0	0	266.864.861
INSTITUTS	182.456.887	0	15.601.328	0	0	0	0	84.076.534	91.693.879	373.828.628
AUTRES SERVICES	35.350.459	0	102.537.824	0	0	0	0	0	0	137.888.283
DIRECTIONS NATIONALES	983.443.648	0	0	0	0	0	0	666.985	0	984.110.633
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	0	0	0	0	0	768.952.309	0	0	0	768.952.309
TOTAL	3.556.685.129	195.126.246	148.162.656	4.444.047.980	6.004.315	768.952.309	52.732.568	110.295.289	292.438.819	9.574.445.311
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
CERCLES	22,50	99,90	1,00	100,00	90,00	,00	,00	20,00	16,00	57,26
DIRECTIONS REGIONALES	2,40	,00	,00	,00	10,00	,00	35,00	3,00	,00	1,07
HOPITAUX NATIONAUX	28,00	,00	1,50	,00	,00	,00	,00	,00	,00	9,85
AUTRES HOPITAUX CIVILS	10,00	,10	18,00	,00	,00	,00	,00	,00	53,00	5,37
HOPITAUX MILITAIRES	7,00	,00	,00	,00	,00	,00	65,00	,00	,00	2,79
INSTITUTS	5,00	,00	10,50	,00	,00	,00	,00	76,00	31,00	3,90
AUTRES SERVICES	1,00	,00	69,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	1,44
DIRECTIONS NATIONALES	24,10	,00	,00	,00	,00	,00	,00	1,00	,00	10,28
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	,00	,00	,00	,00	,00	100,00	,00	,00	,00	8,03
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR SOURCE ET PAR NIVEAU 1984

SOURCES	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
NIVEAUX	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA
CERCLES	710.080.217	168.983.375	2.090.170	4.107.385.080	12.092.000	0	14.689.350	20.981.160	79.978.174	5.116.279.526
DIRECTIONS REGIONALES	60.176.763	0	0	0	0	0	7.053.760	0	7.500.000	74.730.523
HOPITAUX NATIONAUX	658.013.895	0	0	0	0	0	0	0	0	658.013.895
AUTRES HOPITAUX CIVILS	320.461.051	14.723.243	38.426.426	1.550.000	0	0	80.876.423	4.908.250	50.730.664	511.676.057
HOPITAUX MILITAIRES	235.286.907	0	0	0	0	0	33.112.500	0	0	268.399.407
INSTITUTS	159.239.104	0	30.835.657	0	0	0	133.333.920	177.020.674	85.334.470	585.763.825
AUTRES SERVICES	10.422.188	0	86.632.576	0	0	0	0	0	0	97.054.764
DIRECTIONS NATIONALES	1.066.514.303	0	0	0	0	0	0	5.964.650	0	1.072.478.953
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	0	0	0	0	0	453.917.779	0	0	0	453.917.034
TOTAL	3.220.194.428	183.706.618	157.984.829	4.108.935.080	12.092.000	453.917.779	269.065.953	208.874.734	223.543.308	8.838.313.984
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
CERCLES	23,00	92,00	1,32	99,96	100,00	,00	5,00	10,00	36,00	57,89
DIRECTIONS REGIONALES	2,00	,00	,00	,00	,00	,00	3,00	,00	3,00	,85
HOPITAUX NATIONAUX	22,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	7,45
AUTRES HOPITAUX CIVILS	11,00	8,00	24,32	,04	,00	,00	30,00	2,00	23,00	5,79
HOPITAUX MILITAIRES	7,70	,00	,00	,00	,00	,00	12,00	,00	,00	3,04
INSTITUTS	5,00	,00	19,52	,00	,00	,00	50,00	85,00	38,00	6,63
AUTRES SERVICES	,30	,00	54,84	,00	,00	,00	,00	,00	,00	1,10
DIRECTIONS NATIONALES	29,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	3,00	,00	12,13
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	,00	,00	,00	,00	,00	100,00	,00	,00	,00	5,14
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR SOURCE ET PAR NIVEAU 1985

SOURCES	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
NIVEAUX	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA
CERCLES	922.042.515	177.066.775	6.472.270	4.731.705.960	3.857.800	0	23.117.822	383.797.466	215.765.687	6.463.826.295
DIRECTIONS REGIONALES	73.616.095	0	0	0	0	0	0	19.500	2.872.110	76.507.705
HOPITAUX NATIONAUX	908.948.280	0	16.017.135	20.000.000	0	0	0	0	0	944.965.415
AUTRES HOPITAUX CIVILS	374.722.611	377.408	34.914.343	0	0	0	7.919.060	0	131.168.272	549.101.694
HOPITAUX MILITAIRES	295.745.213	0	0	0	0	0	0	0	0	295.745.213
INSTITUTS	212.054.268	0	26.328.846	0	0	0	9.490.575	107.246.765	133.169.177	488.289.631
AUTRES SERVICES	13.114.040	0	74.453.630	0	0	0	0	0	0	87.567.670
DIRECTIONS NATIONALES	1.466.205.078	0	0	0	0	0	16.250.000	1.298.242.533	0	2.780.697.611
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	0	0	0	0	0	468.193.779	0	0	0	468.193.779
TOTAL	4.266.448.100	177.444.183	158.186.224	4.751.705.960	3.857.800	468.193.779	56.777.457	1.789.306.264	482.975.246	12.154.895.013
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
CERCLES	21,61	99,79	4,09	99,58	100,00	,00	40,72	21,45	44,67	53,18
DIRECTIONS REGIONALES	1,73	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,59	,63
HOPITAUX NATIONAUX	21,30	,00	10,13	,42	,00	,00	,00	,00	,00	7,77
AUTRES HOPITAUX CIVILS	8,78	,21	22,07	,00	,00	,00	13,95	,00	27,16	4,52
HOPITAUX MILITAIRES	6,93	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	2,43
INSTITUTS	4,97	,00	16,64	,00	,00	,00	16,72	5,99	27,57	4,02
AUTRES SERVICES	,31	,00	47,07	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,72
DIRECTIONS NATIONALES	34,37	,00	,00	,00	,00	,00	28,62	72,56	,00	22,88
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	,00	,00	,00	,00	,00	100,00	,00	,00	,00	3,85
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE PAR SOURCE ET PAR NIVEAU 1987

SOURCES	ETAT	AUTRES PUBLIQUES	TARIFICATION	AUTRES PRIVEES	OPERATIONS DE DEVELOPPEMENT	INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	COOPERATIONS BILATERALES	ORGANISATIONS INTERNATIONALES	ONG	TOTAL
NIVEAUX	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA	VA
CERCLES	1.102.729.682	129.128.248	29.325.637	5.433.225.332	10.529.625	0	41.032.201	641.163.719	348.927.182	7.736.061.626
DIRECTIONS REGIONALES	100.899.019	0	0	0	0	0	5.888.000	15.126.514	13.527.890	135.441.423
HOPITAUX NATIONALS	959.368.312	0	28.308.064	0	0	0	0	0	0	987.676.376
AUTRES HOPITAUX CIVILS	470.337.000	5.849.058	20.777.103	6.000.000	0	0	34.796.939	61.861.371	150.906.995	750.528.466
HOPITAUX MILITAIRES	372.433.803	0	0	0	0	0	38.472.500	0	0	410.906.303
INSTITUTS	235.092.776	0	71.728.930	0	0	0	137.597.945	191.188.878	94.691.577	730.300.106
AUTRES SERVICES	74.625.672	0	42.838.526	0	0	0	0	0	0	117.464.198
DIRECTIONS NATIONALES	1.381.106.654	0	0	0	0	0	112.000.000	888.884.072	0	2.381.990.726
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	0	0	0	0	0	508.650.000	0	0	0	508.650.000
TOTAL	4.696.592.918	134.977.306	192.978.260	5.439.225.332	10.529.625	508.650.000	369.787.585	1.798.224.554	608.053.644	13.759.019.224
	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z	Z
CERCLES	23,48	95,67	15,20	99,89	100,00	,00	11,10	35,66	57,38	56,23
DIRECTIONS REGIONALES	2,15	,00	,00	,00	,00	,00	1,59	,84	2,22	,98
HOPITAUX NATIONALS	20,43	,00	14,67	,00	,00	,00	,00	,00	,00	7,18
AUTRES HOPITAUX CIVILS	10,01	4,33	10,77	,11	,00	,00	9,41	3,44	24,82	5,45
HOPITAUX MILITAIRES	7,93	,00	,00	,00	,00	,00	10,40	,00	,00	2,99
INSTITUTS	5,01	,00	37,17	,00	,00	,00	37,21	10,63	15,57	5,31
AUTRES SERVICES	1,59	,00	22,20	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,85
DIRECTIONS NATIONALES	29,41	,00	,00	,00	,00	,00	30,29	49,43	,00	17,31
INSTITUT NATIONAL DE PREVOYANCE SOCIALE	,00	,00	,00	,00	,00	100,00	,00	,00	,00	3,70
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

ANNEXE 6

**Répartition des dépenses de santé entre l'Etat
et les autres sources 1983-1987**

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE ENTRE L'ETAT ET LES AUTRES SOURCES 1983

SOURCES	ETAT	AUTRES SOURCES	TOTAL
COUTS	VA	VA	VA
COUTS RECURRENTS	2.924.508.502	5.441.716.779	8.366.225.281
INVESTISSEMENTS	632.176.627	576.043.403	1.208.220.030
TOTAL	3.556.685.129	6.017.760.182	9.574.445.311
	%	%	%
COUTS RECURRENTS	34,96	65,04	100,00
INVESTISSEMENTS	52,32	47,68	100,00
TOTAL	37,15	62,85	100,00

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE ENTRE L'ETAT ET LES AUTRES SOURCES 1984

SOURCES	ETAT	AUTRES SOURCES	TOTAL
COUTS	VA	VA	VA
COUTS RECURRENTS	2.975.098.890	4.843.427.012	7.818.525.902
INVESTISSEMENTS	245.095.538	774.692.544	1.019.788.082
TOTAL	3.220.194.428	5.618.119.556	8.838.313.984
	%	%	%
COUTS RECURRENTS	38,05	61,95	100,00
INVESTISSEMENTS	24,03	75,97	100,00
TOTAL	36,43	63,57	100,00

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE ENTRE L'ETAT ET LES AUTRES SOURCES 1985

SOURCES	ETAT	AUTRS SOURCES	TOTAL
	VA	VA	VA
COUTS RECURRENTS	3.971.391.815	5.994.156.896	9.965.548.711
INVESTISSEMENTS	295.056.285	1.894.290.017	2.189.346.302
TOTAL	4.266.448.100	7.888.446.913	12.154.895.013
	%	%	%
COUTS RECURRENTS	39,85	60,15	100,00
INVESTISSEMENTS	13,48	86,52	100,00
TOTAL	35,10	64,90	100,00

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE ENTRE L'ETAT ET LES AUTRES SOURCES 1986

SOURCES	ETAT	AUTRES SOURCES	TOTAL
	VA	VA	VA
COÛTS RECURRENTS	4.114.819.109	7.727.936.064	11.842.755.173
INVESTISSEMENTS	443.375.534	2.044.993.858	2.488.369.392
TOTAL	4.558.194.643	9.772.929.922	14.331.124.565
	%	%	%
COÛTS RECURRENTS	34,75	65,25	100,00
INVESTISSEMENTS	17,82	82,18	100,00
TOTAL	31,81	68,19	100,00

REPARTITION DES DEPENSES DE SANTE ENTRE L'ETAT ET LES AUTRES SOURCES 1987

SOURCES	ETAT	AUTRES SOURCES	TOTAL
COUTS	VA	VA	VA
COUTS RECURRENTS	4.365.043.990	6.835.107.727	11.200.151.717
INVESTISSEMENTS	331.548.928	2.227.318.579	2.558.867.507
TOTAL	4.696.592.918	9.062.426.306	13.759.019.224
	%	%	%
COUTS RECURRENTS	40,00	60,00	100,00
INVESTISSEMENTS	9,00	91,00	100,00
TOTAL	34,13	65,87	100,00