

La santé au Mali : Miser sur la participation locale

L'AIDE FOURNIE PAR LA BANQUE MONDIALE AU secteur de la santé du Mali a contribué à améliorer l'accès aux services de santé en milieu rural et rendu les médicaments essentiels plus largement disponibles à un prix abordable, conclut une étude récente du Département de l'évaluation des opérations. Les leçons tirées d'un précédent projet de santé, dont les résultats ont été décevants, ont aidé la Banque et ses partenaires à définir les grandes orientations stratégiques, notamment la création d'un secteur de la santé géré à l'échelon local, et financé par le recouvrement des coûts, la réforme de l'office pharmaceutique d'État et l'adoption d'un régime réglementaire favorable à l'utilisation des médicaments génériques essentiels. Il reste des progrès à accomplir, principalement pour augmenter l'utilisation des services de santé, lutter contre la malnutrition, remédier au manque de personnel dans le secteur communautaire et introduire davantage d'équité dans les dépenses publiques de santé.

Généralités

Le Mali est l'un des pays les plus pauvres du monde. La majeure partie de sa population pratique l'agriculture de subsistance non irriguée mais le climat est rude et imprévisible, et les Maliens vivent en permanence sous la menace de la sécheresse. Le taux d'alphabétisation des adultes, qui est inférieur à 20 %, figure parmi les plus

bas du monde. Les services d'éducation sont peu développés, surtout au niveau primaire. La scolarisation des filles n'atteint pas le tiers de la moyenne pour l'Afrique subsaharienne et, en milieu rural, jusqu'à 80 % des enfants d'âge scolaire ne fréquentent pas l'école primaire.

Ces indicateurs sont importants, car la situation économique défavorable et la



faiblesse des revenus brident la demande de services de santé et favorisent l'existence de conditions qui prédisposent la population à la maladie et à la mauvaise santé. Le manque d'instruction, spécialement parmi les filles, pèse sur le niveau des indicateurs de santé et de nutrition pour les enfants et explique en partie la faible utilisation des moyens contraceptifs et les taux de fécondité élevés.

Comme dans la plupart des autres pays d'Afrique subsaharienne, les maladies infectieuses et parasitaires sont les principaux problèmes sanitaires, et les premières causes de décès sont des maladies évitables comme le paludisme, la rougeole, le tétanos, les infections respiratoires aiguës et la diarrhée. La maladie frappe de façon disproportionnée les enfants et les femmes en âge de procréer, et les indicateurs sanitaires sont plus défavorables en milieu rural que dans les agglomérations. La malnutrition est un problème grave : un tiers des enfants de moins de cinq ans et un quart des nourrissons de moins de six mois souffrent d'insuffisance staturale. Il faut, en plus, réagir aujourd'hui à la propagation du VIH qui atteint actuellement 5 % de la population et dont la fréquence augmente.

Quand la Banque est intervenue pour la première fois dans le secteur de la santé au Mali, il y a 20 ans, le pays avait un système de santé centralisé, peu sensible aux besoins de la population. La politique officielle favorisait les soins de santé curatifs destinés à la population urbaine et il en résultait un système éparpillé et inaccessible à la majorité rurale de la population. Un monopole d'État contrôlait la distribution et le prix des médicaments, à la portée seulement d'un tout petit nombre. Au milieu des années 80, les autorités ont mis fin à la garantie de l'emploi pour les diplômés de l'école de médecine et ouvert le secteur à la pratique privée, mais elles ont fixé les honoraires à des tarifs hors d'atteinte pour la plupart, créant toute une catégorie de médecins au chômage. Pour compléter cette description, il faut ajouter l'attitude générale envers les soins de santé : la population avait l'habitude de se soigner en suivant les pratiques et les croyances autochtones.

L'aide fournie par la Banque pour remédier à ces problèmes a permis d'obtenir des résultats considérables, mais certains obstacles résistent aux efforts. Le dialogue de politique économique mené par la Banque et ses études sectorielles ont aidé les autorités à définir une politique nationale de la santé qui a permis d'élargir l'accès aux services de santé en milieu rural et aux médicaments génériques essentiels à un prix abordable. Cependant, les autorités n'ont toujours pas corrigé le déséquilibre en faveur des villes et ne consacrent pas une part suffisante des dépenses aux soins de santé primaires ni au secteur rural. Les opérations de prêt et les projets

de la Banque ont aussi aidé les pouvoirs publics à créer un système de soins de santé de proximité raisonnablement efficace, qui a élargi la couverture aux régions rurales à travers un réseau plus coordonné de donateurs et d'ONG. Dans l'ensemble, cependant, l'utilisation reste faible et les dispensaires ont du mal à recruter des médecins et à offrir un plan de carrière bien défini aux professionnels de la santé. La Banque, les autorités publiques et les autres partenaires sont conscients de ces problèmes et ils ont entrepris un programme d'investissements sectoriels pour y remédier.

L'activité de la Banque dans le secteur de la santé du Mali

Le dialogue de politique économique et les travaux préparatoires qui ont précédé l'approbation, en 1983, du premier projet de la Banque pour la santé au Mali (le Programme de développement du secteur de la santé - PDS) ont, pour la première fois, donné aux autorités maliennes l'occasion de participer directement à la préparation d'un projet financé par un bailleur de fonds. Le projet et sa stratégie s'appuyaient sur une étude épidémiologique faite en 1981, révélant que les villageois ne fréquentaient les dispensaires publics qu'une fois tous les deux ans, en moyenne. Les trois quarts de l'échantillon de population ne s'étaient pas adressés une seule fois à un dispensaire durant l'année précédant l'enquête. L'étude constatait également que le nombre moyen de visites était fonction de la distance par rapport au dispensaire, paramètre d'une importance essentielle dans un pays principalement rural.

Elle montrait aussi que la population la plus exposée aux maladies, c'est-à-dire les enfants et les femmes enceintes, n'était pas traitée en priorité. Les gens s'adressaient avant tout aux guérisseurs traditionnels et utilisaient des herbes médicinales en cas de maladie. Certes, les pharmacies publiques vendaient des médicaments modernes, mais ces produits étaient commercialisés à des prix trop élevés et étaient souvent en rupture de stock. D'autre part, des organismes donateurs et des ONG cherchaient à élargir les services en milieu rural, mais le manque de coordination, de personnel et de ressources pour financer les coûts renouvelables nuisait à l'efficacité et à la pérennité de leur action.

Le PDS a cherché à renforcer la fourniture des services en travaillant avec le système de santé public en place pour construire des dispensaires supplémentaires et former du personnel nouveau. Cependant, les retards d'exécution ont été considérables pour presque toutes les composantes. Les difficultés venaient notamment de l'insuffisance des prestations fournies par les ONG engagées pour construire les installations. Le projet a introduit à titre pilote la formule des fonds renouvelables à gestion locale pour les

Réforme du secteur pharmaceutique

Quand la Banque a commencé à s'occuper du secteur de la santé au Mali, au début des années 80, il était déjà évident qu'une réforme du secteur pharmaceutique s'imposait. La demande de médicaments était suffisamment forte pour que les pharmacies paraétatiques du Mali (PPM) réalisent des bénéfices malgré leurs politiques d'achat inefficaces. Cependant, les médicaments importés par les PPM étaient des préparations de spécialité de marque qui coûtaient cher et qui, souvent, n'étaient disponibles qu'en trop petites quantités. Vu leur personnel pléthorique, les PPM étaient largement exposées au risque de ventes illicites de médicaments et d'autres formes de corruption. Les médicaments étaient vendus à un prix subventionné aux établissements relevant du secteur public, alors que le reste de la clientèle les achetait au prix fort. Ces pratiques, ajoutées aux importations illégales, alimentaient un marché noir des médicaments florissant, qui offrait souvent des produits d'une qualité douteuse.

Dans un premier temps, les autorités ont beaucoup hésité à renoncer aux bénéfices procurés par les PPM qui, de leur côté, étaient naturellement très hostiles à la moindre réforme. Cependant, à la fin des années 80, l'échec du PDS financé par la Banque et celui d'autres initiatives similaires ont aidé à convaincre les hauts responsables du ministère de la Santé qu'une réforme du secteur pharmaceutique s'imposait.

La Banque a compris que les obstacles à la réforme ne venaient pas simplement d'un manque de capacités et, dans le dialogue de politique économique pour le Deuxième projet santé, population et hydraulique rurale, elle a insisté sur la nécessité de modifier le cadre réglementaire. Les autres donateurs et les ONG demandaient l'élimination des PPM, dont l'inefficacité les irritait. Cependant, le personnel de la Banque était hostile à une telle solution, estimant qu'elle n'était pas

politiquement réalisable et qu'une ONG ne pourrait pas se charger du jour au lendemain des gros achats de médicaments prévus pour le Deuxième projet santé, population et hydraulique rurale.

Dans le cadre de la Politique nationale de la santé, le gouvernement, la Banque et les autres partenaires ont mis au point un contrat de plan, prévoyant, à terme, quatre réformes : l'introduction de la concurrence privée dans les ventes de médicaments au détail, l'adoption d'une proportion plus élevée de médicaments génériques dans le secteur sanitaire d'État et dans le secteur communautaire, le plafonnement des marges commerciales et la restructuration des PPM, moyennant la suppression de 200 emplois.

Au début des années 90, la libéralisation a reçu un plus large appui du fait que de nouvelles filières d'importation des médicaments sont apparues et ont stimulé la concurrence dans le secteur. De son côté, le Deuxième projet santé, population et hydraulique rurale a commencé à élargir le secteur de la santé communautaire, si bien que la demande de médicaments génériques a augmenté, accentuant la pression qui s'exerçait sur les autorités en faveur de la pleine application des réformes.

Dès 1993, les PPM avaient commencé à acheter les médicaments génériques essentiels suivant la méthode de l'appel d'offres international (AOI). Au milieu des années 90, le prix des médicaments avait diminué, tombant, pour certains, à 20 % de leur niveau antérieur, et il a continué à baisser, même après la dévaluation du franc CFA en 1994. Dans un premier temps, les troubles civils ont retardé l'exécution du projet, mais la transition démocratique de 1994 a relancé la décentralisation du service de santé, renforcé la participation de la population locale et affaibli l'opposition systématique à la réforme du secteur pharmaceutique.

médicaments, dans l'idée de remédier aux pénuries chroniques en milieu rural. Toutefois, ces tentatives de réforme et de réduction du prix des médicaments ayant échoué, les prix des médicaments vendus dans les pharmacies villageoises sont restés trop élevés pour la plupart et les pharmacies n'ont jamais été rentables. L'expérience a été décevante pour les autorités comme pour la Banque, mais le PDS et les programmes pilotes parrainés par d'autres partenaires ont apporté des enseignements utiles, qui ont ouvert la voie à un profond changement de stratégie de la part de la Banque et des autorités au début des années 90.

Recouvrement des coûts

L'échec du premier projet de la Banque et l'évolution des idées dans le domaine du développement sanitaire ont provoqué une révision de la stratégie de santé publique du pays. La nouvelle orientation s'inspirait des formules de participation locale et de recouvrement des coûts énoncées dans l'initiative de Bamako, entérinée par les ministres africains de la Santé en 1987. Comme prévu par cette initiative, le ministère de la Santé a commencé à collaborer avec l'UNICEF en 1989 pour mettre au point un plan d'action pour le Mali incluant la gestion des coûts par la population locale afin d'élargir l'accès

aux services de santé. La première étape comprenait l'adoption d'un plan national de décentralisation de la planification et de la gestion sanitaires et le développement de la fourniture des médicaments essentiels et de la participation de la population locale à la gestion et au financement des dispensaires locaux.

Forts de l'expérience du PDS, les services de la Banque étaient convaincus que la formule du dispensaire financé par la communauté pouvait réussir, à condition qu'un approvisionnement sûr en médicaments essentiels à bon marché puisse être garanti. La Banque a entrepris de nouer des alliances solides avec les instances dirigeantes et avec l'UNICEF et les autres bailleurs de fonds. Elle a procuré des avis et une assistance technique durant la phase de mise au point de la politique et, ce qui est peut-être plus important, a subordonné l'octroi d'un soutien supplémentaire à l'adoption d'une politique nationale de la santé clairement définie. L'imposition de cette condition a stimulé le processus de définition de la politique nationale et créé un lien entre celle-ci et le nouveau projet.

La politique nationale a été mise au point par une petite équipe de spécialistes du ministère de la Santé, mais, à cause des liens étroits entre les services de l'administration nationale et la Banque, certains bailleurs de fonds ont voulu y voir une « politique de la Banque ». En fait, cette politique a survécu aux troubles civils et aux transitions politiques du début des années 90, y compris au passage de quatre ministres successifs au ministère de la Santé et à l'installation d'un gouvernement issu d'élections démocratiques en 1994, grâce au ferme soutien des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé.

En vertu de la nouvelle politique, l'organisation de la fourniture des services en milieu rural a été détachée des structures administratives de l'État. Le secteur public s'est associé aux populations locales pour élargir l'accès aux services de santé, notamment en confiant à ces dernières la gestion des dispensaires et des recettes provenant du recouvrement des coûts. La politique prévoyait aussi la réforme du secteur pharmaceutique, en particulier la restructuration des pharmacies paraétatiques qui ne fourniraient désormais plus que les médicaments essentiels et génériques, cependant que le secteur privé était autorisé à importer et à vendre des médicaments.

Mesures pour remédier aux problèmes essentiels

Le Projet santé, population et hydraulique rurale, lancé en 1991, visait à régler les problèmes complexes de l'accès aux services de santé en milieu rural, du coût des médicaments et de la coordination des soins. Il a contribué à établir et à étendre le nouveau système de proximité dans quatre districts et dans la capitale et a été cofinancé par plusieurs autres bailleurs de fonds, avec un financement et

un soutien technique parallèle de l'UNICEF. La participation de l'UNICEF, surtout la présence d'un spécialiste technique senior de cette organisation dans chaque région, a eu une importance cruciale pour l'établissement des plans sanitaires de district et pour la supervision des nouveaux dispensaires communautaires.

Le projet a sensiblement élargi l'accès aux établissements de santé et, grâce à la réforme du secteur pharmaceutique, il a accru l'offre de médicaments à des prix abordables. En 1998, près de 300 nouveaux dispensaires avaient été créés, dont un tiers financé par le PSPHR, et le pourcentage de la population vivant dans un rayon de 15 km autour d'un dispensaire était passé à 39 %, au lieu de 17 % en 1995. Les dispensaires avaient largement réussi à améliorer la couverture du service et la satisfaction de la clientèle et ils étaient parvenus à financer la majeure partie des dépenses renouvelables, salariales et non salariales, au moyen des ressources provenant du recouvrement des coûts. De plus, des comités de gestion avaient été créés pour certains dispensaires publics existants, bien que le personnel soit toujours employé par l'État. Près de la moitié des dispensaires du pays appartiennent toujours au ministère de la Santé, qui en assure la gestion.

La Banque a poussé à la restructuration des PPM, à l'élimination des obstacles à la concurrence privée et à la spécialisation des PPM dans l'achat des médicaments génériques essentiels, en faisant de ces mesures des conditions d'approbation du projet. Les progrès ont d'abord été lents, jusqu'à ce que l'utilisation de la méthode des appels d'offres internationaux fasse baisser fortement les prix officiels des médicaments. Les prix ont continué à diminuer même après la dévaluation du franc CFA en 1994. Les médicaments génériques sont aujourd'hui largement disponibles et les prix sont suffisamment bas pour que les dispensaires communautaires réussissent à financer les dépenses renouvelables à partir des recettes des ventes de médicaments. La plupart des médicaments spécialisés sont fournis par le secteur privé.

Enfin, la méthode de planification décentralisée introduite par le projet a permis d'associer de plus près les bénéficiaires à la planification et à la prestation des services, ce qui a allégé les tâches et réduit les goulets d'étranglement dans l'administration centrale. Le PSPHR a servi de cadre général pour l'apport des concours de plusieurs bailleurs de fonds agissant de concert avec la Banque ; combiné à la politique nationale, il a contribué à améliorer la coordination des activités des bailleurs de fonds et des pouvoirs publics.

Les défis futurs

Les premiers dispensaires gérés localement ont été créés au milieu des années 90, juste avant la dernière enquête

démographique et sanitaire. Il est donc trop tôt pour attribuer aux effets du PSPHR les variations des indicateurs de santé du Mali. Cependant, les données recueillies font apparaître de modestes améliorations dans les dix dernières années. La mortalité juvénile et infantile a légèrement reculé, bien qu'elle reste encore élevée, même par rapport aux taux régionaux plutôt forts. Un enfant sur quatre meurt toujours avant l'âge de cinq ans. En milieu rural, le pourcentage des enfants totalement vaccinés est passé de 0 % à 24 %, en grande partie grâce à l'élargissement de la couverture par le DTC3 en milieu rural. La proportion des femmes qui passent au moins une visite prénatale en cours de grossesse était de la moitié en 1995, contre environ un tiers en 1987, et la couverture par le vaccin antitétanique est passée de 18 % à 50 %. L'enquête indique aussi que certaines pratiques sanitaires se sont améliorées, notamment pour l'accompagnement médical des naissances par du personnel formé et pour le pourcentage d'enfants soignés contre la diarrhée.

La prévalence et la gravité de la malnutrition chez les enfants contrastent vivement avec ces améliorations. Le nombre d'enfants atteints de malnutrition est extrêmement préoccupant (23 % des enfants maliens souffrent d'un retard de croissance, selon l'enquête démographique et de santé de 1995/96) et la prévalence de la malnutrition est comparable à celle observée dans les pays qui sortent tout juste d'une période de famine ou de conflit civil (voir le tableau ci-dessous). L'insuffisance staturale et pondérale est largement répandue depuis la fin des années 80 et a peut-être augmenté dans les dix dernières années (bien que les chiffres de l'enquête démographique et de santé de 1987 ne soient pas forcément fiables). Une analyse des résultats de l'enquête de 1995/96 indique que plus de la moitié de la mortalité chez les enfants de moins de cinq ans pourrait être due à la malnutrition (15 % de malnutrition grave et 42 % de malnutrition légère à modérée). Il est tout à fait évident que l'élargissement de l'accès aux services de santé sans une amélioration de la nutrition ne fera pas progresser sensiblement la santé juvénile.

Pourquoi des progrès sont absolument nécessaires : L'augmentation de la malnutrition au Mali

	1987	1998-89	1995-96
Insuffisance staturale (taille/âge)	24 %	27 %	30 %
Insuffisance pondérale (poids/taille)	11 %	18 %	23 %
Dénutrition (poids/taille)	31 %	43 %	40 %

L'utilisation doit suivre l'accessibilité

Malgré tout ce que la Banque et les pouvoirs publics ont fait pour améliorer l'accès matériel aux services de santé en milieu rural et pour augmenter l'utilisation des services de soins curatifs et préventifs dans les zones desservies par les dispensaires communautaires, les taux d'utilisation restent bas. En 1996, les Maliens n'ont fréquenté un dispensaire relevant de l'État ou géré par la communauté que 0,16 fois en moyenne. Les taux d'utilisation sont légèrement supérieurs dans les dispensaires à gestion communautaire, mais ils restent bien loin du taux moyen prévu d'une visite par an.

Le PSPHR comportait également des mesures pour renforcer le mécanisme d'orientation initiale des patients à l'échelon du district, mais plusieurs difficultés subsistent dans le dispositif d'orientation entre les dispensaires communautaires et les établissements de district, notamment à cause du manque de transport ou du coût très élevé des déplacements, du manque de formation du personnel des dispensaires au sujet des protocoles d'orientation et, parfois, de l'insuffisance des compétences à l'échelon du district pour traiter les cas renvoyés par les autres établissements.

La faiblesse persistante des taux d'utilisation, malgré les mesures prises pour améliorer l'accès géographique, a plusieurs causes. Les coûts restent un obstacle infranchissable pour beaucoup, malgré la baisse du prix des médicaments génériques essentiels. L'accès matériel est toujours un problème, surtout à la saison des pluies, car une grande partie de la population doit encore parcourir à pied de longues distances pour parvenir à un dispensaire. L'action de promotion auprès des communautés reste insuffisante : le personnel des établissements de soins se contente souvent d'attendre les clients. La composante planning familial du PSPHR (financée par l'USAID et faisant appel à des ONG pour assurer les services) n'a pas été bien intégrée à la composante dispensaires communautaires. De nombreux clients potentiels préfèrent toujours la médecine traditionnelle, et les attitudes évoluent lentement dans une société rurale traditionnelle. Enfin, la décision de se faire soigner dépend de celui qui contrôle les ressources du ménage, qui est souvent l'homme.

Le recrutement du personnel a une importance majeure

Étant donné que les dispensaires qui appartiennent à l'État continuent de fonctionner parallèlement aux dispensaires communautaires, le secteur communautaire de la santé a beaucoup de mal, entre autres, à attirer et à retenir du personnel de santé qualifié. Il n'offre ni sécurité de l'emploi, ni assurance retraite ni perspectives de carrière, et les dispensaires sont souvent situés dans des régions isolées. Le personnel employé par les dispensaires communautaires se

montre souvent plus attentif aux besoins de la population, mais la plupart des professionnels de la santé expriment une forte préférence pour le service de l'État. Pour toutes ces raisons, de nombreux postes restent vacants. Certains établissements n'ont pas d'infirmier depuis plus d'un an. Comme la rémunération est fixée par les responsables locaux, les professionnels de la santé sont attirés par les zones urbaines ou par les régions les plus prospères. De plus, la formation professionnelle donne une plus grande place aux services curatifs qu'à la promotion de la santé publique.

Les dépenses de santé de l'État continuent d'avantager les zones urbaines

Le financement des services de santé de base et des soins préventifs au Mali se heurte à un certain nombre de difficultés fondamentales. La principale vient de la capacité limitée des pouvoirs publics de mobiliser les ressources nécessaires pour la santé, alors que le pays a un revenu annuel de 250 dollars par habitant. Jusqu'à présent, les recettes que l'État parvient à lever n'ont jamais dépassé 10 % environ du PIB.

L'État fournit moins du cinquième du total des ressources consacrées à la santé, soit beaucoup moins que les ménages (50 %) ou que l'aide extérieure (25 %). Cependant, même les fonds que l'État consacre effectivement aux dépenses de santé ne sont pas utilisés efficacement ni équitablement. La majeure partie des modestes ressources publiques est dépensée pour les soins tertiaires en milieu urbain et pour l'administration centrale. Les subventions publiques atteignent leur maximum, et le recouvrement des coûts son minimum, dans les établissements tertiaires urbains. L'inverse est vrai dans les établissements ruraux. Certes, les subventions publiques pour les soins de plus haut niveau pourraient être considérées comme une forme d'assurance sociale en cas de maladie grave, mais, en pratique, les bénéficiaires de ces services appartiennent largement aux catégories à revenu élevé. D'autre part, malgré l'augmentation des concours des bailleurs de fonds au profit des régions rurales durant les dix dernières années, la place croissante qu'ils occupent ne va pas sans poser de problèmes. Fait surprenant, les programmes de soins de santé primaires et d'éducation sanitaire ont été financés intégralement par les bailleurs de fonds en 1997.

Prochaines étapes

Grâce au cadre solide qui a été mis en place, caractérisé par l'existence d'un système de prestation des services accessible en milieu rural et coordonné par l'approvisionnement plus abondant en médicaments génériques essentiels, les pouvoirs publics peuvent aujourd'hui poursuivre l'objectif plus vaste consistant à

établir un système de soins de santé pour tous, pratique et adapté aux besoins de la population. Les perspectives sont bonnes. Les autorités nationales ont été aux commandes d'un bout à l'autre des préparatifs du projet et de la définition de la politique de santé. Cette expérience a renforcé le développement des capacités au ministère de la Santé et donné à l'ensemble du secteur l'occasion d'apprendre sur le tas.

En 1998, les autorités ont achevé la mise au point d'un plan stratégique décennal pour le secteur, accompagné d'un programme d'investissement quinquennal ; ces deux documents doivent servir de références pour les programmes de l'État et ceux des bailleurs de fonds. Les plans ont été établis en prévision de la prochaine phase des opérations de la Banque (le Programme d'investissement sectoriel) qui financera la stratégie définie par les autorités et tâchera de remédier aux problèmes sectoriels qui demeurent. Le programme d'investissement sectoriel servira à structurer plusieurs programmes financés par des bailleurs de fonds, mais dans la plupart des cas, ceux-ci continueront à gérer leurs fonds séparément.

Le programme d'investissement sectoriel a quatre grandes composantes. La première porte sur la construction, la rénovation et l'aménagement des dispensaires communautaires à l'échelon des villages et des districts, plus certains travaux de rénovation et d'aménagement des hôpitaux régionaux et nationaux. La seconde porte sur la formation technique et la gestion du personnel du secteur de la santé. La troisième prévoit l'élargissement des mécanismes d'assurance médicale et de partage des coûts, et la quatrième concerne la restructuration des hôpitaux publics pour améliorer le recouvrement des coûts, l'efficacité par rapport au coût et l'efficacité technique. Le programme vise également à perfectionner la gestion de la santé à l'échelon des districts, y compris les services d'orientation, à renforcer l'informatique de gestion, à augmenter la participation communautaire dans les établissements de soins et à créer des modules de gestion pour les hôpitaux.

Leçons à retenir pour les initiatives futures

L'aide de la Banque a progressé au long des 20 dernières années : elle est partie d'un projet pilote pour la santé dans une seule région (qui n'a pas réussi), puis elle est passée à un « projet cadre », correspondant à une nouvelle politique de la santé, qui a été cofinancé par plusieurs bailleurs de fonds, et ensuite à un programme d'investissement sectoriel, conforme à une stratégie nationale qui doit englober tous les investissements dans le secteur. Cette progression est allée de pair avec un renforcement de la volonté, chez les pouvoirs publics, de définir des stratégies et des priorités sectorielles.

La Banque a vivement encouragé les autorités à adopter une approche globale du secteur, mais les autorités elles-mêmes sont entièrement aux commandes. Auprès des bailleurs de fonds, la Banque a joué un rôle de chef de file, tout en s'efforçant d'attirer d'autres partenaires. De l'avis des responsables publics, la Banque a réussi à établir un lien entre son aide et les réformes et autres mesures sectorielles clés. Cependant, selon certains partenaires bailleurs de fonds, la définition de la politique générale et les procédures d'évaluation du Programme d'investissement sectoriel ont été exagérément influencées par le calendrier et le programme propres de la Banque. Étant donné l'influence que la Banque exerce dans le secteur de la santé au Mali, il faut qu'elle agisse avec prudence et dans un esprit de collaboration, et qu'elle veille à ne pas jouer un rôle dominant dans le choix des grandes orientations. La Banque doit aussi faire preuve d'une plus grande rigueur dans le suivi et l'évaluation, spécialement quand de nouveaux mécanismes de prestation des services sont appliqués à titre pilote avant d'être étendus à tout le pays.

L'expérience de la Banque au Mali apporte aussi d'autres enseignements qui peuvent lui être utiles pour le déroulement de son nouveau Programme d'investissement sectoriel :

- Les services de soins curatifs n'amélioreront pas à eux seuls les résultats du secteur de la santé. Il faut leur adjoindre des programmes appropriés d'éducation sanitaire et d'information, des activités de planning fa-

miliaire et des mesures de surveillance et d'intervention en matière de nutrition, et intégrer concrètement ces services avec ceux qui sont offerts par les ONG.

- Le mécanisme de recouvrement des coûts des établissements à gestion communautaire pour les soins de santé ne crée pas d'incitations en faveur d'activités d'origine locale pour promouvoir l'usage des services de santé. Il faut cependant renforcer les activités de ce type pour améliorer encore la situation sanitaire et nutritionnelle.
- L'incorporation concrète des besoins du secteur de la santé dans le dialogue macroéconomique et budgétaire continuera à nécessiter des échanges constants entre les spécialistes macroéconomiques et sectoriels de la Banque, ainsi qu'un ensemble d'études sectorielles pour faire concorder les priorités et les budgets et tableaux d'effectifs sectoriels.
- Les objectifs de l'action à base communautaire doivent être élargis au-delà des questions d'accès, en ciblant les problèmes de coût qui continuent à se poser, l'insuffisance des efforts d'information et la préférence persistante pour la médecine traditionnelle ou l'automédication.
- La création d'un secteur communautaire indépendant de l'État a probablement rendu les prestataires de services plus attentifs aux besoins des dispensaires locaux, mais il faut remédier au manque de sécurité de l'emploi et à l'incertitude des perspectives de carrière pour que les établissements à gestion communautaire puissent attirer et retenir tous les professionnels de la santé dont ils ont besoin.

► Ce *Précis* s'inspire de *The World Bank and the Health Sector in Mali* par **Timothy Johnston**, **Sheila Dohoo Faure** et **Laura Raney**, Rapport n° 18112, juin 1998. Les administrateurs et le personnel de la Banque peuvent se procurer ce rapport auprès de l'Unité de documentation interne et des centres d'information régionaux, et le public auprès de l'InfoShop de la Banque mondiale.

