

# *Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali*

Pierre Blaise, Guy Kegels  
& Wim Van Lerberghe,

avec la collaboration de  
Birama Djan Diakité & Garba Touré

---

*Studies in Health Services Organisation & Policy, 5, 1997*



ITGPRESS

*Studies in Health Services Organisation & Policy*, 5, 1997  
Series editors: W. Van Lerberghe, G. Kegels, V. De Brouwere  
© ITGPress, Nationalestraat 155, B2000 Antwerp, Belgium.  
E-mail : isa@itg.be

Authors:

Pierre Blaise, Guy Kegels & Wim Van Lerberghe : ITM, Antwerp  
Birama Djan Diakité & Garba Touré : Association pour le Développement  
de la Recherche en Sciences Sociales de la Santé, Bamako, Mali

Title:

“Coûts et financement du système de santé de cercle au Mali”

D/1997/0450/5

ISBN 90-76070-05-9

ISSN 1370-6462

*Cette étude est le résultat d'une collaboration entre le Ministère de la Santé, des  
Personnes Agées et de la Solidarité du Mali - à travers le Projet Santé, Population  
et Hydraulique Rurale -, l'Institut National de Recherche en Santé Publique de  
Bamako (INRSP), et l'Institut de Médecine Tropical d'Anvers.  
La publication de ce travail a été rendu possible grâce au soutien de la  
Banque Nationale de Belgique.*

---

## 1. Introduction :

# *Pourquoi une étude sur le financement des cercles au Mali?*

---

### *Le contexte*

La politique sectorielle de la santé au Mali s'est donné pour objectif l'amélioration de l'état de santé de la population et particulièrement celle des femmes et des enfants. Les résultats attendus en sont la réduction de la mortalité et de la morbidité materno-infantile, l'augmentation de la couverture vaccinale, et de la prévalence contraceptive ; on vise cependant également explicitement l'amélioration de l'accessibilité des services et la disponibilité en médicaments essentiels.

C'est le cercle qui a été défini comme le niveau de décentralisation optimal pour la planification de la mise en oeuvre de la politique sectorielle. Le système de santé de cercle au Mali correspond globalement au système de santé de district tel que définie par l'OMS. Il est composé d'un réseau de formations sanitaires de premier échelon<sup>1</sup> et d'un « centre de santé de référence », le tout géré par une « équipe socio-sanitaire de cercle » (Tableau 1). La notion de participation communautaire a au Mali un sens particulier: La mise en oeuvre de la politique sectorielle repose sur la négociation d'un contrat entre une population bien définie et les services de santé.

La politique sectorielle vise une mobilisation optimale des ressources par une coordination de l'intervention des bailleurs ; la sécurisation du financement d'activités essentielles mais souvent ignorées comme la supervi-

---

<sup>1</sup> Des dépôts répartiteurs ont été mis en place dans chaque cercle et des dépôts-vente au niveau des centres de santé. Ces dépôts reposent sur une gestion communautaire distincte de celle des centres de santé, afin de réduire le risque de décapitalisation du fonds de roulement en médicaments.

sion ; et l'utilisation des ressources financières dégagées par le recouvrement des coûts là où elles ont été générées.

TABLEAU I. LES ELEMENTS DU SYSTEME DE SANTE DE CERCLE AU MALI

Il y a différents types de formations sanitaires au premier échelon : les centres de santé communautaires (CSCOM), les centres de santé d'arrondissement revitalisés (CSAR), et les centres de santé d'arrondissement (CSA).

Les CSCOM sont des formations sanitaires privées, à but non lucratif, qui ont passé une convention avec les services de santé de l'état. Certaines de ces formations sanitaires sont d'anciens dispensaire-maternités, d'autres des formations préexistantes de statut variable, d'autres enfin sont des créations nouvelles. Toutes sont gérées par une Association de Santé Communautaire (ASACO) émanant des collectivités locales. La convention avec les services de santé de l'état prévoit des droits et devoirs des deux côtés, comme par exemple l'engagement du Centre de Santé de fournir un paquet minimum d'activités (le PMA), et celui des services de santé de l'état de fournir un appui en formation et supervision.

Les CSA sont des dispensaires d'état. Lorsqu'un CSA a été « revitalisé », on l'appelle CSAR : cela indique qu'il a commencé à fonctionner selon les mêmes conditions qu'un CSCOM - à l'exception bien sûr de son statut : on y retrouve du personnel payé par l'état.

Le centre de santé de première référence ou CSC (Centre de Santé de Cercle) offre un plateau technique complémentaire au premier échelon pour prendre en charge les hospitalisations, et particulièrement les urgences médicales, chirurgicales et obstétricales. Les CSC concernés par la mise en oeuvre de la politique sectorielle font l'objet d'un renforcement comprenant la rénovation des infrastructures, la fourniture d'équipement, une formation des personnels et un appui à l'organisation. L'équipe cadre de ce système de santé de cercle est l'Equipe Socio-Sanitaire de Cercle (ESSC). Elle élabore et réalise les Plans de Développement Socio-Sanitaire de Cercle (PDSC). Elle supervise les formations de premier échelon, assure la formation continue du personnel, et est impliquée dans les activités de services de première référence.

Le financement de ce système de santé de cercle doit se faire à travers un mélange de subventions et de paiements directs par la population. Les subventions peuvent concerner les coûts récurrents ou les investissements, les frais de personnel ou de fonctionnement. Elles peuvent provenir de l'état, directement ou à travers des bailleurs institutionnels, des collectivités, de bailleurs extérieurs, de contributions de ressortissants. Elles peuvent

être en nature (carburant, dotation de médicaments, équipement, affectation de personnel fonctionnaire dans une formation privée...) ou monétarisées. Les paiements directs peuvent être à l'acte, à l'achat de services ou de biens, forfaitaires, par prépaiement sous forme de cotisations ouvrant ou non des droits. D'une façon générale, ils sont monétarisés. Le partage des coûts est différent pour les trois composantes essentielles des systèmes de santé de cercle. Le montage retenu lors du démarrage de la politique sectorielle est présenté dans le Tableau 2.

TABLEAU 2. LE PARTAGE DES COÛTS POUR LES DIFFÉRENTES COMPOSANTES DES SYSTÈMES DE SANTÉ DE CERCLE

	INVESTISSEMENT & AMORTISSEMENT	SALAIRES	FONCTION NEMENT	MEDICA MENTS	DIVERS
Equipe cadre	Etat et Partenaires	Etat	Etat		Etat
Niveau de référence	Etat et Partenaires	Etat	Tarifification	Usagers	Etat
Premier échelon	Etat, Partenaires, Populations, Collectivités, Appui ONG	Usagers & Collectivités	Tarifification	Usagers	Usagers & Collectivités

L'essentiel de la politique sectorielle consiste dans la mise en place de ces systèmes de santé de cercle. Son état d'avancement, et les problèmes rencontrés sont bien décrits ailleurs. On en est en ce moment à un stade de passage d'une structure de type projet (le PSPHR) vers celle d'une planification nationale, qui pourrait être matérialisée par un plan décennal. De là le besoin d'avoir une vue plus claire sur les problèmes de financement et d'utilisation des ressources au niveau des cercles. Il faudra en effet chercher des solutions de dosage optimal du mélange des outils de financement divers. Il y a un consensus sur une série de critères à considérer pour que ces outils fassent plus que simplement mobiliser les ressources, mais pour qu'ils contribuent à construire un système de santé réellement au service des populations (Tableau 3).

TABLEAU 3. DES CRITERES POUR GUIDER LE DOSAGE DES DIVERS INSTRUMENTS DE FINANCEMENT

*CRITERES MAJEURS*

*CONTINUITE.* Le système de financement doit éviter de créer des barrières financières au cours de la prise en charge d'un épisode morbide ou d'un épisode de risque à la fois dans le temps et entre les formations sanitaires.

*Solidarité.* Le système doit promouvoir ou permettre un élément de solidarité ou d'entraide, à l'intérieur de la communauté ou entre les communautés concernées.

*CONSCIENTISATION.* Il doit contribuer à rendre les acteurs du système (usager, agents de santé, gestionnaires du système) conscient du coût financier des soins, de sorte que les communautés comme les agents de santé puissent prendre part (à court moyen ou long terme) dans une participation à la gestion sur une base d'information et de compréhension correcte sur le volume et la provenance des moyens financiers nécessaires.

*VIABILITE.* Le système doit être financièrement viable.

*CRITERES CIRCONSTANCIELS*

Comme la couverture est inégale sur le territoire d'un cercle (en terme d'accessibilité au service), le système de financement doit **peser plus lourd sur ceux qui ont accès** aux services que sur ceux qui ne l'ont pas.

Comme le système à gérer est complexe et non homogène, le système de financement doit permettre une réelle **gestion du système dans son ensemble** (ce qui implique la possibilité de redistribuer une partie des revenus générés par différentes composantes du système). La gestion même du système a un coût qu'il faut financer.

## *Les questions*

Depuis quelques années un nombre considérable de centres de santé communautaires ont été ouverts et de centres de santé d'arrondissement revitalisés. L'accessibilité des populations à des services offrant un paquet minimum d'activités s'est accru. Les centres de santé ont une autonomie financière et un certain nombre commencent à avoir des excédents sur leurs recettes d'exploitation. D'autres centres de santé rencontrent des difficultés

et témoignent de la fragilité des constructions financières. D'autre part les centres de santé fonctionnels ressentent de plus en plus le besoin d'un plateau technique de référence adapté pour répondre aux besoins de leurs malades référés. Il faut pouvoir affronter maintenant, plus que pendant les dernières années, ce volet également.

L'extension future des approches suivies devra donc se faire dans diverses directions : d'une approche focalisée sur le premier échelon vers un développement à la fois du premier et du deuxième échelon, des premiers centres de santé créés là où les conditions étaient optimales vers les autres aires a priori plus difficiles, et des premiers cercles vers les autres cercles du pays.

Cela appelle un certain nombre de questions sur la viabilité des approches suivies jusqu'à présent, sur les possibilités de les rendre moins fragiles, sur les capacités du système dans son ensemble d'assumer ces extensions, et sur les équilibres à trouver entre des objectifs qui peuvent être partiellement en compétition pour les ressources limitées.

L'étude des résultats et activités de quatre cercles socio-sanitaires pendant l'année 1996, se propose dans une première étape de fournir des informations essentielles pour pouvoir aborder les questions de stratégie future. Il s'agit de savoir:

- ✓ Pour le premier échelon : Combien coûte un centre de santé? Qu'achète-t-on pour cet argent, quels sont les services produits, avec quels résultats? D'où vient l'argent, qui paie? En quelle mesure sont-ils autofinancés ? Sont-ils réellement viables ? Quel est l'équilibre financier de ces centres de santé ?
- ✓ Pour le niveau de référence : Quel est le coût du plateau actuel de référence? Quels seraient les coûts d'investissement et récurrents marginaux d'un plateau de référence amélioré?
- ✓ Quel est le coût de la gestion du système de santé de cercle?

On peut alors, dans une deuxième étape, aborder une série de questions de stratégie:

- ✓ Pour le premier échelon : comment optimiser l'utilisation des ressources dans les CS qui présentent des excédents sur leur compte d'explo-

tation ? Que faire des CS « déficitaires » ? Quelle approche pour l'extension vers des aires jugées « non viables » ?

- ✓ Quelles sont les possibilités, les alternatives pour assurer un financement de CSC viable et accessible?
- ✓ Comment gérer le système de façon globale ? Quels sont les acquis à conserver ? Comment trouver un équilibre entre les acquis à conserver, la consolidation de l'existant, l'extension de la couverture du réseau de premier échelon et la mise en place d'un niveau de référence plus adéquat?

Il est évident qu'on ne peut répondre à toutes ces questions rien qu'en faisant l'observations de ce qui s'est passé, pendant une année particulière, dan quatre cercles. Il n'en reste pas moins utile de mettre les principes et les politiques dans la perspective des réalités du terrain.



---

## 2. L'étude des coûts et du financement de quatre cercles socio-sanitaires

---

### *L'enquête de terrain*

Les données présentées dans cette étude proviennent d'une enquête de terrain réalisée en janvier 97 par l'ADRESS et l'IMT sur quatre cercles : Djenné (population couverte 125.676), dans la région de Mopti, Kolondieba (population couverte 116.297), dans la région de Sikasso, Bla (population couverte 105.197), dans la région de Segou, et la Commune V (population couverte 88.098) de Bamako. Elle a concerné l'ensemble des formations sanitaires en activité dans ces cercles pendant toute l'année 1996 (Tableau 4).

Ces quatre cercles ne sont évidemment pas représentatifs de la situation de l'ensemble du Mali. L'objectif de l'étude n'est en effet pas de décrire la situation moyennement prévalente au Mali. Il s'agit plutôt de cerner les marges de manoeuvre pour l'opérationnalisation de la politique sectorielle dans les années à venir, des conditions, risques et potentiels existants. Ce sont donc des cercles qui présentent une masse critique de centres de santé fonctionnels et un certain degré d'organisation du système qui ont été retenus. D'éventuelles extrapolations concernant l'ensemble des cercles devraient bien entendu tenir compte des spécificités propres à chaque cercle.

L'enquête de terrain visait à (i) mesurer pour chaque aire de santé, pour le centre de santé de cercle et pour l'équipe socio-sanitaire, la totalité des coûts engagés pour réaliser les activités de terrain ; (ii) dégager pour chacun de ces niveaux la structure des coûts, et les relier aux services produits ; (iii) identifier l'origine des fonds utilisés ou générés et leur destination, par niveau de service et par activité ; et (iv) décrire les expériences de financement à base communautaire existantes.

TABLEAU 4. FORMATIONS SANITAIRES INCLUES DANS L'ENQUETE.

<p>Niveau de référence : 4 Centres de Santé de Cercle (CSC)</p> <p>Premier échelon : 37 centres de santé</p> <p>13 Centres de santé communautaires ruraux (CSCOM) : population moyenne 7.904</p> <p>5 Centres de santé communautaires urbains de Bamako (CSCOMU) : population moyenne 17.620</p> <p>12 Centres de santé d'arrondissement revitalisés (CSAR), y compris les centres de santé au chef-lieu des cercles, considérés ici comme des centres de santé ruraux : population moyenne 15.299</p> <p>5 Centres de santé communautaires ruraux 'non-revitalisés' (CSCOMNR). Ils correspondent à d'anciens dispensaires maternités en cours de transformation en CSCOM, ou de nouveaux centres dont le processus de mise en fonction n'est pas achevé, mais qui néanmoins ont commencé des activités. Tous les intrants n'y sont pas encore disponibles et la rationalisation de la gestion n'est pas achevée. 4 d'entre eux ont été inaugurés en décembre 96. Ils sont donc considérés comme non revitalisés pour l'année 96. Population moyenne : 7.526</p> <p>2 Centres de santé d'arrondissement (CSA) qui n'ont pas encore fait l'objet d'une revitalisation : population moyenne 11.603</p>
--

Dans chaque centre de santé les informations disponibles ont été recueillies sur l'ensemble des dépenses et des recettes, avec leurs sources et allocations, ainsi que sur les activités réalisées pendant l'année 1996. Le recueil des données s'est déroulé sur trois semaines pendant le mois de janvier 1997. Pendant l'enquête les expériences originales de financement communautaire ont également été documentées.

Le produit de cette enquête est une base de données comprenant l'ensemble des mouvements financiers et les enregistrements des activités réalisées par les centres. Cette base de données a permis de reconstituer les comptes d'exploitation détaillés de chaque centre de santé ainsi que quelques indicateurs de charge de travail des centres et de certaines performances en termes de couverture ou d'utilisation.

## *La mesure des coûts*

Sur les quatre cercles étudiés, tous les montants financiers reçus par les 41 formations sanitaire et toutes les dépenses effectuées ont été recueillis avec leur origine et leur destination. Ils couvrent une période d'un an de Janvier à Décembre 96 pour tous les centres. Les ressources mises à disposition en nature ont été valorisées. On a considéré qu'elles avaient été utilisées au cours de la période qu'elles étaient censées couvrir lorsque l'information concernant leur utilisation réelle n'était pas disponible.

Dans quelques cas, il n'y avait pas d'information concernant les achats de médicaments. Dans la mesure où des médicaments avaient été vendus, et qu'il en restait en stock, des achats (ou des dons) avaient probablement eu lieu. La valeur de ces achats a été estimée<sup>2</sup> en fonction du coefficient de vente appliqué par le centre. Nous avons par ailleurs tenu compte de la variation d'inventaire dans les comptes d'exploitation.

L'inventaire complet des équipements existants dans les centres a été réalisé en vue de calculer les charges d'amortissements. L'analyse a révélé une grande hétérogénéité des situations. Certains centres cumulent d'anciennes dotations avec d'autres plus récentes. Certains équipements jugés peu utiles ou peu pertinents sont en pléthore dans certains centres. Par conséquent il a été estimé peu judicieux de baser les estimations d'amortissement sur le renouvellement d'un équipement existant, pas nécessairement adapté. Nous avons finalement retenu le principe du calcul de l'amortissement sur ce qu'il faudra remplacer pour maintenir le centre en situation d'offrir le paquet minimum d'activités. Nous nous sommes donc basés sur des listes type<sup>3</sup> fournies par l'UNICEF et le PSPHR.

En ce qui concerne les bâtiments, nous partons du principe qu'il faudrait pouvoir remplacer le centre au bout de 20 ans. L'analyse du coût des centres de santé nouvellement construits neufs dans le cadre du projet

---

<sup>2</sup> Il est évident que cette approximation "gomme" d'éventuelles erreurs de gestion du médicament. Dans ces cas, nous avons porté dans les comptes d'exploitation, la mention "valeur estimée" afin de ne pas en tenir compte pour apprécier la qualité de la gestion du médicament.

<sup>3</sup> Là encore, il existe une variabilité, même si les ordres de grandeur sont les mêmes.

montre une faible variabilité en dehors du biais urbain. Nous avons donc retenu les valeurs moyennes des constructions neuves réalisées par le projet pour un centre urbain et pour un centre rural. Le calcul de l'amortissement linéaire a été fait en utilisant un taux d'inflation de 5%. La valeur de remplacement ( $VR$ ) à échéance de  $n$  années est calculée selon les formules classiques:

$$VR = \text{Valeur d'acquisition} \times (1 + 0.05)^n$$

et

$$\text{Amortissement} = VR/n$$

Les comptes d'exploitation des centres ont ainsi pu être reconstitués. Leur précision n'est pas parfaite dans la mesure où les données n'étaient pas toujours accessibles durant la période limitée dévolue au recueil de données. Mais après traitement et recherche des données manquantes, elles sont probablement suffisamment cohérentes pour permettre de considérer les ordres de grandeur comme fiables.

Dans de nombreuses circonstances il s'avère intéressant de reporter des coûts aux populations desservies. Pour les charges par habitant au niveau des CSC, nous avons utilisé non pas la population administrative du cercle mais la *somme des populations des aires servies* par les centres de santé en activité. Il s'agit donc de la population du cercle couverte par le réseau existant de centres de santé (CSA, CSCOM, revitalisés ou non)<sup>4</sup>, ce qui surestime légèrement les charges par habitant des CSC.

---

<sup>4</sup> L'alternative aurait artificiellement sous-estimé les coûts par habitant desservi, mais il y a un choix à faire.

---

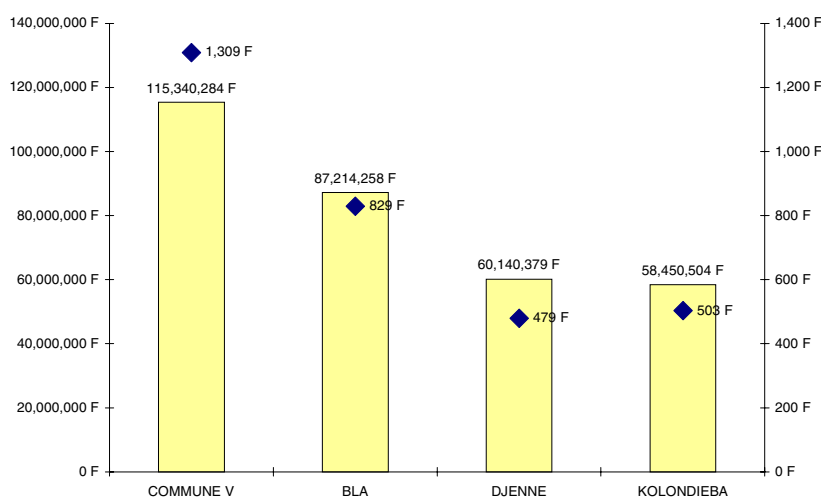
### 3. Le coût de l'ensemble des formations des cercles

---

Les charges totales, pour l'ensemble des formations sanitaires des quatre cercles en 1996, se sont élevées à 751 millions de CFA : 321.1 MCFA (40%) pour les coûts récurrents (personnel et fonctionnement) et 430.7 MCFA (60%) pour l'amortissement. Comme nous le verrons plus loin, l'amortissement du bâtiment représente une charge fort importante. Les charges récurrentes, hors amortissements, vont de 58 M FCFA à Kolondiéba à 115 M FCFA à la Commune V (Figure 1).

Cela n'est pas dû à une population plus grande ; au contraire. En coûts par habitant<sup>5</sup> les différences sont encore plus grandes. Elles vont du simple à plus du double : de 479 FCFA par habitant à Djenné à plus de 1.300

FIGURE 1. CHARGES TOTALES ET CHARGES PAR HABITANT, PAR CERCLE, POUR L'ENSEMBLE DES FORMATIONS SANITAIRES, AMORTISSEMENTS EXCLUS



---

<sup>5</sup> On entend par habitants les habitants ayant accès au PMA, c'est à dire les habitants résidant dans des aires couvertes par un Centre de Santé, en excluant

FCFA/habitant à Bamako. Le cercle urbain présente les coûts les plus élevés, le double des cercles de Kolondieba et Djenné, mais il y a également des différences importantes entre cercles ruraux.

Ces charges sont fortement influencés par la présence des CSC, qui à eux seuls représentent 40%. Pour une meilleure compréhension il faut donc séparer l'analyse des deux niveaux. Les chiffres donnent néanmoins une estimation du coût de l'ensemble du système - hors amortissements, et hors gestion du cercle -, à son niveau de fonctionnement actuel. Comparé à d'autres situations en Afrique, ce coût est somme toute fort raisonnable.

---

donc les aires non encore couvertes.

---

## 4. Le coût des activités du premier échelon

---

### Quelles sont les charges d'un centre de santé de premier échelon ?

#### CHARGES RECURRENTES TOTALES ET CHARGES PAR HABITANT

La Figure 2 montre les charges moyennes, hors amortissement, par centre de santé des différents types de formations sanitaires de premier échelon en 1996. Pour les CSCOM et les CSAR il s'agit de plusieurs millions de FCFA par an : en moyenne 3.8 pour les CSCOM ruraux, 6.8 pour les CSAR et 8.4 pour les CSCOM urbains. Les CSA et CSCOM non revitalisés déclarent des charges beaucoup plus faibles. En fait, leur comptabilité n'est pas suffisamment rationalisée pour être analysable et des données importantes manquent concernant les dépenses. L'information y est donc peu fiable.

Les charges par centre sont en moyenne plus élevées dans les CSAR et dans

FIGURE 2. CHARGES MOYENNES D'UN CENTRE DE SANTE DE PREMIER ECHELON: PERSONNEL ET FONCTIONNEMENT, Y COMPRIS MEDICAMENTS; AMORTISSEMENT EXCLU. EN FCFA, SELON LE TYPE DE CENTRE; 1996

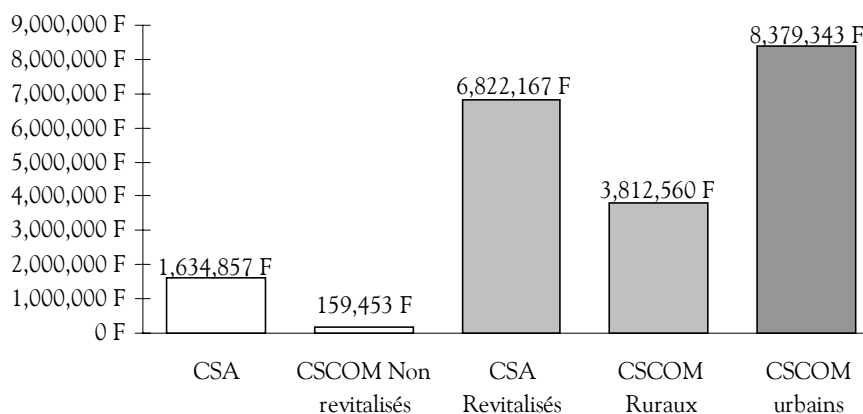
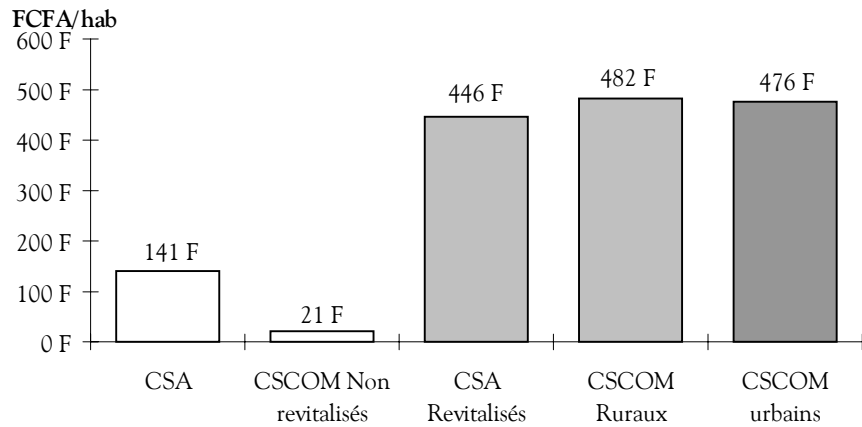


FIGURE 3. CHARGES MOYENNES (PERSONNEL + FONCTIONNEMENT, Y COMPRIS MEDICAMENTS; AMORTISSEMENT EXCLU) PAR HABITANT ET PAR AN, SELON LE TYPE DE CENTRE



les CSCOM urbains que dans les CSCOM ruraux. Ceci s'explique par des différences importantes dans les populations couvertes: près du double en moyenne par centre pour les CSAR comparés aux CSCOM, plus encore pour les centres urbains. Lorsqu'on rapporte les charges à la population couverte, elles sont du même ordre de grandeur : environ 475 FCFA par habitant par an (Figure 3).

#### STRUCTURE DES CHARGES DANS LES CSCOM ET CSAR

Les trois grands groupes de charges sont le personnel, les médicaments, le fonctionnement et les amortissements (ces derniers seront discutés dans un chapitre ultérieur). Le Tableau 5 donne la répartition des charges récurrentes, hors amortissement, des CSAR et CSCOM. En milieu rural les médicaments représentent environ deux tiers des charges; en milieu urbain la moitié. Le personnel compte pour entre un quart et un tiers (Figure 4).

Les charges de personnel sont inférieures dans les CSCOMR que dans les CSAR et CSCOMU, tant en valeur moyenne qu'en proportion du total : 23% contre 30-32% (Figure 4) : le personnel (3 personnes en moyenne) y est moins nombreux et moins bien payé (salaire moyen : 22.500 FCFA) que



dans les CSAR (5 personnes, salaire moyen 30.000 FCFA) ou dans les CSCOMU (plus de personnel, mais, surtout, des médecins).

Les charges totales par habitant fort similaires décrites plus haut (Figure 4) cachent donc une structure des coûts en fait fort différente : dans les CSCOMR on dépense nettement plus en médicaments par habitant et par an que dans les autres types de formation sanitaire (337 FCFA/habitant/an contre 269 ou 242) (Figure 5).

TABLEAU 5. MOYENNE DES CHARGES RECURRENTES, HORS AMORTISSEMENT, DANS LES TROIS TYPES DE CENTRE DE SANTE FONCTIONNELS

	PERSONNEL	FONCTIONNEMENT	MEDICAMENTS
CSA Revitalisés	2.065.554 F	635.985 F	4.120.627 F
CSCOM ruraux	885.392 F	342.573 F	2.584.593 F
CSCOM Urbains	2.659.878 F	1.447.370 F	4.272.095 F

FIGURE 4. STRUCTURE DES CHARGES DANS LES CSAR, CSCOM RURAUX ET CSCOM URBAINS

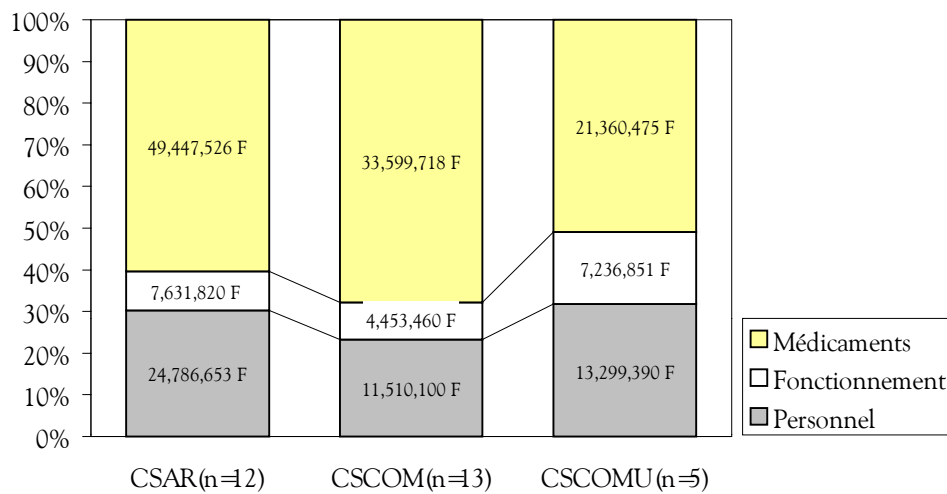
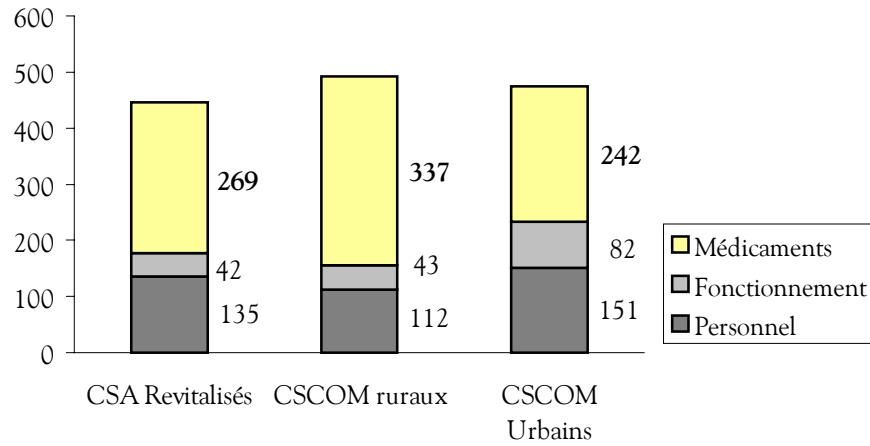


FIGURE 5. CHARGES PAR HABITANT ET PAR AN  
DANS LES DIFFERENTS TYPES DE CENTRES DE SANTE



### *Que peut on obtenir pour cet argent?*

#### UN CONTRAT POUR FOURNIR UN PMA D'ACTIVITES A UNE POPULATION DETERMINEE

Le principe sur lequel repose le système de santé de premier échelon est celui d'une offre intégrée d'un *ensemble de services* (un paquet minimum d'activités, ou PMA) répondant aux *besoins ressentis* des populations. Le centre de santé s'engage à les fournir *équitablement à l'ensemble* de la population prise en charge. Celle-ci *contribue* financièrement aux charges du service par le paiement des prestations et/ou de cotisations et *participe* à la gestion des ressources mises en jeu.

Deux aspects sont particulièrement importants dans ce concept : (i) la façon dont il le paquet minimum d'activités sera délivré (fréquence des

stratégies avancées, périodicité des activités au centre, tarifs...) est négociés avec la population et fait l'objet d'un "contrat" ; et (ii) le PMA est offert par une formation sanitaire à une population bien définie. Cela signifie qu'une carte sanitaire délimite précisément une aire de responsabilité pour chaque centre de santé. Cette carte sanitaire précisée dans le plan de développement socio-sanitaire du cercle est établie à travers une *négociation* avec la population. Cette négociation est un préalable à l'offre du PMA. Dans la mesure où il s'agit d'un contrat négocié entre la population d'une aire de santé et une équipe de santé, la standardisation des procédures de gestion ne peut rester que relative à l'échelle du pays et même de la région.

Le PMA correspond donc à une offre de soin *intégrée et équilibrée*. Il en suit que ce ne sont pas les volumes financiers disponibles qui déterminent les volumes et les tarifs des différents services offerts. Ce n'est pas non plus seulement la demande (rationnelle et irrationnelle) qui détermine l'offre. La conséquence de ceci est que le financement du PMA doit être globalisé. Même si les sources de fonds peuvent être diversifiées, elles doivent être consolidées pour permettre la prise en charge globale d'une population.

#### LES PRESTATIONS FOURNIES

L'extrême diversité dans l'application des procédures concernant l'information sanitaire en périphérie<sup>6</sup> rend l'interprétation des données statistiques sanitaires très difficile. Une des données systématiquement disponibles est le nombre de contacts à la consultation curative.

Pour les autres activités les supports d'information sanitaire varient d'un cercle à l'autre. Des outils redondants et discordants existent encore à de nombreux endroits. Les définitions du dénominateur pour le calcul des couvertures varient d'un endroit à l'autre. De même, les numérateurs ne sont pas standardisés. Dans certains centres, par exemple, on considère pour la vaccination les enfants de moins d'un an tandis que dans d'autres on enregistre ceux de moins de deux ans.

Avec les données disponibles, il est difficile d'interpréter ces activités en

---

<sup>6</sup> Le nouveau système d'information sanitaire était encore, en 1996, dans une phase de mise-en-place.

termes de “performances” ou en termes d’efficacité par rapport à des objectifs-santé. Mais à condition de se restreindre à quelques indicateurs et à un échantillon limité de centres il est possible d’apprécier l’utilisation des ressources engagées. Le Tableau 6 présente quelques résultats dans quatre CSCOM de Djenné.

TABLEAU 6. SOINS PRODUITS PAR RAPPORTS AUX INTRANTS FINANCIERS DANS QUATRE CSCOM RURAUX DU CERCLE DE DJENNE, 1996

	KOÛMA	MADIAMA	GAGNA	MOURRAH
Population Totale	9867	6600	7407	6157
Naissances Attendues	444	297	333	277
Contacts curatifs	2227	850	1665	2415
Cons.cur./hab/an	0,23	0,13	0,22	0,39
Contacts vaccination	2531	1600	1172	1791
Vaccinations/hab/an	0.26	0.24	0.16	0.29
Dont en stratégie avancée	595 (24%)	555 (35%)	810 (69%)	1385(77%)
Contacts CPN	335	448	207	315
Dont en stratégie avancée	122 (36%)	112 (25%)	115 (56%)	108 (34%)
Contacts.CPN/naissance <sup>a</sup> (*)	0,75	1,5	0,6	1,1
Accouchements au CS	95	107	53	65
Taux accouchemnts au CS	21%	36%	16%	23%
Intrants <sup>b</sup> financiers	2.631.545	3.683.260	1.830.410	2.514.655
Equivalent /hab/an	266	558	247	408
Résultats d’exploitation hors amortissements.	+695.655	<u>-77.200</u>	+341.770	+268.515

<sup>a</sup> Dans l’hypothèse que la moyenne des contacts par grossesse est de 2, le “taux de recrutement” des femmes enceintes serait approximativement la moitié des résultats montrés dans le tableau (soit respectivement 38, 75, 30 et 55 %).

<sup>b</sup> Recettes d’exploitation + subventions éventuelles + cotisations éventuelles

Ces centres de santé offrent un services aux populations qui comprend des activités curatives et des activités de nature préventives (CPN, activités

de vaccination, suivi des enfants, accouchements surveillés). En plus de cela, ils prennent en charge des malades chroniques tels que des lépreux et des tuberculeux. Ces soins sont offerts en “centre fixe” et en “stratégie avancée” pour les activités préventives. L'utilisation et les couvertures qu'on peut entrevoir derrière les quelques chiffres disponibles ne sont certainement pas négligeables, même si elles sont certainement améliorables.

Tout cela a évidemment un prix. Toutefois, même en sachant que certains intrants ne sont pas valorisés dans les calculs financiers au niveau des centres de santé (tels que le coût des vaccins ou la formation continue), l'ordre de grandeur des coûts récurrents de ce service et de ces soins est d'environ 1\$ EU par habitant et par an hors amortissement. Ce coût par habitant peut varier du simple au double dans l'exemple qui est présenté ici, mais il reste dans les limites du raisonnable, pourvu que les soins soient effectivement de bonne qualité.



---

## 5. Le financement du premier échelon

---

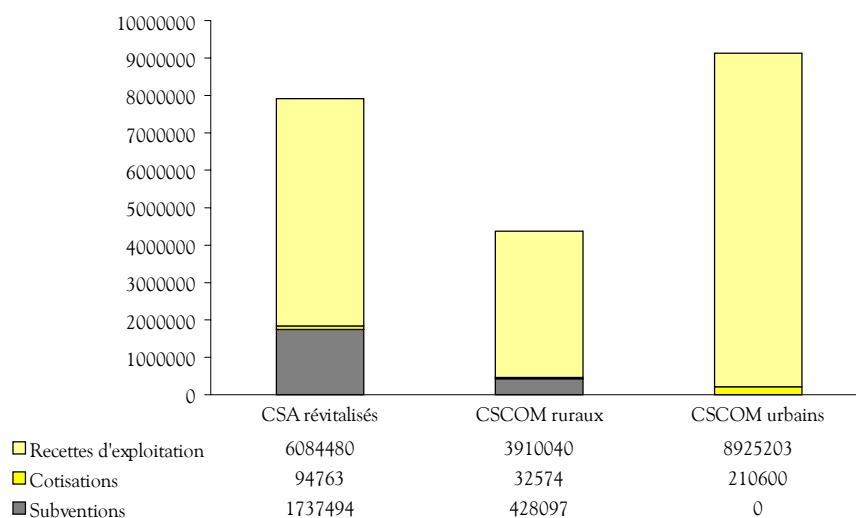
Le financement du premier échelon est constitué par trois types de « produits » qui proviennent de sources différentes:

- Les recettes d'exploitation (tarification des services et vente des médicaments), en provenance des usagers ;
- Les cotisations, en provenance des usagers et collectivités ;
- Les subventions de l'état et de ses partenaires.

Par centre de santé ces produits correspondent en moyenne à 3.9 M FCFA dans les CSCOM ruraux, à 6.0 M de FCFA dans les CSAR et à 8.9 M FCFA dans les CSCOM urbains. Ces produits sont donc plus importants dans les CSAR que dans les CSCOM ruraux: ils ont une population plus importante – et par conséquent une plus grande base de recettes d'exploitation – et ils reçoivent des subventions de l'état pour payer les salaires, ce qui n'est pas le cas dans les CSCOM.

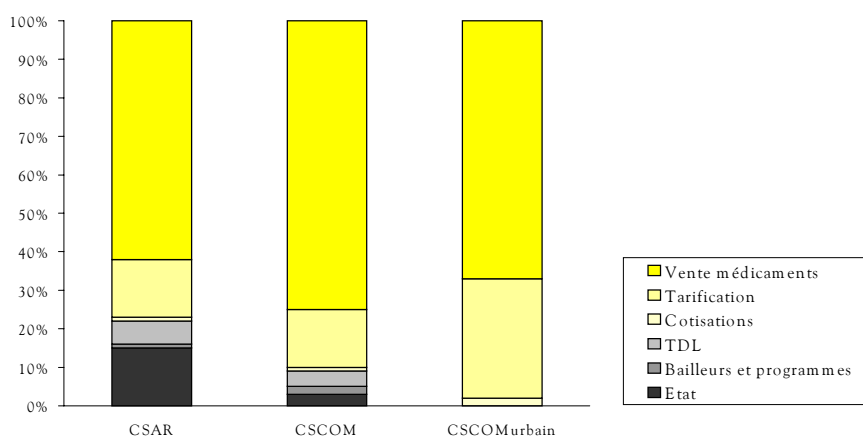
L'essentiel des ressources vient des recettes d'exploitation, mais il y a

FIGURE 6. REPARTITION DES ORIGINES DES PRODUITS



des différences. Dans les CSCOM urbains, les populations financent entièrement les services. Dans les CSCOM ruraux, un peu moins de 10% des ressources provient de subventions soit de l'état soit de la TDL. Dans les CSAR, c'est un peu moins du quart des ressources qui provient des subventions. La Figure 7 donne plus de détails sur les différentes sources de financement. On y voit clairement le rôle proportionnellement plus important des subventions de l'Etat.

FIGURE 7. REPARTITION DES PRODUITS PAR SOURCE DE FINANCEMENT



Le Tableau 7 montre le total des produits des centres de santé de premier échelon pour les quatre cercles. La population y a contribué directement (à travers cotisations, tarification et achat de médicaments) une somme de 172 M de FCFA en 1996, soit 6 fois plus que les subventions diverses. Il faut cependant noter que ni les produits contraceptifs ni les vaccins ont été valorisés.

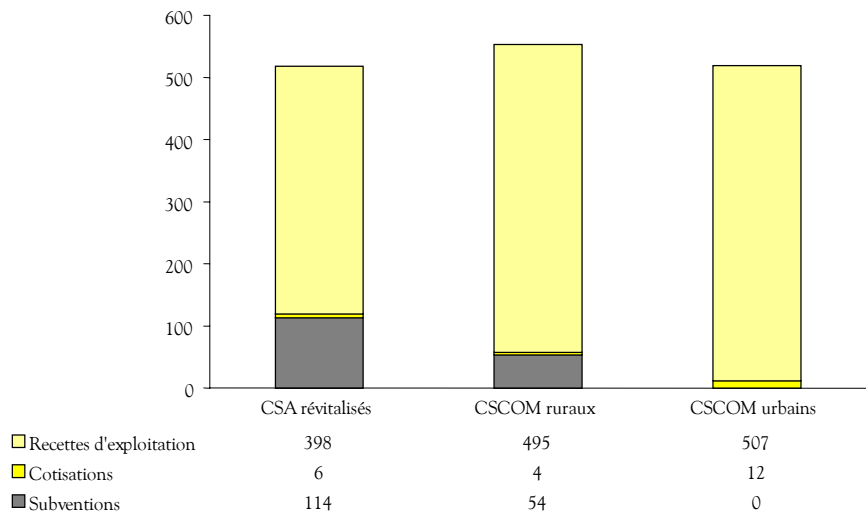
TABLEAU 7. PRODUITS POUR L'ENSEMBLE DES FORMATIONS DE PREMIER ECHELON

Produits	CSAR	CSCOM	CSCOMU
Etat	13.888.340 F	1.741.920 F	
Etat à travers bailleurs et programmes verticaux	1.164.255 F	1.830.213 F	
TDL	5.797.332 F	2.493.130 F	
Cotisations	1.137.160 F	423.460 F	1.053.000 F
Tarification	14.241.777 F	8.492.850 F	14.159.980 F
Vente médicaments	58.716.316 F	42.337.675 F	30.466.035 F



Calculé par habitant les CSAR reçoivent plus que le double de subventions que les CSCOM: 114 FCFA par habitant et par an contre 54. Dans les CSCOM urbains les recettes d'exploitation, en FCFA par habitant et par an, sont les plus élevées.

FIGURE 8. REPARTITION DES ORIGINES DES PRODUITS EN FCFA PAR HABITANT PAR AN





## 6. L'équilibre financier du premier échelon

### *Les centres de santé offrant le PMA recouvrent leurs coûts*

Les CSCOM sont la propriété des ASACO qui les gèrent comme des entités indépendantes. Ils doivent donc être en équilibre financier. Un centre de santé qui ne le serait pas devrait soit licencier son personnel et arrêter ses activités, soit déstocker ses médicaments (c'est d'ailleurs pour minimiser ce risque là que la comptabilité des médicaments est séparée). L'analyse des comptes d'exploitation reconstitués pendant l'enquête permet d'apprécier le degré d'équilibre financier des centres de santé de premier échelon, au terme d'une année entière d'activités. Des 37 centres de santé fonctionnels il y en a 31 qui clôturent l'année avec un résultat positif.

TABLEAU 8. LES RESULTATS DES COMPTES D'EXPLOITATION, HORS AMORTISSEMENT, SUBVENTIONS COMPRISES DES CENSTRES DE SANTE DE PREMIER ECHELON

COMMUNE V	BLA	DJENNE	KOLONDIÉBA
			2.347.545 F
			1.974.205 F
	4.214.613 F		1.522.346 F
	2.439.875 F	896.395 F	1.216.894 F
	1.608.283 F	642.300 F	539.743 F
	1.545.600 F	482.040 F	363.555 F
	1.436.155 F	444.980 F	361.115 F
	951.635 F	310.996 F	341.395 F
5.259.555 F	869.910 F	268.515 F	262.173 F
2.607.233 F	746.415 F	245.570 F	107.014 F
270.330 F	431.480 F	164.245 F	51.838 F
-1.665.318 F		-77.200 F	-43.950 F
-2.689.501 F		-386.935 F	-333.000 F

TABLEAU 9. LES RESULTATS DES COMPTES D'EXPLOITATION, HORS AMORTISSEMENT, SUBVENTIONS COMPRISES, PAR CENTRE DE SANTE SELON LE TYPE DE CENTRE.

CSCOM URBAINS	CSCOM	CSAR	CSCNR	CSA
	1.608.283 F			
	1.545.600 F	4.214.613 F		
	951.635 F	2.439.875 F		
	746.415 F	1.522.346 F		
	539.743 F	1.436.155 F		
	431.480 F	896.395 F		
	363.115 F	869.910 F		
	361.115 F	482.040 F	2.347.545 F	
	268.515 F	444.980 F	1.974.894 F	
5.259.555 F	245.570 F	310.996 F	1.216.894 F	
2.607.233 F	164.245 F	262.173 F	341.395 F	
270.330 F	107.014 F	262.173 F	51.838 F	
-1.665.318 F	-77.200 F	-386.935 F		-43.950 F
-2.689.501 F				-333.000 F

En analyse agrégée, le système est donc en équilibre: les produits s'équilibrent avec les dépenses hors amortissement (Figure 9). En valeur moyenne, les CSCOM recouvrent donc leurs coûts de personnel et de fonctionnement sur les seules recettes d'exploitation. Il s'agit là d'une analyse en valeurs moyennes. Mais il y a des différences importantes entre les centres<sup>7</sup> dans le degré de recouvrement des coûts et d'autofinancement. Les résultats

<sup>7</sup> Parmi les centres ruraux qui offrent le PMA, deux sont déficitaires de respectivement 77200 FCFA et 386.935 FCFA. Lorsque l'on regarde en détail le compte d'exploitation de ce dernier, on s'aperçoit qu'il a vendu ou possède en stock moins de médicaments qu'il n'en a acheté. Soit il a vendu à perte, ce qui est peu probable, soit il a servi des ordonnances gratuitement, soit n'a pas enregistré toutes ses recettes. Dans les deux premier cas, il a décapitalisé son stock de médicament. La part du déficit imputable au médicament dans ce centre est d'un peu moins de 20.000 FCFA. Il reste donc un peu moins de 186.000 du déficit qui est lié à l'insuffisance des recettes liés à une faible activité. Il s'agit d'un CSAR, il a donc des charges en personnel relativement plus importantes. Mais il a parmi les CSAR la plus faible population totale, un peu moins de 8.000 habitants dont à peine 16% vivent à moins de 5 km : le pourcentage le plus faible de l'échantillon des CSAR.

d'exploitation sont en moyenne du double dans les CSAR (1.094.571 FCFA) comparés aux CSCOM ruraux (558.152 FCFA). Même si les volumes financiers sont plus importants dans les CSCOM urbains, les résultats d'exploitation moyens n'y sont pas plus élevés (en moyenne 756.460 FCFA). En fait on constate que les centres santé dépensent les ressources dont ils disposent, quelles qu'elles soient, tout en évitant de dépenser plus que ce qu'ils gagnent.

TABLEAU 10. CHARGES ET PRODUITS (MOYENNES PAR FORMATION, AMORTISSEMENTS EXCLUS) PAR TYPE DE CENTRE.

	RECETTES D'EXPLOI- TATION	COTISA- TIONS	SUBVEN- TIONS	CHARGES FONCTION- NEMENT	CHARGES PERSONNEL
CSA revitalisés	6.084.480	94.763	1.737.494	4.756.612	2.065.554
CSCOM Ruraux	3.910.040	32.574	428.097	2.927.168	885.392
CSCOM urbains	8.925.203	210.600	0	5.719.465	2.659.878

FIGURE 9. MOYENNE DES PRODUITS ET DES CHARGES HORS AMORTISSEMENT PAR CENTRE DE SANTE DE PREMIER ECHELON

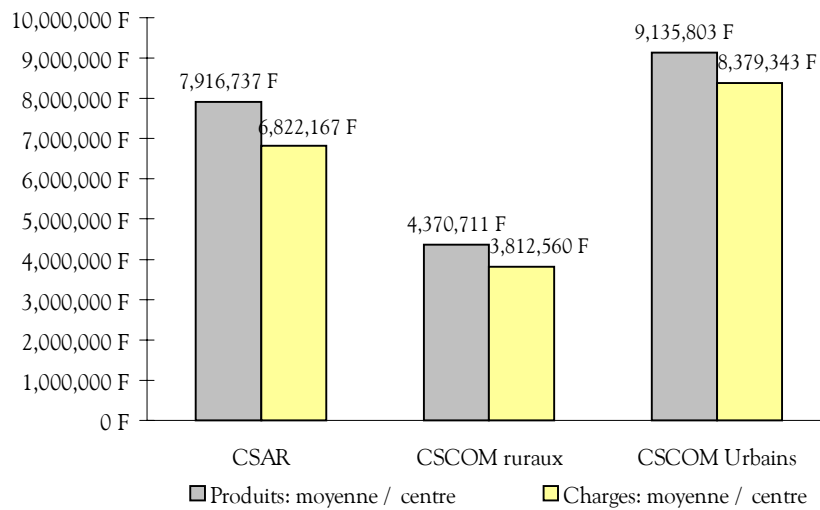
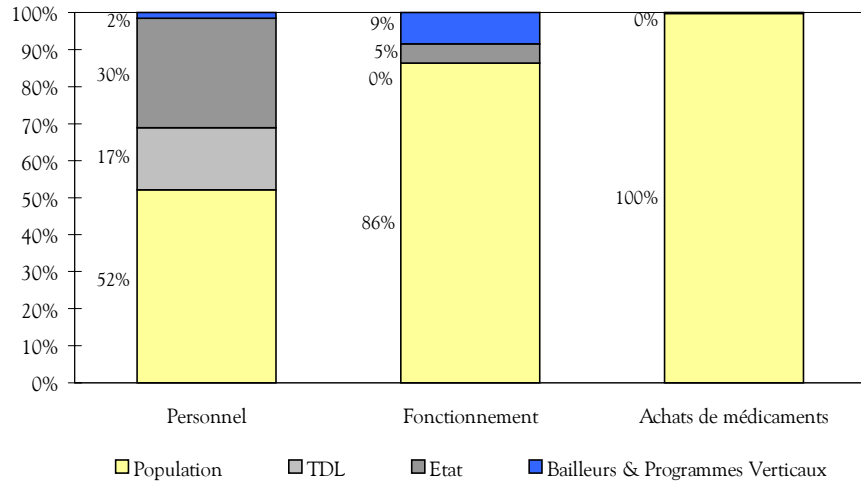


FIGURE 10. LA REPARTITION DES CHARGES EN FONCTION DES SOURCES DE FINANCEMENT: QUI PAIE QUOI?



Les recettes d'exploitation dépassent de loin les charges de fonctionnement, et, selon le type de centre de santé, l'ensemble ou une grande partie des charges de personnel. En pratique, cependant, certaines sources de financement sont directement destinées à des charges spécifiques (Figure 10). Pour l'ensemble du réseau les médicaments sont entièrement couverts par les recettes d'exploitation, ainsi que 89% des frais de fonctionnement. Les charges de personnel ne sont couvertes qu'à 52%.

Dans toute cette analyse, nous n'avons pas tenu compte de l'amortissement des investissements. Nous l'aborderons dans le chapitre suivant.

---

## 7. Assurer la survie de l'outil ou maximaliser la production santé : que faire des excédents des comptes d'exploitation ?

---

Dans l'échantillon de l'étude on trouve, parmi les 25 CSCOM et CSAR ruraux, 14 qui montrent un excédent hors amortissements de plus de 500.000 FCFA au cours de l'année 1996. Il y en a 7 sur 25 qui dépassent le 1.000.000 FCFA d'excédent. A moyen et long terme il faudra bien prendre des décisions rationnelles quant à l'utilisation de ces excédents qui s'accumulent. Pour l'instant il n'existe pas de système de gestion systématique des excédents<sup>8</sup>, que ce soit en vue d'amortir des investissements, ou pour autre chose.

Il y a donc de nombreux CS qui ont des excédents – des « bénéfiques » – dans leur compte d'exploitation. Mais des « bénéfiques » de plusieurs millions par an qui s'accumulent, s'ils témoignent de la viabilité du centre, n'en sont pas pour autant signe de bonne gestion. Cet argent devrait plutôt être utilisé pour assurer la survie de « l'outil centre de santé » et maximaliser sa « production santé ».

Il faut donc utiliser ces excédents. On peut le faire de quatre façons:

- Constituer une réserve (pour faire face à des engagements du centre en cas de problèmes imprévus) ;
- Amortir les investissements (pour maintenir l'outil en état de fonctionnement) ;
- Améliorer la « production de santé » au CS et le service offert à la population (par exemple en améliorant l'accessibilité financière du CS, en élargissant l'éventail ou la nature des activités offertes, ou en aug-

---

<sup>8</sup> il y a des exceptions, telle que Niono - où le suivi est très intensif.

mentant la motivation et la qualité du personnel) ;

- Améliorer le fonctionnement du système de santé du cercle dans son ensemble (par exemple en finançant des références d'urgence, ou en faisant jouer une solidarité avec d'autres centres en difficultés).

Nous allons dans ce chapitre discuter d'abord ces quatre types d'utilisation possibles, leur rationnel, et leur importance. Nous allons ensuite proposer, à titre d'exemple, deux stratégies possibles pour répartir les excédents parmi ces quatre utilisations, stratégies de « bonne gestion », mais avec des accents différents. En appliquant ces stratégies aux données de l'échantillon de centres de santé étudié, nous pourrions en apprécier les conséquences et les limites, et illustrer ce qui est du domaine du possible. Finalement, nous essayerons d'en tirer les conséquences pour la politique sectorielle : essentiellement qu'il faut des capacités d'adaptation aux contraintes et potentiels de chaque terrain pris individuellement, plutôt que des solutions miracles identiques partout.

## *Utilisations possibles des excédents*

### UTILISER LES EXCEDENTS POUR CONSTITUER UNE RESERVE

Constituer une réserve est autre chose que d'amortir. La réserve est destinée à faire face à des circonstances exceptionnelles ; un capital d'amortissement sert à remplacer les équipements et les bâtiments lorsque ceux-ci ont atteint leur limite de fonctionnalité. La réserve doit servir à faire face à des accidents, ou à remplir les engagements du CS lorsque celui-ci fait faillite. De nombreux CS excédentaires ont déjà constitué une réserve de fait lorsqu'ils ont immobilisé les excédents produits.

Or, il est inutile et contre-productif de constituer des réserves trop grandes. Une réserve trop importante bloque de l'argent qui pourrait mieux être utilisé pour améliorer les résultats du CS ou amortir le matériel. En d'autres mots, il y a un coût d'opportunité à vouloir bloquer trop d'argent.

D'autre part, la constitution d'une réserve suffisamment importante est



une priorité absolue, ne fusse que pour garder la confiance du personnel. Il serait en effet pour le moins raisonnable de la part de l'infirmier qu'il s'assure que l'ASACO dispose de suffisamment de réserves pour pouvoir lui payer un préavis lorsque le CS fait faillite. S'ils se produisent des incidents où un CSCOM ferme ses portes sans pouvoir faire face à ces engagements, cela pourrait porter gravement atteinte à la crédibilité du système, particulièrement pour un personnel déjà difficile à trouver.

C'est cet aspect de sécurisation du personnel qui est l'argument principal pour donner à la constitution d'une réserve une priorité absolue. Une façon d'en chiffrer un montant raisonnable serait de partir de la somme qu'il faut pour pouvoir payer 6 mois de salaires au staff : une somme de l'ordre de 500,000 CFA.

Il est important qu'une telle réserve ne soit pas mélangée, ni avec la comptabilité courante, ni avec la comptabilité d'amortissement. L'idéal serait probablement de pouvoir le bloquer sur un compte en banque spécifique, qui produit des intérêts en ne peut être accédé qu'à travers des mécanismes particuliers.

#### UTILISER LES EXCEDENTS POUR AMORTIR LES INVESTISSEMENTS

D'après la convention<sup>9</sup> passée entre l'état et l'ASACO, la prise en charge des investissements ainsi que les dépenses de fonctionnement sont prévus en partenariat. Mais il n'est pas explicitement spécifié qui prend en charge l'amortissement de ces investissements. Le plus souvent, ils ne sont pas considérés, et la problématique est passée sous silence.

Or, prévoir l'amortissement est important. S'il peut être envisagé de ne pas mettre systématiquement de l'argent de côté pour le renouvellement d'un bâtiment supposé durer plus de 20 ans, il ne serait pas prudent de ne pas prévoir un minimum de dépenses sous forme d'entretien. Les normes le plus souvent reprises se réfèrent à 1 ou 2% de la valeur du bâtiment par an. Par ailleurs, il faut bien prendre conscience que sans moto, il n'y a plus de

---

<sup>9</sup> Cette convention se réfère à l'arrêté interministériel N° 945092 fixant les conditions de création des CSCOM et les modalités de gestion des services socio-sanitaires de cercle, de commune, des CSCOM.

stratégie avancée. Sans chaîne de froid, sans réfrigérateur (même partagé entre plusieurs centres) il n'y a plus de vaccinations. Les effets sur le PMA apparaîtraient immédiatement.

Il n'est pas clair qui doit amortir. La réponse facile à cette question est de se référer aux textes (toujours) en vigueur: le document sur la politique sectorielle et l'arrêté interministériel 5092, qui spécifient assez clairement que l'état et ses partenaires s'engagent à financer le renouvellement de la grande majorité des investissements au niveau des CSCOM et CSAR. Si on s'en tient à ces textes, la seule difficulté est de prévoir les montants nécessaires pour ce faire.

La tendance générale est donc de considérer que comme pour les CSC, le renouvellement du gros équipement et du mobilier relèverait de la responsabilité de l'état (par la mobilisation des fonds des bailleurs?), tandis que le renouvellement du petit équipement serait pris en charge par les recettes d'exploitation. La distinction entre frais de fonctionnement et amortissement est en effet un peu floue lorsqu'il s'agit de remplacer des pinces ou un stéthoscope. Une zone "grise" néanmoins est représentée par le réfrigérateur et la moto.

Toujours est-il que la question reste vivante; la discussion revient régulièrement et dans ce débat personne ne semble prendre la position que l'état n'a qu'à assurer ses engagements. Mais il y a des nuances. On se demande si ces engagements de l'état doivent être *systématiques*. De toutes les façons, certains amortissements ont été pris en compte au moment des 'études de faisabilité' (avant l'installation des CSCOM), notamment les mobylettes.

Or, selon que l'état ou d'autres partenaires prendront ou ne prendront pas en charge tout ou partie de ces amortissements, le centre pourra ou ne pourra pas faire l'économie de cette charge. Il en va de la pérennité du PMA et de son accessibilité. Les premières questions à poser deviennent alors : que faut-il amortir ? de quels montants s'agit-il ?

*Que faut-il amortir ?*

Les investissements initiaux sont les investissements liés uniquement à la mise en place (préparation, formation, stock initial...). Le coût total par

centre de santé est de l'ordre de 2.500.000 FCFA (Tableau 11). En principe il ne faut pas l'amortir.

TABLEAU 11. MOYENNE, PAR CSAR/CSCOM, DES COÛTS UNITAIRES DES INVESTISSEMENTS INITIAUX

	BLA	DJENNE	KOLON-DIEBA	MOYENNE
Approche communautaire	164.500	90.571	180.000	180.670
Formation personnel	135.500	261.450	338.000	240.881
Formation ASACO	107.000	110.700	78.000	112.529
Lancement			226.400	212.940
Logistique	517.400	1.050.000	573.500	657.825
Dotation en médicaments	944.700	1.000.000	1.171.600	1.019.100
Supervision 1 <sup>ière</sup> année	46.750	141.400	161.250	142.613
Total	1.915.850	2.654.121	2.728.750	2.566.558

TABLEAU 12. LES AMORTISSEMENTS DANS UN CS

		INVESTIS- SEMENT	PERIODE	AMORTIS- SEMENT
Infrastructure	Urbain	22.500.000	20 ans	2.984.960
	Rural	12.500.000	20 ans	1.658.311
Equipement	Equipement	1.106.860	10 ans	180.296
	Réfrigérateur	839.797	7 ans	168.610
	Mobilier	534.451	10 ans	87.065
	Petit équipement	587.341	3 ans	226.640
	RAC	1.502.422	10 ans	244.729
	Mobylette	617.764	3 an	238.380
Total	Urbain	27.687.635		
	Rural	17.687.635		
Amortissement			Urbain	4.130.671
			Rural	2.804.022

NOTE : Taux d'inflation utilisé: 5%

TABLEAU 13. SIMULATION DES RESULTATS DES COMPTES D'EXPLOITATION DE 1996  
DES CENTRES DE SANTE ETUDIES, SOUS DIVERSES HYPOTHESE D'AMORTISSEMENT.

HYPOTHESES D'AMORTISSEMENT :						
Bâtiment, mobilier, équipement, Rac, réfrigérateur, 2 roue et petit équipement	Mobilier, équipement, Rac, réfrigérateur, 2 roues et petit équipement.	Rac, réfrigérateur, 2 roues et petit équipement.	Réfrigérateur, 2 roue et petit équipement	2 Roues et petit équipement.	Petit équipement	Sans amortissement
1.410.591 F	4.113.844 F	4.381.196 F	4.625.925 F	4.794.535 F	5.032.915 F	5.259.555 F
1.128.884 F	3.068.902 F	3.336.254 F	3.580.983 F	3.749.593 F	3.987.973 F	4.214.613 F
-364.147 F	1.294.164 F	1.728.874 F	1.973.603 F	2.142.213 F	2.380.593 F	2.607.233 F
-1.195.739 F	462.572 F	1.561.516 F	1.806.245 F	1.974.855 F	2.213.235 F	2.439.875 F
-1.258.422 F	399.889 F	729.924 F	974.653 F	1.143.263 F	1.381.643 F	1.608.283 F
-1.281.676 F	376.635 F	667.241 F	911.970 F	1.080.580 F	1.318.960 F	1.545.600 F
-1.367.867 F	1.461.522 F	643.987 F	888.716 F	1.057.326 F	1.295.706 F	1.522.346 F
-1.523.438 F	290.444 F	557.796 F	802.525 F	971.135 F	1.209.515 F	1.436.155 F
-1.852.387 F	-194.076 F	73.276 F	318.005 F	486.615 F	724.995 F	951.635 F
-1.907.627 F	-249.316 F	18.036 F	262.765 F	431.375 F	669.755 F	896.395 F
-1.934.112 F	-275.801 F	-8.449 F	236.280 F	404.890 F	643.270 F	869.910 F
-2.057.607 F	-399.296 F	-131.944 F	112.785 F	281.395 F	519.775 F	746.415 F
-2.161.722 F	-503.411 F	-236.059 F	8.670 F	177.280 F	415.660 F	642.300 F
-2.264.279 F	-605.968 F	-338.616 F	-93.887 F	74.723 F	313.103 F	539.743 F
-2.321.982 F	-663.671 F	-396.319 F	-151.590 F	17.020 F	255.400 F	482.040 F
-2.359.042 F	-700.731 F	-433.379 F	-188.650 F	-20.040 F	218.340 F	444.980 F
-2.372.542 F	-714.231 F	-446.879 F	-202.150 F	-33.540 F	204.840 F	431.480 F
-2.440.467 F	-782.156 F	-514.804 F	-270.075 F	-101.465 F	136.915 F	363.555 F
-2.442.907 F	-784.596 F	-517.244 F	-272.515 F	-103.905 F	134.475 F	361.115 F
-2.493.026 F	-834.715 F	-567.363 F	-322.634 F	-154.024 F	84.356 F	310.996 F
-2.535.507 F	-875.381 F	-608.029 F	-363.300 F	-194.690 F	41.875 F	268.515 F
-2.541.849 F	-877.196 F	-609.844 F	-365.115 F	-196.505 F	43.690 F	262.173 F
-2.558.452 F	-883.538 F	-616.186 F	-371.457 F	-202.847 F	35.533 F	245.570 F
-2.639.777 F	-900.141 F	-632.789 F	-388.060 F	-219.450 F	18.930 F	164.245 F
-2.697.008 F	-981.466 F	-714.114 F	-469.385 F	-300.775 F	-62.395 F	270.330 F
-2.881.222 F	-1.038.697 F	-771.345 F	-526.616 F	-358.006 F	-119.626 F	107.014 F
-3.190.957 F	-1.222.911 F	-955.559 F	-710.830 F	-542.220 F	-303.840 F	-77.200 F
-3.860.341 F	-1.532.646 F	-1.265.294 F	-1.020.565 F	-851.955 F	-613.575 F	-386.935 F
-5.795.989 F	-2.811.029 F	-2.543.677 F	-2.298.948 F	-2.130.338 F	-1.891.958 F	-1.665.318 F
-6.820.172 F	-3.835.212 F	-3.567.860 F	-3.323.131 F	-3.154.521 F	-2.916.141 F	-2.689.501 F

NOTE : les montants des divers amortissements sont ceux du Tableau 13

Les investissements récurrents à amortir comprennent les bâtiments, l'équipement, le réfrigérateur, le mobilier, le petit équipement, le RAC et le véhicule deux-roues. Le Tableau 12 présente les montants des amortisse-

ments à faire pour chacun de ces items, en utilisant un taux d'inflation de 5%.

Le Tableau 13 montre l'effet sur le compte d'exploitation des différents centres de l'exigence d'amortir divers items. Un amortissement complet poserait de toute évidence de gros problèmes.

Parmi ces différents items à amortir, il y en a pour lesquels l'amortissement est plus important que pour d'autres. Parmi les éléments du patrimoine d'un CS il y en a pour lesquels le remplacement est *plus vital* pour le bon fonctionnement du CS que pour d'autres. Par exemple, sans chaîne de froid, pas de vaccinations. Sans mobylette, pas de stratégie avancée. Il faut donc prévoir que, en cas de remplacement urgent (réfrigérateur ou mobylette irréparable), l'achat puisse être fait *rapidement*. Leur remplacement par des mécanismes de financement dépendants de l'état risque de prendre du temps; il faut même dans ce cas pouvoir prévoir des mécanismes de (pré-)financement sur fonds locaux, quitte à récupérer cette dépense ultérieurement sur les fonds publics<sup>10</sup>. Si les risques de répercussions négatives sont probablement les plus graves pour la mobylette ou le réfrigérateur, à la longue, elles peuvent être aussi importantes pour tous les items qui relèvent de *l'entretien et des réparations*, qui peuvent influencer la durée de vie utile des investissements de façon appréciable. On pourrait envisager de ne pas amortir le bâtiment, à condition de dépenser suffisamment (1% de la valeur du bâtiment par an ?) en entretien et réparations, afin de garantir aux bâtiments une survie plus longue que 20 ans.

Par contre, il est moins clair s'il est vraiment utile de mettre de l'argent de côté pour amortir les items qui se trouvent à la limite du concept de "*consommable*" et celui de "*investissement*": le petit matériel médical (dont la totalité peut devenir grande...).

Tout calcul des amortissements à faire doit être particulier au centre concerné. De façon globale on peut cependant prendre comme orientation qu'il faudrait, pour bien faire, prévoir annuellement un coût d'amortissement d'un *minimum absolu* de 240.000 F par an, ou, mieux encore, un *minimum confortable* de 590.000 F.

---

<sup>10</sup> Il s'agirait plutôt de l'utilisation des réserves locales que d'un amortissement. Mais ce genre de mécanisme de souplesse ne peut fonctionner que s'il existe un réel engagement clair de part et d'autre.

TABLEAU 14. AMORTISSEMENTS A PREVOIR PAR AN ET PAR CENTRE DE SANTE

	RURAL	URBAIN
Amortissement « minimum absolu » (mobylette en rural, petit matériel en urbain)	238.380 F par an	226.640 F par an
Amortissement « minimum confortable » (mobylette, 1% valeur bâtiment en entretien, petit matériel)	590.000 F par an (238.380 F par an + 125.000 F par an + 226.640 F par an)	665.000 F par an (238.380 F par an + 200.000 F par an + 226.640 F par an)
Amortissement total (infrastructure et équipement)	2.800.000 F par an	4.100.000 F par an

*Constituer un capital d'amortissement ou donner la possibilité d'acheter à crédit*

Ne pas constituer un capital d'amortissement (ne pas mettre systématiquement de l'argent de côté pour avoir l'argent de remplacement d'un item à sa disposition le moment venu) est dangereux. Vouloir par contre à tout prix un amortissement « total » n'est pas sans risques. Le risque est de tomber dans une logique de maximalisation du résultat d'exploitation (ou du bénéfice), pour le consacrer entièrement à l'amortissement, plutôt que dans une logique d'optimisation des services rendus. Ceci est d'autant plus vrai que les investissements à amortir sont importants (voir la discussion du plateau technique des CSC).

Il faut attirer l'attention sur la nuance qu'il y a entre "amortissement" et "achat à crédit"; si on envisage de remplacer une mobylette, on peut épargner l'argent de façon délibérée pour pouvoir faire l'achat de remplacement quand c'est nécessaire. Par contre, on peut aussi, au moment de l'achat de remplacement, acheter à crédit et rembourser ce crédit sur une période de 3 ans, par exemple. La dernière méthode suppose qu'il existe une institution qui accorde le crédit, qui peut être entièrement commerciale (banque commerciale) ou qui peut être un fonds de crédit à nature plus sociale (le plus souvent subventionné par un bailleur ou un autre). Dans les deux cas, les garanties de remboursement doivent être suffisamment fermes. Mais si un pareil mécanisme existe, il permet d'être un peu plus souple dans les amortissements.

## UTILISER LES EXCEDENTS POUR AMELIORER LA « PRODUCTION DE SANTE » AU CENTRE DE SANTE

Il y a là trois possibilités : on peut vouloir utiliser les excédents pour améliorer l'accessibilité financière du CS, pour élargir l'éventail ou nature des activités offertes, ou pour augmenter la motivation du personnel.

### *Améliorer l'accessibilité financière du centre*

Si les barrières financières sont jugées trop importantes, alors que le compte d'exploitation présente un excédent, on peut envisager une réduction des tarifs ou des marges bénéficiaires. La logique en est qu'à travers une utilisation plus importante le CS augmente sa « production santé ». Ce serait, pour autant que l'équilibre est maintenu, que les ressources sont constituées et que l'amortissement est fait, une utilisation rationnelle des excédents.

### *Élargir l'éventail ou nature des activités offertes*

Si on parle beaucoup du Paquet Minimum d'Activités comme un service à garantir, personne ne peut raisonnablement dire qu'il faut s'en tenir au minimum; si on a les moyens d'élargir le PMA avec des activités pertinentes (qui répondent à un besoin et non seulement à une demande, éventuellement induite), il n'y a - a priori - pas de raison de ne pas le faire. On pourrait s'imaginer qu'il y ait des CS qui utilisent les excédents de leur comptes d'exploitation pour élargir la gamme d'exams de laboratoire qu'ils offrent, ou pour permettre la prise en charge de certains malades chroniques qui ne le sont pas encore, ou pour améliorer le confort des parturientes. La logique d'une utilisation pareille des excédents est la même que dans le cas précédant : augmenter la « production santé ».

### *Augmenter la motivation du personnel*

Une troisième possibilité est d'utiliser les excédents pour fournir des primes au personnel, primes qui sont supposées le « motiver ». La justification d'une telle affectation des excédents serait de stabiliser l'emploi des infirmiers (point parmi les plus faibles de l'ensemble de l'extension des CSCOM), d'attirer les infirmiers dans des zones moins confortables, et, finalement, de disposer d'un personnel mieux motivé présenterait un service

d'une qualité meilleure, et d'augmenter ainsi la « production santé » du CS.

La “motivation” du personnel sous forme de primes est une question très délicate. D'une part, les employés<sup>11</sup> des ASACO sont demandeurs pour ces primes : ils les considèrent une compensation pour un statut qui n'offre que très peu de garanties de 'stabilité'.

D'autre part, les modalités et la gestion pratique de ces modalités de compensation sont assez complexes. La distribution de primes (prélevées sur les excédents d'exploitation) à un personnel d'une composition assez inhomogène pose toujours des problèmes. De plus, les excédents ne sont pas constants dans le temps, et il faut être capable de gérer cette situation selon des normes bien claires et bien précises - ce qui n'est pas facile.

Mieux vaudrait peut-être, pour résoudre le problème du manque de garanties de stabilité, retenir une approche de compensation systématique (un salaire plus élevé que dans la fonction publique) là où c'est possible, et dans les limites du raisonnable.

Une autre chose est de savoir à quoi on veut motiver le personnel.

Si les primes de motivation sont fonction des excédents, elles motiveront surtout à chercher du travail là où il y a beaucoup d'excédents, c'est à dire essentiellement dans les situations les plus confortables (villes, grands villages, régions aisées). Si par contre on veut suivre une politique consciente de motiver les gens à aller travailler aussi là où cela paraît moins attirant, il faudrait prévoir des primes de motivation là où les excédents risquent d'être les plus faibles ou inexistantes. Une politique de primes sera alors contre-productive.

---

<sup>11</sup> Et les bénévoles ? Passé l'enthousiasme de la phase de lancement d'un centre, lorsque le fonctionnement devient routinier, le problème du bénévolat des responsables des ASACO finit tôt ou tard par se poser. Quand ces derniers voient que des excédents systématiques se dégagent de « l'entreprise » qu'ils sont chargés de gérer, il n'est pas étonnant qu'ils se posent la question de leur propre rétribution. Ce d'autant plus qu'ils consacrent du temps et de l'énergie dans ces activités. Une fois de plus, la fonction de médiation de l'équipe de cercle devra s'exercer dans ce domaine pour trouver l'approche la plus équilibrée entre les appétits individuels et l'intérêt collectif...qui passe aussi par la promotion de ses principaux acteurs.



Ceci renvoie automatiquement au critère de choix des modes de financement: il faut pouvoir gérer l'inhomogénéité des situations dans le cadre de la gestion d'un système. Le degré de décentralisation des décisions doit être optimal, pas nécessairement maximal. On ne doit pas nécessairement décentraliser toutes les décisions au niveau de l'ASACO.

#### UTILISER LES EXCEDENTS POUR AMELIORER LE FONCTIONNEMENT DU SYSTEME DE SANTE DU CERCLE DANS SON ENSEMBLE

Une dernière utilisation possible des excédents du compte d'exploitation serait de l'utiliser, non pas directement au CS ou dans son aire, mais pour mieux faire fonctionner l'ensemble du cercle. Cela pourrait prendre différentes formes :

- L'organisation de l'évacuation des urgences chirurgicales vers le CSC – que ce soit à travers un système d'ambulance ou d'une autre façon ;
- L'achat de certains soins – ou la contribution à l'achat de certains soins – au CSC pour des malades référés par le CSCOM ;
- Contribuer aux coûts de supervision par le personnel du CSC ;
- Exercer une solidarité avec les autres CS du cercle, et en particulier avec ceux qui ont des difficultés – que ce soit en contribuant dans un fonds de solidarité, ou en acceptant une péréquation à travers les prix des médicaments ;
- Contribuer à établir, au niveau du cercle ou de la région, un fonds qui permettrait de donner des prêts aux formations sanitaires pour faire face aux problèmes de liquidité pour le remplacement d'équipement essentiel pour lequel un CS n'aurait pas réussi à mettre de côté un capital d'amortissement suffisant.

Il y a de nombreuses autres possibilités d'affectation utile de fonds en dehors du Centre de Santé *strictu sensu*. Chacune de ces possibilités dépend en premier lieu des circonstances particulières, et en premier lieu de la per-

ception de l'intérêt direct de cette affectation par l'ASACO, et de la confiance qu'il a dans l'équipe du cercle pour qu'une telle affectation ne soit pas vue comme une simple taxe sans avantages en retour. Ces circonstances sont particulières. On peut être d'accord sur le principe que les excédents, ou une partie de ceux-ci, soient affectés à des choses qui ont à voir avec le deuxième échelon, ou avec celui de la solidarité avec d'autres Centres de Santé. Ce principe peut même être généralisé. La façon dont il est appliqué, et l'importance qu'on lui donne, doivent être négociées localement.

### *Trouver un équilibre « de bonne gestion »*

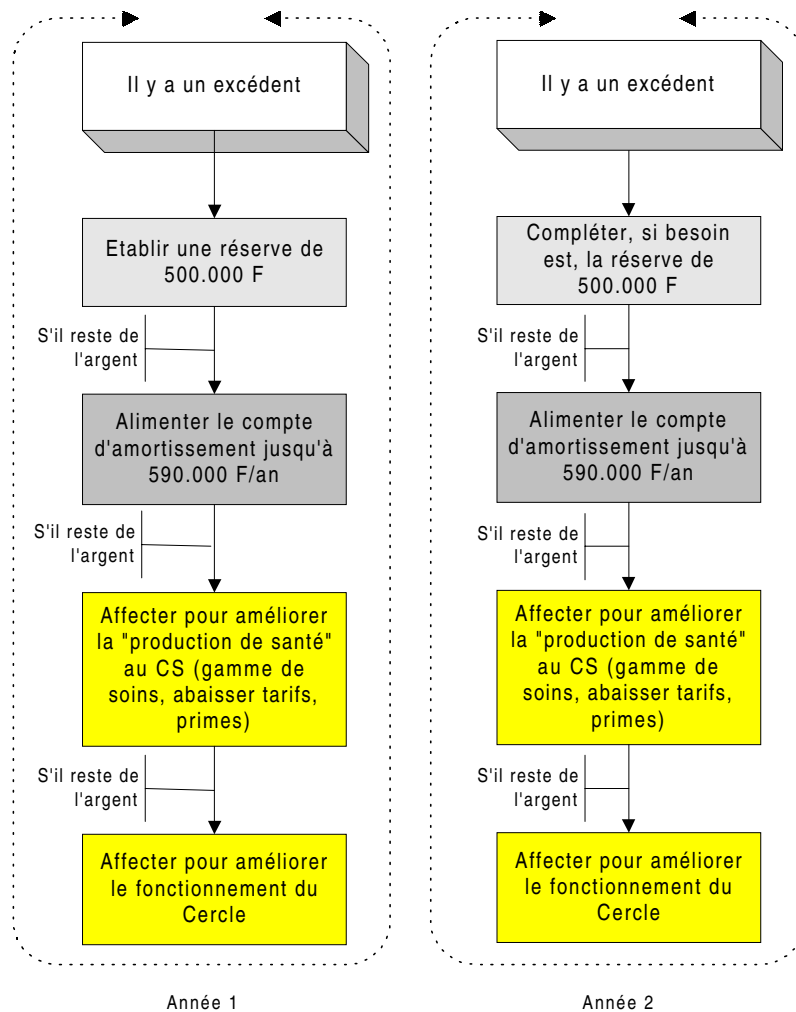
Trouver un équilibre « de bonne gestion » entre les différentes affectations possibles des excédents n'est pas chose évidente. Nous proposons ici, à titre d'exemple, deux façons qu'un « bon gestionnaire » pourrait vouloir aborder le problème. Nous verrons ensuite quelles seraient les conséquences de l'application de ces approches aux Centres de Santé décrits dans les chapitres précédents. La première de ces approches donne la priorité à la « survie de l'outil » ; la deuxième fait un compromis entre « survie de l'outil » et « production de santé ».

#### PREMIERE APPROCHE : PRIORITE A LA « SURVIE DE L'OUTIL ».

Cette approche viserait en premier lieu à constituer une réserve et à garantir un amortissement de « minimum confortable ». S'il y a un excédent dans le compte d'exploitation on l'utilise en première priorité pour constituer une réserve de 500.000 FCFA. S'il reste de l'argent, on l'utilise pour alimenter le compte d'amortissement. Lorsqu'on y a mis 500.000 FCFA (le « minimum confortable » décrit plus haut), on arrête de l'alimenter. S'il reste encore de l'argent, on l'affecte maintenant pour l'amélioration du fonctionnement du centre, et éventuellement, lorsqu'il en reste lorsque ces possibilités sont épuisées, pour l'amélioration du fonctionnement du cercle. L'année suivante, s'il y a de nouveau un excédent, on commence par compléter la réserve (si besoin en est : si l'année précédente on a réussi à l'établir à un niveau de 500.000 FCFA, on ne doit pas l'alimenter ultérieurement). Dès que c'est fait on commence par mettre la contribution de

maximum 590.000 FCFA pour l'amortissement, et dès que cela est fait, s'il reste de l'argent, on l'utilise à nouveau pour l'amélioration du fonctionnement du centre, et on procède comme l'année précédente (Figure 11).

FIGURE 11. STRATEGIE D'AFFECTATION DES EXCEDENTS QUI PRIVILEGIE LA "SURVIE DE L'OUTIL"



Cette procédure privilégie l'aspect « assurer la survie de l'outil centre de

santé » par rapport à l'aspect « améliorer la production santé ». C'est certainement une approche de gestion plus saine que de laisser accumuler les excédents, ou de les dépenser entièrement en primes, mais elle n'introduit que peu d'éléments visibles de dynamique d'amélioration.

#### DEUXIEME APPROCHE: COMPROMIS ENTRE « SURVIE DE L'OUTIL » ET « PRODUCTION DE SANTE »

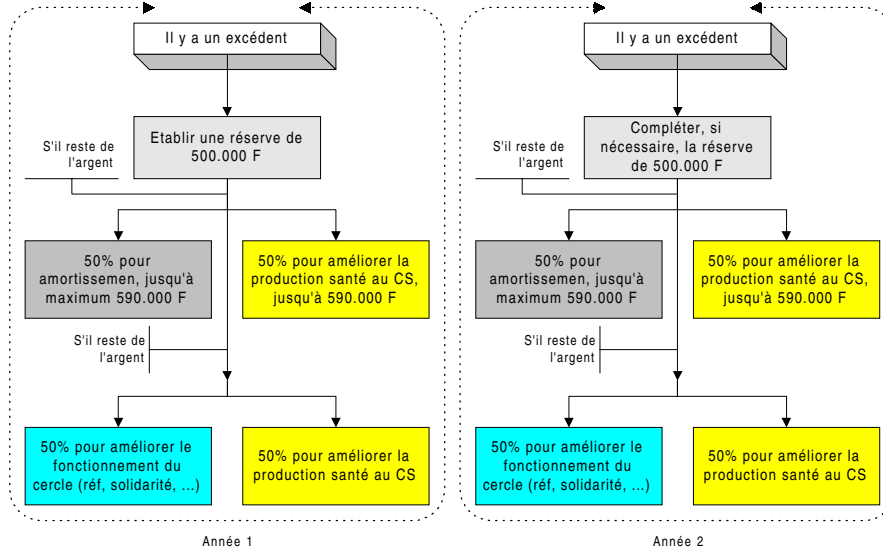
S'il y a un excédent dans le compte d'exploitation on l'utilise en première priorité pour constituer une réserve de 500.000 FCFA. S'il reste de l'argent, on en utilise une première tranche d'un maximum de 2 x 590.000 FCFA à parts égales pour l'amortissement et pour l'amélioration du fonctionnement du centre. S'il reste encore de l'argent après cela, on l'utilise à parts égales pour l'amélioration du fonctionnement du centre et pour l'amélioration du fonctionnement du cercle. L'année suivante, s'il y a de nouveau un excédent, on commence par compléter la réserve (si besoin en est : si l'année précédente on a réussi à l'établir à un niveau de 500.000 FCFA, on ne doit pas l'alimenter ultérieurement). Dès que cela est fait, on procède comme l'année précédente, et ainsi de suite.

Tout comme la précédente, cette approche donne priorité absolue à la constitution d'un capital de réserve, mais sacrifie en partie la constitution du capital d'amortissement à la mise à disposition de ressources pour l'amélioration du fonctionnement du centre. Elle prévoit également explicitement l'affectation de ressources pour l'amélioration du fonctionnement du cercle.

#### QUELS SERAIENT LES EFFETS DE TELLES APPROCHES ?

Pour pouvoir apprécier les effets de ces approches, nous les avons appliquées à l'échantillon de 25 centres de santé sur lesquelles nous avons des données détaillées. Nous sommes parti de l'hypothèse que les résultats d'exploitation de 1996 se seraient reproduits exactement dans les années suivantes. Avec de tels résultats d'exploitation, quels seraient les résultats de ces approches ?

FIGURE 12. STRATEGIE D’AFFECTATION DES EXCEDENTS QUI FAIT UN COMPROMIS ENTRE “SURVIE DE L’OUTIL” ET “L’AUGMENTATION DE LA PRODUCTION SANTE”.

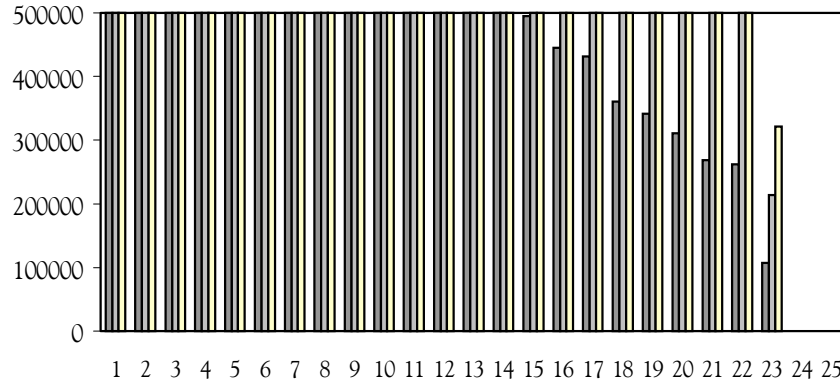


*Du point de vue de la constitution des réserves*

De ce point de vue, il n’y a pas de différences entre les deux stratégies. Elles privilégient toutes les deux la constitution d’une réserve comme première priorité.

Avec les comptes d’exploitation de 1996 on voit qu’il est parfaitement possible, pour la plupart des CS, de se constituer une réserve qui, rappelons le, permet d’assurer 6 mois de salaire pour le personnel même en cas d’arrêt complet des activités. Pour 7 des CS il faut attendre la deuxième année avant que la réserve soit constituée ; il y en a trois qui n’y réussissent pas, même après trois ans.

FIGURE 13. LA CONSTITUTION D'UNE RESERVE DANS LES 25 CS: LES TROIS COLONNES REPRESENTENT LES TROIS PREMIERES ANNEES.



Quatorze centres de santé auront constitué leur capital de réserve dès la première année. Sept autres auront constitué plus de la moitié de leur réserve la première année, et seront à l'aise après la deuxième. Un centre de santé mettra 5 années pour y arriver, et les centres de santé déficitaires n'arrivent même pas à commencer à le constituer.

Du point de vue de la constitution d'une réserve il n'y a pas de différence entre les deux stratégies; en général les résultats sont satisfaisants, et de gros problèmes dans les centres à risque seraient absorbables.

#### *Du point de vue de l'amortissement*

Dans les deux cas de figure, on commence à amortir dès que la réserve est constituée. Mais dans le premier cas on donne à ceci une plus grande priorité: tout l'argent y est consacré, jusqu'à une contribution annuelle de 590.000 FCFA. Dans le deuxième cas on partage l'affectation des excédents en partie à l'amortissement et en partie à l'amélioration du fonctionnement.

La capacité d'amortir se développe alors évidemment plus rapidement dans un cas que dans l'autre. Le Tableau 15 montre les contributions annuelles des 25 centres de santé, selon les deux approches. La plupart des CS bâtissent une capacité de contribuer, plus lentement, bien sûr, selon la deuxième modalité. Même là, cependant, 15 des 25 dépassent le niveau de

« minimum absolu » dès la deuxième année.

La Figure 14 montre l'effet du point de vue constitution d'un « capital » d'amortissement au cours de cinq années de fonctionnement<sup>12</sup>. Pour les 25 centres de santé ensemble on aurait du, après 5 ans, constituer un « capital d'amortissement » cumulé d'environ 73.750.000 CFA pour arriver à un amortissement « minimum confortable », et à 28.750.000 CFA comme minimum absolu. Dans la première option il y aurait 17 centres sur 25 qui pourraient le faire, et 13 dans la deuxième. Rappelons qu'un amortissement « minimum confortable » correspond à 590.000 F par an par centre de santé, et un amortissement « minimum absolu » à 240.000 F.

---

<sup>12</sup> Toujours en admettant que le montant des excédents reste identique pendant les cinq années.

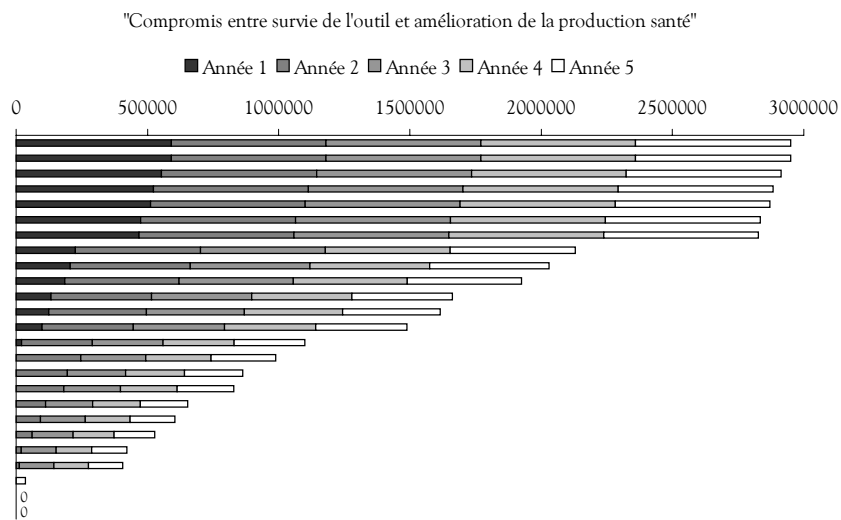
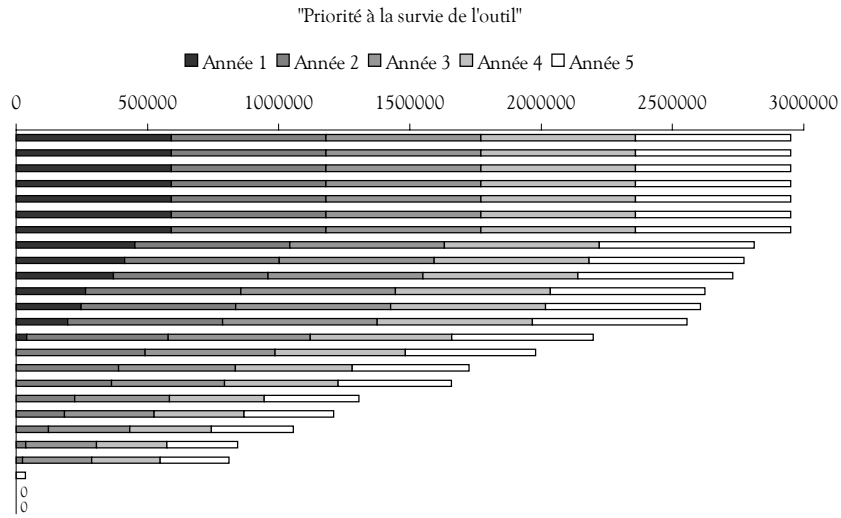
TABLEAU 15. SOMMES AFFECTEES CHAQUE ANNEE A L'AMORTISSEMENT SELON LES DEUX SCENARIOS

	OPTION 'PIROIRTE A LA SURVIE DE L'OUTIL'					OPTION 'COMPROMIS ENTRE SURVIE DE L'OUTIL ET AMELIORATION DE LA PRODUCTION SANTE'				
	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5	Année 1	Année 2	Année 3	Année 4	Année 5
CS1	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000
CS2	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000
CS3	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000	554,142	590,000	590,000	590,000	590,000
CS4	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000	522,800	590,000	590,000	590,000	590,000
CS5	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000	511,173	590,000	590,000	590,000	590,000
CS6	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000	474,198	590,000	590,000	590,000	590,000
CS7	590,000	590,000	590,000	590,000	590,000	468,078	590,000	590,000	590,000	590,000
CS8	451,635	590,000	590,000	590,000	590,000	225,818	475,818	475,818	475,818	475,818
CS9	412,300	590,000	590,000	590,000	590,000	206,150	456,150	456,150	456,150	456,150
CS10	369,910	590,000	590,000	590,000	590,000	184,955	434,955	434,955	434,955	434,955
CS11	264,640	590,000	590,000	590,000	590,000	132,320	382,320	382,320	382,320	382,320
CS12	246,415	590,000	590,000	590,000	590,000	123,208	373,208	373,208	373,208	373,208
CS13	195,655	590,000	590,000	590,000	590,000	97,828	347,828	347,828	347,828	347,828
CS14	39,743	539,743	539,743	539,743	539,743	19,872	269,872	269,872	269,872	269,872
CS15	-	491,110	495,555	495,555	495,555	-	245,555	247,778	247,778	247,778
CS16	-	389,960	444,980	444,980	444,980	-	194,980	222,490	222,490	222,490
CS17	-	362,960	431,480	431,480	431,480	-	181,480	215,740	215,740	215,740
CS18	-	222,230	361,115	361,115	361,115	-	111,115	180,558	180,558	180,558
CS19	-	183,540	341,770	341,770	341,770	-	91,770	170,885	170,885	170,885
CS20	-	121,992	310,996	310,996	310,996	-	60,996	155,498	155,498	155,498
CS21	-	37,030	268,515	268,515	268,515	-	18,515	134,258	134,258	134,258
CS22	-	24,346	262,173	262,173	262,173	-	12,173	131,087	131,087	131,087
CS23	-	-	-	-	35,070	-	-	-	-	35,070
CS24	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CS25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

NOTE : Lorsqu'un CS n'atteint pas le niveau "minimum absolu" ou reste en négatif, la case est en blanc ; lorsqu'il l'atteint, en gris clair ; s'il atteint un niveau d'amortissement correspondant à un "minimum confortable", en gris plus foncé.



FIGURE 14. LE CAPITAL D'AMORTISSEMENT CUMULATIF CONSTITUE APRES 5 ANS, A PARTIR DES CONTRIBUTIONS ANNUELLES AU FONDS D'AMORTISSEMENT



Sur l'ensemble des Centres de Santé, et selon l'option « priorité à la survie de l'outil » on est arrivé à 49.500.000, selon l'option « compromis entre survie de l'outil et amélioration de la production santé » à 37.500.000 CFA. Au niveau macro les CS (mais tous confondus, donc également les CS déficitaires) réussissent donc, selon ces scénarios, à amortir jusqu'à un niveau de minimum absolu, mais arrivent à peine entre la moitié et les deux tiers de ce qui serait un minimum confortable d'amortissement<sup>13</sup>. Admettons, par exemple, qu'une des premières grosses dépenses de remplacement soit l'achat d'une nouvelle mobylette après trois ans, soit une dépense de 715.000 FCFA.

*Du point de vue de la disponibilité d'argent pour renforcer le fonctionnement du CS*

Dans les deux options il y a de l'argent qui se libère pour des actions visant l'amélioration de la production santé (Tableau 16). Dans l'option « priorité à la survie de l'outil » il s'agit la première année de 7 CS, et à partir de la deuxième de 13 CS. Les autres n'arrivent jamais à avoir de telles sommes à disposition puisqu'ils consacrent toutes leurs ressources à l'amortissement.

Dans l'autre option il y a un nombre bien plus grand qui a de l'argent à disposition : 14 dès la première année, et 21 à partir de la deuxième. Les sommes sont inférieures pour quelques centres de santé, mais il ne faut pas oublier que dans cette option ces centres de santé affectent également explicitement de l'argent au niveau cercle (références, solidarité, ...).

Il est difficile de prévoir ce qui se passera si on investit dans l'amélioration des activités. On peut cependant raisonnablement espérer que le fait d'utiliser les surplus pour augmenter la qualité de l'offre, mènera à renforcer la santé financière (qui dépend en grande partie de l'utilisation) du centre autant que la production santé. On entrerait donc ainsi dans une spirale positive.

---

<sup>13</sup> Imposer des conditions plus strictes – par exemple demander de contribuer plus si on n'a pas contribué 'suffisamment' l'année précédente – réduirait ultérieurement les CS capables de répondre à ces conditions avant de pouvoir utiliser de l'argent pour améliorer leur fonctionnement.

TABLEAU 16. ARGENT DISPONIBLE POUR FINANCER DES AMELIORATIONS DANS L'OFFRE ET LA PRODUCTION SANTE AU CS SELON DEUX SCENARIOS: NOTEZ QU'IL N'Y A PAS D'ARGENT EXPLICITEMENT AFFECTE A L'AMELIORATION DU SYSTEME AU NIVEAU DU CERCLE, ALORS QUE C'EST LE CAS POUR L'AUTRE OPTION

	'PRIORITE A LA SURVIE DE L'OUTIL'			COMPROMIS ENTRE 'SURVIE DE L'OUTIL' ET 'AMELIORATION DE LA SANTE'		
	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3
CS1	3.124.613	3.624.613	3.624.613	1.857.307	2.107.307	2.107.307
CS2	1.349.875	1.849.875	1.849.875	969.938	1.219.938	1.219.938
CS3	518.283	1.018.283	1.018.283	554.142	804.142	804.142
CS4	455.600	955.600	955.600	522.800	772.800	772.800
CS5	432.346	932.346	932.346	511.173	761.173	761.173
CS6	358.395	858.395	858.395	474.198	724.198	724.198
CS7	346.155	846.155	846.155	468.078	718.078	718.078
CS8	-	361.635	361.635	225.818	475.818	475.818
CS9	-	322.300	322.300	206.150	456.150	456.150
CS10	-	279.910	279.910	184.955	434.955	434.955
CS11	-	174.640	174.640	132.320	382.320	382.320
CS12	-	156.415	156.415	123.208	373.208	373.208
CS13	-	105.655	105.655	97.828	347.828	347.828
CS14	-	-	-	19.872	269.872	269.872
CS15	-	-	-	-	245.555	247.778
CS16	-	-	-	-	194.980	222.490
CS17	-	-	-	-	181.480	215.740
CS18	-	-	-	-	111.115	180.558
CS19	-	-	-	-	91.770	170.885
CS20	-	-	-	-	60.996	155.498
CS21	-	-	-	-	18.515	134.258
CS22	-	-	-	-	12.173	131.087
CS23	-	-	-	-	-	-
CS24	-	-	-	-	-	-
CS25	-	-	-	-	-	-

*Du point de vue de la disponibilité d'argent pour renforcer le fonctionnement du cercle*

Dans la première option il n'y a pas d'argent explicitement affecté à ce

type de dépenses (référence, solidarité, supervision, ...). Il y a 7 CS la première année, et 13 à partir de la deuxième, qui pourraient y consacrer une partie des sommes indiquées dans le Tableau 16.

Dans la deuxième option, 2 centres la première année, et 7 à partir de la deuxième, contribuent un total de respectivement 1.6 M et 3 M de FCFA à ce type d'activités. Ces mêmes centres ont cependant alors déjà auparavant: a) constitué leur réserve ; b) fait leurs amortissements, et c) affecté des sommes considérables à l'amélioration de leur fonctionnement. Il s'agit donc de CS qui peuvent se le permettre.

TABLEAU 17. EXCEDENTS AFFECTES A L'AMELIORATION DU FONCTIONNEMENT DU SYSTEME AU NIVEAU DU CERCLE, DANS L'OPTION 2 (EQUILIBRE SURVIE DE L'OUTIL ET AUGMENTATION DE LA PRODUCTION SANTE)

	ANNEE 1	ANNEE 2	ANNEE 3
CS1	1.267.307	1.517.307	1.517.307
CS2	379.938	629.938	629.938
CS3	-	214.142	214.142
CS4	-	182.800	182.800
CS5	-	171.173	171.173
CS6	-	134.198	134.198
CS7	-	128.078	128.078

NOTE : Seuls 7 centres sur 25 affectent de l'argent à cet objectif.

## *Des stratégies nécessairement flexibles*

Il semble évident qu'il faut développer des approches sur l'utilisation des excédents : ils représentent des ressources importantes, qui peuvent devenir des outils de développement et de renforcement, ou qui, au contraire, peuvent rester inutilisés. La manière dont sont affectées ces ressources est importante : on peut mettre des accents fort différents. Cela est illustré par les deux scénarios développés dans ce chapitre. Néanmoins, il y a un potentiel important, et son utilisation adéquate pourrait renforcer la dynamique du système, tant au niveau des centres de santé qu'au niveau du cercle.

Mais il semble difficile de définir des clés de répartition applicables partout de la même façon. Ce qui importe, c'est d'avoir des médecins chefs de

cercle qui comprennent les enjeux, qui sont au courant des différents mécanismes possibles, et savent les appliquer de façon créative dans une négociation avec les populations et leurs ASACOS.



---

## 8. De l'équilibre du compte d'exploitation vers une base financière solide

---

### *Déficits apparents et déficits cachés*

Si pris dans son ensemble le réseau de centres de santé semble viable, certains sont déficitaires. Dans notre échantillon, un seul centre de santé<sup>14</sup> présente un déficit significatif. Il s'agit du CSAR de Konio qui présente un déficit d'exploitation de 386.935 FCFA. Ses charges en personnel ne sont pas inconsidérées d'autant plus qu'elles sont subventionnées. Ses tarifs sont normaux. Ses dépenses de fonctionnement sont raisonnables. Il n'y a que le niveau de recettes bas pour expliquer le déficit. Le taux d'utilisation de la consultation curative est dans la moyenne, à 0,20. La population totale est de 7959 habitants à priori suffisante. 16% de cette population habite à moins de 5 km. Une partie du déficit est expliqué par une mauvaise gestion des médicaments. Mais la plupart des centres de santé étudiés ne présentaient pas de tels déficits – du moins si on fait abstraction de l'amortissement des investissements.

Le fait qu'il n'y ait pas de déficit ne veut cependant pas dire qu'il n'y a pas de problème. Lorsqu'on effectue la comparaison entre les différents type de centres de santé, CSAR et CSCOM, (en corrigeant certaines valeurs extrêmes liées aux CSA centraux) il semble que tout se passe comme si les centres de santé adaptaient le niveau de leurs dépenses aux recettes réelles ou du moins à ce dont ils ont l'impression de disposer compte tenu de leur activités. S'il y a plus d'entrées, on fait également plus de dépenses. Les CS adaptent en effet leur production à leur ressources. Or, il est possible de rester en équilibre financier, du moins à court terme, avec une production minimale. Cela n'est évidemment pas le but. On a dans ce cas un '*déficit ca-*

---

<sup>14</sup> Les CSA, non revitalisés, et les CSCOM que nous appelons également non revitalisés présentent des comptabilités trop approximatives pour permettre d'interpréter les déficits ou les excédents. D'un autre côté, cette imprécision confirme l'impact positif de la revitalisation sur la tenue des comptes.

*ché'* qui doit tout autant être pris en considération qu'un déficit apparent.

Il semble exister un phénomène autorégulateur qui limite le risque financier. Ceci tendrait à montrer qu'il y a une réelle conscientisation sur les coûts de la santé chez les gestionnaires. La question est de savoir si les dépenses que l'on pourrait considérer comme obligatoires pour offrir un paquet minimum d'activités de qualité, sont engagées ou si elles sont au contraire rognées pour ne pas compromettre d'autres dépenses. Si le risque de faillite à court terme est ainsi limité, à plus long terme, ce comportement expose au risque de compromettre la qualité des services ou la pérennisation des structures. Par exemple, un centre qui économise systématiquement sur les frais d'entretien risque de rencontrer des problèmes plus tôt que d'autres, ou s'il réduit les dépenses de salaires, risque de voir son personnel partir là où les salaires sont plus intéressants<sup>15</sup>.

Un budget en équilibre peut donc indiquer qu'il n'y a pas de problème et en d'autres cas en cacher un. Par contre, s'il y a déficit, il y a toujours problème, car cela met en péril la survie du CS. Il faut donc pouvoir réagir, et cela suffisamment vite pour prévenir la faillite d'un CS, avec tout le découragement qui s'en suivrait, et les coûts induits par le redémarrage.

Il y a bien sûr des situations qu'on pourrait caractériser comme 'déficit conjoncturel'. L'infirmier est parti, le centre a été fermé un temps, la moto a été volée, il faut la remplacer, un stock de médicament a été accidentellement détruit, etc. Il faut alors trouver des solutions au cas par cas, qui peuvent même inclure des prêts à court terme.

La situation est différente lorsqu'un déficit est 'structurel', c'est à dire lorsque les recettes d'exploitation 'normales', avec une utilisation raisonnable<sup>16</sup>, ne suffisent pas à couvrir les dépenses de fonctionnement à la charge

---

<sup>15</sup> Une analyse fine pourrait vérifier si tous les centres actuellement équilibrés sont à même de couvrir ces dépenses minimales. Cette analyse est néanmoins très complexe et doit être réalisée au cas par cas pour tenir compte des subventions reçues (en particulier pour la chaîne de froid ou la stratégie avancée). Une telle analyse doit également déterminer quelle est la nature des dépenses "obligatoires" et leur ordre de priorité.

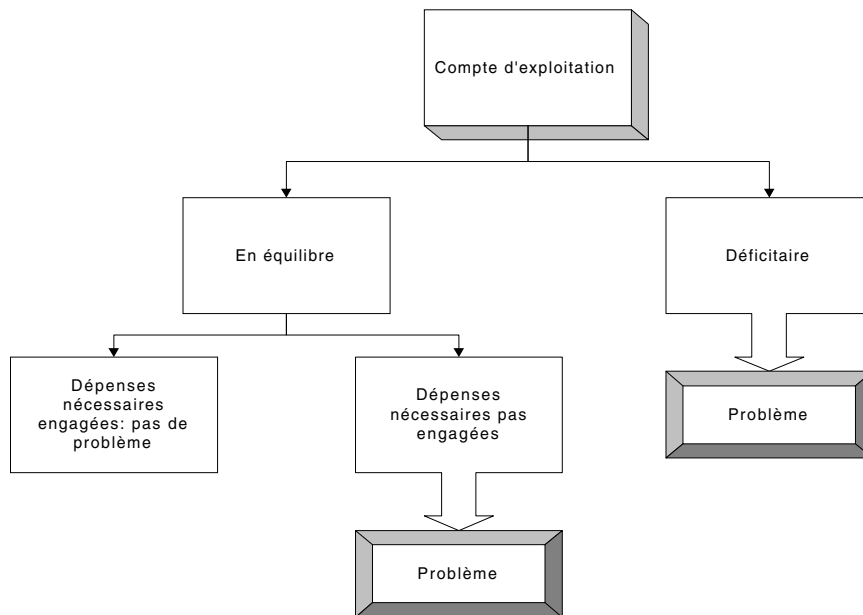
<sup>16</sup> Par raisonnable, on entend un taux d'utilisation en rapport avec l'accessibilité, et ne mettant pas foncièrement en doute l'acceptabilité du service.



du centre et en particulier les charges fixes. Ceci peut se présenter lorsque la population à couvrir est trop petite ou parce que l'accessibilité ou la concentration sont trop faibles. En principe les études de faisabilité réalisées avant l'ouverture du centre devraient permettre de prévoir ce risque, et d'éviter des situations de déséquilibre en n'ouvrant le centre que si une solution est trouvée pour réunir des conditions de réussite suffisantes.

Mais il y a d'autres mesures qu'on peut prendre pour renforcer la base financière des centres de santé, et pour éviter ou corriger des problèmes.

FIGURE 15. DEFICITS APPARENTS ET MANIFESTES



### *Quels outils et mécanismes de ré-équilibrage?*

Qu'est ce qu'on peut faire pour diminuer le risque de déséquilibre, ou pour les corriger lorsqu'ils se produisent ? On peut intervenir à plusieurs niveaux et de différentes façons. Le Tableau 18 donne une vue d'ensemble du 'menu' de mesures possibles. Les paragraphes qui suivent reprennent leurs

risques, potentiel et conditions d'application.

TABLEAU 18. OUTILS ET MECANISMES POSSIBLES POUR RENFORCER LA BASE FINANCIERE DES CSCOM ET GERER DES DEFICITS APPARENTS OU CACHES

Diminuer les dépenses variables	1. Eliminer d'éventuelles inefficiences
Diminuer les dépenses fixes	2. Baisser les salaires
	3. Re-déployer le personnel payé par l'état
	4. Chaîne de froid
	5. Rationaliser les stratégies avancées
Augmenter les recettes	6. Augmenter les tarifs et les marges bénéficiaires
	7. Augmenter l'utilisation
Faire jouer des mécanismes de solidarité	Entre les habitants d'une aire :
	8. Cotisation asaco
	9. Mutuelle
	10. Prépayement
	Entre les habitants d'un cercle :
	11. CLD
	12. Caisse solidarité
	Entre les CS d'un cercle
	13. Prix médicaments
	14. Taxer les excédents
	Au niveau de la région ou du pays :
	15. Eponger les déficits par subsides état systématiques
	16. Eponger les déficits par subsides état conditionnées par viabilité structurelle
	17. Appuis extérieurs
	18. Fédération ASACOS

#### DIMINUER LES CHARGES VARIABLES

##### 1. Corriger des inefficiences

La séparation de la gestion des médicaments protège en fait le centre de santé des risques de faillite liés au médicament dans le mesure où ils sont vendus systématiquement avec une marge. On ne peut pas non plus jouer sur la périodicité de la vaccination (le nombre de doses de vaccin perdues est lié au nombre de jours où la vaccination est pratiquée), car l'impact sur

la situation financière du centre est nul tant que les vaccins ne sont pas facturés.

On peut parfois corriger des charges variables excessives lorsque celles-ci sont la suite d'erreurs de gestion: mauvaise estimation des besoins avec sur-stockage de médicaments ou achat inconsidéré de fournitures.

A part cela, et pour autant que les dépenses imposées par les autorités sanitaires de contrôle (supports de gestion quotidienne, supports du système d'information sanitaire) restent raisonnables, il y a en fait très peu de potentiel de correction de déficits en jouant sur les charges variables.

#### DIMINUER LES DEPENSES FIXES

Dans certains Centres de Santé en difficultés il est possible de réduire ou gérer les problèmes d'équilibre financier en essayant, par des solutions locales, de réduire les dépenses fixes. Dans la mesure où pour le moment les amortissements ne sont pas considérés, les charges fixes sur lesquelles on pourrait envisager d'agir<sup>17</sup> se répartissent entre: le personnel, la chaîne de froid, et la stratégie avancée.

#### *2. Réduire les salaires*

Réduire les salaires serait une première mesure envisageable. Mais, sauf là où ils sont exagérés par rapport aux autres Centres de Santé, cela reste une solution de court terme. En effet les différentiels de salaire entre la fonction publique et les CSCOM, combinés avec l'absence de perspective de carrière et d'avantages sociaux, posent déjà problème. En effet, si de nouveaux centres se créent il faut être conscient que certains ont "virtuellement" disparu puisqu'ils sont à la recherche de personnel qu'ils ont perdu et ne pourront peut-être pas remplacer. Un rééquilibrage entre les conditions de services des deux secteurs est peut-être vital pour la survie au long terme des CSCOM. Cela ne sert pas à grand chose de rééquilibrer le compte d'exploitation du CS si c'est pour voir l'infirmier renoncer à son contrat, alors qu'on n'arrivera pas à en attirer un nouveau.

---

<sup>17</sup> diminuer les dépenses d'entretien du bâtiment et des équipements risquerait de coûter finalement plus cher sur le long terme.

### 3. Redéployer du personnel fonctionnaire

Une possibilité qui pourrait localement apporter une solution pour un CSCOM particulier, serait d'y redéployer du personnel fonctionnaire du CSC ou des CSA. En effet, sur les quatre cercles qui ont fait l'objet de l'étude, on a pu observer les éléments suivants:

- ✓ Les CSCOM reçoivent moins de subventions que les CSAR, la part de l'état y est également moindre ;
- ✓ Les salaires et le nombre de personnel sont moindres dans les CSCOM ;
- ✓ Les dépenses de fonctionnement sont moindres dans les CSCOM que dans les CSAR ;
- ✓ Les résultats sont au moins comparables dans les CSCOM.

Ces observations tendent à montrer, au moins dans la zone étudiée, qu'il y a un déséquilibre entre les ressources mises à disposition de certaines formations par rapport à d'autres. Cela correspond à un réservoir en termes de personnel dans le secteur a priori plus favorisé, les CSA (et probablement également le CSC). Cela permettrait un transfert de ressources de l'état sous forme de détachement de fonctionnaires vers les CSCOM, et cela sans augmenter la charge de l'état. Une telle approche pourrait représenter une solution dans l'avenir, pour des zones où le bassin de population est trop petit pour permettre aux ressources d'exploitation seules de financer le salaire du personnel.

Ce type de transfert à été mis en oeuvre dans le cercle de Djenné. C'est donc à priori faisable. Il faut cependant remarquer que cela a été fait de façon plutôt directive de la part du médecin chef. Cette approche a été possible parce que le médecin venait d'arriver dans la zone et était moins lié à la situation existante. L'acceptabilité des mesures proposées tient sans doute également à la personnalité et au charisme de ce médecin. L'expérience n'est pas obligatoirement reproductible. Enfin, il n'est pas impossible qu'à la longue des réactions s'expriment et remettent la décision en cause.

Il ne s'agit de toute façon pas d'une approche simple. Lorsque on s'est habitué à avoir de meilleures conditions de travail dans les CSAR avec plus de personnel, des résistances au changement sont à anticiper de la part du personnel fonctionnaire. Le personnel des CSCOM travaille sous contrôle

étroit de l'ASACO. Des résistances sont donc à prévoir. Quelles seront les relations entre le personnel fonctionnaire et l'ASACO dans un tel cas? Un statut particulier devra être envisagé. Fonctionnaire détaché, contractuel? C'est une situation nouvelle et souvent traumatisante pour un personnel habitué à avoir le pouvoir que lui confère son statut de « représentant » de l'état auprès de la population, et à une tutelle administrative diluée.

Une possibilité sur le long terme pour contourner les résistances serait de baser cette approche sur du personnel nouvellement recruté dont le niveau d'exigence est à priori moindre que pour du personnel jouissant d'avantages considérés comme acquis.

Des critères devront être élaborés pour décider quel CSCOM serait éligible pour un tel transfert. Il y a un risque de voir certaines ASACO ne pas prendre d'initiatives en cas de difficulté financière pour simplement susciter une telle aide. D'un autre côté il y a le risque de décourager les ASACO qui ont mis en oeuvre des solutions à leur niveau pour résoudre un problème de personnel. C'est par exemple le cas de Gagna.

De telles approches pour résoudre des problèmes de solvabilité ne représenteraient une solution que pour les zones moins favorisées, et encore dans la mesure où dans ces cercles également, la même situation "privilegiée" prévale dans les CSAR. Tout cela ne pourra donc de toute façon concerner qu'un nombre limité de CSCOM.

#### *4. Faire à moins de réfrigérateurs*

La chaîne de froid fait partie des dépenses incompressibles ... lorsqu'elle est présente. Or, le déplacement périodique d'un agent de santé dans un centre de santé voisin pour s'approvisionner en vaccins pour des séances périodiques de vaccination (en stratégie avancée ou dans son centre de santé) peut parfois être une alternative moins chère que le maintien d'un réfrigérateur en fonctionnement permanent. Cela ne doit pas nécessairement avoir un impact négatif sur les services offerts dans la mesure où la vaccination peut être bien organisée de façon périodique. Pour certains centres de santé un tel arrangement permettrait peut-être de réduire les charges sans nuire aux prestations – mais il s'agit là, bien sûr, que d'arrangements particuliers qui ne peuvent être généralisés.

### 5. Investir moins dans les stratégies avancées

La rationalisation de la stratégie avancée peut dans certains cas être une source d'économie. Lorsqu'on analyse ce qui se passe dans les centres de santé, elle représente un coût marginal d'environ 10%<sup>18</sup> des coûts récurrents hors amortissement dans les CSAR et CSCOM<sup>19</sup>. Il y aurait cependant là certainement des retombées négatives sur l'utilité du CS - on sacrifierait la raison d'être du CS à sa solvabilité. De plus, il ne faut pas perdre de vue que son bénéfice va au-delà des couvertures ainsi obtenues puisqu'elle participe au renforcement du lien entre la population et le CS.

### AUGMENTER LES RECETTES

### 6. Augmenter les tarifs des prestations ou les marges bénéficiaires sur les médicaments.

C'est la mesure la plus facile, du moins en apparence. Le jeu sur les marges bénéficiaires est cependant limité par les prescriptions du Schéma Directeur actuel. De plus, des augmentations des recettes par une révision à la hausse des tarifications risquerait d'avoir un effet nul ou négatif, en créant des barrières financières plus importantes et une conséquente réduction de l'utilisation. En fait, l'élasticité de la demande par rapport aux prix des soins ne semble pas avoir été étudiée de façon approfondie au Mali. Les expériences partielles et les expériences dans d'autres pays semblent indiquer que des augmentations raisonnables des prix mèneraient à des réductions temporaires de la demande.

Il est bon de souligner, toutefois, que la marge bénéficiaire sur les médicaments n'est pas un élément aussi absolu qu'il ne pourrait sembler. Avec les médicaments génériques, peu chers, une augmentation du coefficient

---

<sup>18</sup> Ce chiffre doit être interprété avec précaution car il ne reflète pas la réalité des coûts. Il est plutôt maximaliste. En effet, dans un certain nombre de centres, il représente la dotation en carburant reçue du PEV ou des ONG qui n'est elle-même pas liée aux besoins réels puisqu'elle est du même montant pour tous!

<sup>19</sup> Son coût est en fait surtout un coût d'opportunité dans la mesure où l'absence de l'infirmier parti en S.A. diminue la permanence de l'offre de soins curatifs au centre de santé.

multiplicateur de 1,2 à 1,3 ferait monter le coût moyen de la prescription d'un montant de l'ordre de moins de 100 FCFA (par exemple de 900 à 975 FCFA). Tant que la nature 'spéciale' du produit pharmaceutique reste respectée, dans un esprit de rationalisation (ce qui s'exprime à travers des plafonds de marges bénéficiaires tolérées), le "raisonnable" peut prendre le pas sur le "principe"... Une augmentation raisonnable de la marge bénéficiaire sur les médicaments peut être mieux acceptée qu'une augmentation du même ordre de grandeur au niveau de la tarification (passer par exemple de 150 à 225 FCFA par nouveau cas).

#### *7. Augmenter l'utilisation des Centres de Santé.*

C'est bien évidemment la solution idéale : cela réduirait la fragilité du Centre de Santé tout en contribuant à ce que celui-ci remplisse sa mission sociale. En effet, plus l'utilisation du Centre de Santé est importante, plus il devient possible de distribuer les charges fixes sur un grand nombre d'utilisateurs. Tant que le Centre de Santé ne devient pas surchargé – et qu'il évite de médicaliser inutilement – une utilisation plus importante renforce le Centre de Santé financièrement ; si le surplus financier est utilisé pour améliorer la qualité, cela augmente à son tour l'attraction, donc l'utilisation, donc la solvabilité : on entre dans une spirale positive. Dans la majorité des CSCOM et CSAR il reste probablement une marge assez importante dans ce domaine. Globalement le taux d'utilisation (dans le curatif) se situe autour de 0.2 NC par habitant et par an. Etant donné que plus de 70% des recettes des CSCOM et CSAR sont liées à des activités curatives, une augmentation de 25 % du taux global actuel représenterait une augmentation de plus de 17% des recettes sur lesquels des bénéfices nets sont réalisables (tarification et vente de médicaments). La tarification à elle seule représente autour de 20% des recettes, et c'est du bénéfice net presque pur.

Le problème qui se pose par contre dans les Centres de Santé à problèmes est qu'on se trouve dans une spirale contraire : sous-utilisation, d'où difficultés financières, d'où diminution de la qualité et/ou de la confiance, d'où sous-utilisation. Le problème est alors de briser ce cercle vicieux et de l'invertir : cela demande des solutions locales à des problèmes particuliers. Etant donné que cela ne concerne qu'une minorité, et que le réseau dans

son ensemble présente des excédents, cela devrait être faisable au niveau des cercles, ou au moins au niveau des régions.

FAIRE JOUER DES MECANISMES DE SOLIDARITE ENTRE LES HABITANTS  
D'UNE AIRE

#### 8. Organiser un système de cotisations pour toute l'aire par l'ASACO

Des systèmes de cotisations<sup>20</sup> pourraient avoir un potentiel de ré-équilibre ou de renforcement de la base financière du Centre de Santé. Ils auraient l'avantage de baser une partie des ressources sur une solidarité plus large: les utilisateurs potentiels, et non plus seulement les malades. Dans la mesure où la mise en oeuvre d'un tel système est saisie comme une opportunité de dialoguer avec la population, la démarche renforcerait en outre la dynamique sociale et le sens de l'appropriation.

Des systèmes de cotisation ont été mis en oeuvre dans certaines aires pour combler les déficits réels ou prévisionnels. C'est le cas de Gagna dans le cercle de Djenne ou de Kaara dans le cercle de Kolondieba. Des expériences du même ordre ont également vues le jour dans les cercles de Niono ou San.

Les cotisations peuvent être instituées *dès le départ* (en faisant le budget prévisionnel) ou être le résultat d'un *incident critique* (par exemple le départ d'un personnel payé par l'état qui n'est pas remplacé ; ce fut le cas de Gagna) ou encore être la solution décidée à un *déficit observé*.

Par contre, il faut s'attendre à ce que à la longue un effet de "fatigue" se fasse sentir. Il est essentiel qu'un tel système se crée avec la participation la plus large de la population. Or les ASACO sont loin d'être toujours le reflet des desiderata de la communauté. Des cotisations organisées de façon plus

---

<sup>20</sup> Ce genre de cotisations est à distinguer de celles qui cherchent à "assurer" certaines populations ou sous-populations contre des risques de dépenses majeures imprévisibles au niveau individuel, comme par exemple les coûts indirects (parfois très élevés) de transport nécessaire pour une évacuation d'urgence. Ce dernier type de cotisation est en fait une sorte de "prime d'assurance", dont le montant peut être fixé selon des modalités plus ou moins solidarisantes. Il n'est pas destiné à combler un déficit de la formation sanitaire, mais à assurer des individus contre des calamités diverses, notamment l'évacuation en cas d'urgence obstétricale.



sélective sont également envisageables; le risque est alors qu'on pourrait induire des attentes 'spéciales' du côté des cotisants. Les gens risquent d'interpréter la cotisation comme une forme de pré-paiement donnant droit à des avantages ultérieurs.

Dans tous les cas de telles cotisations ne pourront être organisées que si la survie du CSCOM est en jeu et que la communauté considère que cela est suffisamment important. Elles se feront selon les réalités sociales locales; le rôle des gestionnaires des systèmes de soins est un rôle d'accompagnement: clarification-information et éventuellement médiation<sup>21</sup>.

### 9. Créer une mutuelle

Certaines initiatives de création de mutuelles seraient probablement intéressantes à documenter. De tels systèmes ont des racines existantes déjà dans les années '80 (enseignants à Bamako). Il s'agit plutôt de mécanismes d'assurance-maladie que d'outils pour assurer la solvabilité des Centres de Santé. On peut se demander si de telles initiatives pourront plus facilement être mis en place au niveau d'un cercle plutôt que d'une aire de santé.

### 10. Instaurer un système de prépaiement

Le prépaiement (ou l'abonnement) est pratiqué dans un certain nombre de CSCOM. Jusqu'à présent il semble se limiter aux services disponibles au niveau des structures de soins primaires. Il peut s'agir de payer des *cartes d'adhésion* qui donnent droit à des tarifs réduits (comme pratiqué dans cer-

---

<sup>21</sup> Ce rôle de médiateur qui revient à l'équipe socio-sanitaire de cercle est essentiel. La politique sectorielle a impulsé la création de centres de santé communautaires. Ils ont une autonomie par rapport aux services de l'état même s'il remplissent une fonction de service public. La relation entre l'ASACO, gestionnaire du service, et d'une part la population et ses attentes en matière de santé qui ne considère pas toujours les aspects gestionnaires, et d'autre part les agents de santé est un élément clé de la réussite de la politique sectorielle au niveau du premier échelon. Mais cette interaction est source de tension entre des intérêts parfois contradictoires. L'équipe socio-sanitaire de cercle qui n'est plus directement en charge du service doit assumer un rôle nouveau de médiation dans l'intérêt général dont il devrait être le garant.

tains CSCOM de Bamako et ailleurs).

Il y a lieu de bien expliciter quel est l'objectif d'un tel système. A certains endroits il s'est avéré que plusieurs logiques différentes étaient présentes simultanément. L'analyse d'un de ces cas montre qu'il y avait au moins trois attentes différentes:

- Pour les gérants de l'ASACO: faire rentrer plus d'argent plus rapidement;
- Pour l'équipe socio-sanitaire du cercle: promouvoir l'accessibilité à travers un système de partage de risques;
- Pour le groupe des malades: s'assurer rapidement contre des dépenses prévisibles ("sélection adverse").

Il convient de bien expliciter ces logiques dans la prise de décision. Déjà dans les années '80 des expériences de ce genre à Kita avaient échoué pour des raisons de motivations non partagées de part et d'autre.

FAIRE JOUER DES MECANISMES DE SOLIDARITE ENTRE LES HABITANTS D'UN CERCLE

#### *11. Faire appel au CLD*

Faire appel au CLD comme instrument de redistribution-subvention tendrait à renforcer l'équité au niveau du cercle. Cependant cela dépend des sources de recettes des CLD et de la destination de leurs dépenses. Cette approche représente probablement une solution à court terme seulement. En effet, les CLD semblent être appelés à être remplacés par la nouvelle structure des communes.

#### *12. Créer une caisse de solidarité*

Des caisses de solidarité peuvent être établies pour couvrir les coûts *indirects* – par exemple ceux des évacuations pour urgences obstétricales. Comme pour les mutuelles il s'agit de mécanismes d'assurance plutôt que d'équilibrage de déficits d'exploitation des formations sanitaires.

## FAIRE JOUER DES MECANISMES DE SOLIDARITE ENTRE LES CS D'UN CERCLE

### 13. Créer des caisses de péréquation pour les médicaments

De telles caisses permettraient de différencier la tarification des prix de vente des médicaments au niveau du dépôt répartiteur selon la capacité économique de la formation sanitaire, et de faire jouer ainsi la solidarité entre CS. Les risques de ces approches tiennent à la probable complexité des systèmes à mettre en place, à leur manque de transparence et par conséquent à leur vulnérabilité à des déviations liées à des luttes d'intérêts.

Des conditions préalables doivent être remplies pour permettre une telle approche:

- ✓ La confiance des ASACO dans les structures centrales de cercle ou la mise en place d'une structure centrale gérée par l'ensemble des ASACOS au niveau du cercle ;
- ✓ La supervision et le contrôle réel des comptes d'exploitation. Les difficultés rencontrées lors de l'étude pour reconstituer les comptes d'exploitation mesurent le chemin à parcourir avant que ces conditions soient remplies. Il faut au moins qu'il existe un jeu de critères solides pour juger de la validité et de la précision des comptes ; cela aura un coût.
- ✓ Une volonté partagée par tous les acteurs dès le départ, ce qui implique que d'une façon ou d'une autre les populations d'un cercle perçoivent le cercle comme une *entité sociale* à laquelle ils appartiennent.

### 14. "Taxer" les excédents d'exploitation des CS de façon systématique pour les redistribuer sous forme de subventions.

Le principe ainsi que les risques et les conditions préalables sont les mêmes que pour les caisses de péréquation pour les médicaments. Toute subvention porte en soi les risques d'effets pervers.

FAIRE JOUER DES MECANISMES DE SOLIDARITE AU NIVEAU DE LA REGION  
OU DU PAYS

*15. Systématiquement éponger les déficits par des subsides de l'Etat*

C'est une approche séduisante en ce qu'elle serait moralement attrayante comme solution pour les aires non viables. Son avantage est la simplicité ... à partir du moment où l'on est en mesure de mesurer, d'objectiver ce déficit, et ce de façon équitable pour tous les centres. Nous avons vu que ce n'est pas si simple.

Un des risques à imaginer est de consolider une mauvaise gestion éventuelle, alors qu'on "punit" ceux qui s'en sortent seuls.

*16. Eponger les déficits par des subsides de l'état, conditionnés par la viabilité « structurelle » du CS*

De tels subsides conditionnés sont moins simples, tant politiquement (il y aura bien des pressions), que techniquement (les critères d'appréciation de la viabilité structurelle sont encore à mettre au point). L'avantage par rapport à la subsidiation systématique serait que les conditionnalités résulteraient quand-même en une pression pour que les centres de santé gardent leur autonomie.

*17. Utiliser des appuis extérieurs,*

On pourrait faire appel à des associations de ressortissants, des fonds d'ONG, des jumelages, ..., soit pour résoudre des difficultés ponctuelles, soit pour combler des déficits structurels d'aires non viables. Dans ce dernier cas, il faudra s'assurer de l'appui à long terme de ces aires - des garanties dans ce sens seraient nécessaires pour s'avancer.

*18. Faire intervenir la fédération des ASACOS*

Une dernière possibilité à explorer pourrait consister en transferts de ressources à l'intérieur des branches de la fédération d'ASACO, la FENASCOM. La fédération ne paraît pas encore très consolidée pour l'instant, mais rien n'empêche qu'elle le devienne à l'avenir. Il faut cependant avoir à l'esprit qu'elle aura également d'autres tâches peut-être plus

pertinentes ou prioritaires, telles que la gestion des relations entre les ASACO et leurs employés, entre les ASACO et les autorités sanitaires et d'autres secteurs, entre ASACO mêmes, etc. Ce n'est donc probablement qu'une piste à explorer à long terme.

### *Implications pour la politique sectorielle : généraliser l'appui au développement de solutions locales*

Ce qui caractérise l'analyse de ces différentes pistes pour aider à assurer la solvabilité des centres de santé, c'est qu'il n'y en a aucune qui soit à la fois pertinente, faisable et suffisante partout. Il n'y a pas de solution magique, que l'on pourrait généraliser à grande échelle.

Cela étant dit, les initiatives locales - très diverses - ont montré que des communautés ont su trouver des réponses localement adaptées à certains de leurs problèmes. Il s'agit ici d'une dynamique communautaire et sociale qui n'est pas négligeable, même si elle est peut-être plus fragile à moyen et long terme qu'on ne puisse penser maintenant;

Vu la grande diversité des situations et la variété des difficultés, et vu l'approche générale que le Mali a adopté dans sa politique sectorielle (et qu'on pourrait caractériser de "sociologique" plutôt que "technocratique"), il semble sage de prendre la position que la réponse la plus adéquate se trouve effectivement au niveau *local*.

Dans ce cas, les réponses variées devraient au mieux être accompagnées localement aussi. La responsabilité de cet accompagnement se situerait alors au mieux au niveau du cercle, ce qui implique que les ESSC doivent être capables d'accompagner les ASACO de façon suffisamment professionnelle, tant sur le plan des concepts que sur les plans de la gestion quotidienne et de la recherche gestionnaire.

Si tel est le cas, cela n'empêche qu'il faut également une instance qui s'occupe de faire la synthèse et de garder la mémoire collective de toutes ces expériences.



---

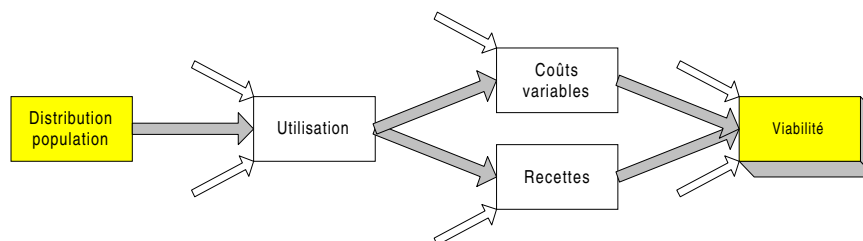
## 9. Etendre le réseau de centres de santé : les conditions de viabilité et de développement des CSCOM

---

### Les éléments utilisés pour prédire la viabilité?

Décider de l'extension du réseau de CSCOM, des modalités de mise en oeuvre, des mesures éventuelles à prendre (subvention, adaptation des modalités de paiement etc.), dépend en grande partie de l'appréciation qu'on fait des conditions de viabilité des centres de santé de premier échelon. Lors du lancement du programme les *études de faisabilité* réalisées portaient essentiellement de la distribution de la population (population totale, population à moins de 5 km, population à moins de 15 km). L'hypothèse sous-jacente était que la distribution de la population détermine le taux d'utilisation, celui-ci le potentiel de recette, et le potentiel de recette la viabilité (Figure 16). Avec un jeu d'hypothèses sur les relations entre ces différentes étapes on en est arrivé à faire des prédictions sur la viabilité des premiers centres de santé.

FIGURE 16. LA LOGIQUE DES ETUDES DE FAISABILITE BASEES SUR LA DISTRIBUTION DE LA POPULATION.



La stratégie suivie a été de commencer l'implantation des CSCOM dans les aires considérées les plus viables. Ce qui est à venir concernera de plus en plus des aires moins peuplées et moins concentrées. Les inquiétudes sont donc légitimes devant la risque de fuite en avant par la multiplication

d'aires structurellement non viables. On est en droit maintenant de se poser deux questions : (i) est-ce que les prédictions de viabilité – et de non-viabilité – se sont révélées correctes ? et (ii) quelle attitude prendre vis-à-vis du besoin d'extension de la couverture à des aires a priori « moins viables » que celles avec lesquelles on a commencé, et, a fortiori, à des aires « non-viables » ?

#### EST-CE QUE LES ETUDES DE FAISABILITE ONT CORRECTEMENT PREDIT DES COMPTES D'EXPLOITATION EN EQUILIBRE ?

Si on prend comme critère le fait d'avoir un compte d'exploitation en équilibre, on peut dire, en gros, qu'en effet, il y a moyen de fonctionner de façon adéquate. Cela ne signifie cependant pas que les critères utilisés pour faire ces prédictions sont les meilleurs. Les résultats de l'étude montrent effectivement une extrême variabilité des situations, et le caractère multidéterminé des résultats d'exploitation<sup>22</sup>.

En utilisant des techniques de régression, on trouve un lien faiblement significatif entre le résultat d'exploitation et la taille de la population totale de l'aire ou la taille de la population à moins de 5 km. Par contre, l'association entre résultat d'exploitation et taux d'utilisation des CSCOM, ni celle entre concentration de population (% de population de l'aire à moins de 5km) et le taux d'utilisation de la consultation curative sont significatives dans ce (petit) échantillon.

Il semble y avoir une relation plus forte entre le volume de recettes d'exploitation (chiffre d'affaire) et le nombre de consultations, ce qui est logique même si la linéarité de cette relation est perturbée probablement par des taux de recouvrement variables des tarifs et le poids variable des recettes d'accouchement, cartes de vaccination et consultations prénatales. Il semble également y avoir une relation entre le volume des recettes d'exploitation et la taille de la population à moins de 5 km.

Plus encore qu'au problèmes de taille d'échantillon, le fait que ces relations soient moins prononcées qu'on l'aurait pensé, tient de tout évidence à la multiplicité des facteurs confondants qui influencent les résultats. Parmi

---

<sup>22</sup> D'autres études antérieures retrouvaient également cette variabilité



ces facteurs, on peut citer:

- L'acceptabilité et le comportement de l'équipe d'agents de santé ; la reconnaissance de sa compétence dans des domaines spécifiques tel que l'accouchement.
- Les niveaux de tarifs choisis et le poids relatif des activités non lucratives (stratégie avancée, vaccinations).
- Le poids relatif des charges fixes (salaires, maintien de la chaîne de froid, entretien des équipements et du bâtiment).
- L'organisation de la permanence du service.

Les centres de santé rendus fonctionnels jusqu'à présent, et en tout cas dans notre échantillon, sont tous ceux qui se trouvaient dans des conditions favorables au départ. Ceci explique probablement pourquoi ils ne présentent pas de difficultés financières importantes. Il reste évident qu'une base de population et une concentration suffisante sont nécessaires pour assurer le fonctionnement d'un centre.

Il n'est pas vraiment possible de vérifier si ce qui était prédit comme « non-viable » l'était effectivement, étant donné qu'on a jusqu'à présent concentré les efforts sur les aires les plus prometteuses.

L'étude semble montrer que ce critère de distribution de la population n'est pas le seul élément. Mais on ne peut donc pas dégager (pour le moment?) de l'expérience accumulée des critères plus fins et plus absolus pour baser la prise de décision quant aux conditions d'ouverture de nouveaux centres.

## *Quelle approche pour les aires a priori moins viables ?*

EST-CE UNE QUESTION URGENTE ?

Une première remarque à faire est que ce débat est en fait moins urgent qu'on pourrait le penser. En se basant sur les données disponibles à la CPS<sup>23</sup>,

---

<sup>23</sup> Ces données ne sont pas les plus à jour pour 1996, mais elles sont les plus

la proportion d'aires plus petites ira en s'agrandissant:

- sur 172 aires fonctionnelles offrant le PMA.
  - 8 (5%) ont moins de 5000 habitants,
  - 52 (30%) entre 5 et 10000 habitants, et
  - 112 (65%) plus de 10000 habitants.
- Sur les 258 aires restantes programmées pour offrir le PMA d'ici l'an 2000
  - 26 (10%) ont moins de 5000 habitants
  - 128 (50%) ont entre 5 et 10000 habitants
  - 104 (40%) ont plus de 10000 habitants.

Il existe donc un nombre important d'aires de santé programmées dont la viabilité théorique, estimée essentiellement sur la base de la taille et de la distribution de la population, ne devrait pas poser de problèmes. Le processus de négociation avec les populations a été entamé pour certaines d'entre elles. Il est probablement important de ne pas décourager les initiatives en cours du moins dans la mesure où il n'y a pas d'évidences qu'elles poseraient plus de problèmes que les aires aujourd'hui fonctionnelles.

Le problème de l'extension de la couverture n'est cependant pas seulement un problème de capacité de la population de maintenir le compte d'exploitation en équilibre. Il faut également que l'Etat, les bailleurs et les autres intervenants soient capables de fournir l'appui nécessaire.

#### L'EXTENSION DE COUVERTURE : UN COUT MARGINAL A PRENDRE EN CONSIDERATION

La problématique de l'extension de la couverture est, en ce moment encore, pas tellement une question de trouver des populations suffisamment concentrées pour permettre de porter un centre de santé et de le maintenir en équilibre. Il s'agit plutôt d'identifier si, dans quelle mesure, et à quelle vitesse, l'Etat et les bailleurs sont à même de financer et d'appuyer l'extension.

---

détaillées auxquelles il a été possible d'avoir accès au cours de l'étude. Les données disponibles sur DESAM auprès de l'UNICEF retrouvent les mêmes ordre de grandeur.

En admettant qu'il n'y a pas de problèmes de solvabilité au niveau des CS – généralisation que l'on pourrait faire à condition de pouvoir instaurer des mécanismes de solidarité entre aires –, encore faut-il prendre en charge ce qui ne l'est pas directement par la population. Étendre la couverture, cela veut dire des coûts d'investissement, des coûts d'amortissement, des salaires et des coûts de fonctionnement en plus.

*Conditions financières pour étendre la couverture : pouvoir fournir les investissements additionnels*

Nous avons vu que lancer un nouveau CS coûte en moyenne 2.5 M CFA, plus 5 M CFA en équipements divers, et entre 12.5 et 22.5 M CFA en bâtiments. Les montants totaux à financer seront proportionnels au nombre de nouveaux centres : on ne pourra probablement pas faire d'économies d'échelle en passant à une production plus industrielle des CS. Même à un rythme de 50 CS par an cela représente quand même 1.250.000.000 CFA par an, dont une partie seulement peut être prise en charge par les communautés. Cet argent est apparemment déjà disponible.

En tout cas, il y aura, à côté des aspects financiers, une contrainte majeure à une extension rapide : celle liée à la capacité de gérer ce processus, avec les ressources humaines encore fort limitées. Le lancement reste une activité qui exige un travail très intensif dont on ne peut faire l'économie.

*Conditions pour étendre la couverture : pouvoir garantir l'amortissement*

Nous avons vu, dans les chapitres précédents, que dans leur ensemble, les CS actuels pourraient globalement mettre de côté entre 50% et 66% de l'argent nécessaire pour amortir de façon confortable l'essentiel de leur équipement, et pour entretenir les bâtiments. Reste un déficit d'amortissement qui va, en moyenne, d'un tiers à la moitié.

Si les simulations faites pour évaluer le potentiel de contribution aux amortissements représentent le maximum de ce que peuvent contribuer les populations, il faudra trouver une solution pour le reste. En d'autres termes, il y aura, un amortissement à financer qui s'agrandira chaque année proportionnellement au nombre de CS. A condition de pouvoir extrapoler à partir des données des cercles étudiés, et à condition qu'on arrive, dans ces cercles à faire de réels amortissements, on peut l'estimer à un coût annuel de gros-

sièrement 200-300.000 CFA par CS. Si on compte sur 430 CS d'ici l'an 2000, cela fait quand même une somme annuelle entre 86 et 129 millions de CFA.

*Conditions pour étendre la couverture : pouvoir assumer les charges salariales*

La contribution de l'état est à 95% constituée de salaires sur les quatre cercles étudiés. Or ces salaires étaient déjà payés auparavant. Par conséquent, l'extension de couverture, en terme de coûts récurrents pour l'état n'a probablement eu jusqu'à présent qu'un coût marginal limité. Si l'extension de couverture devait se faire dans les mêmes conditions on pourrait imaginer le risque en termes de coûts récurrents marginaux comme étant relativement limité.

Pour le moment, l'extension de couverture s'est faite sans augmentation de la masse salariale à charge de l'état. Cependant nous avons vu que les disparités entre les centres posent des problèmes qui peuvent hypothéquer la survie et l'extension des CSCOM. Il n'est pas impossible que l'état doive contribuer aux charges de personnel de façon plus importante si la couverture s'étend : la proportion CSAR / CSCOM changera, et au fur et à mesure que les nouveaux CSCOM couvriront des aires plus petites, ils nécessiteront des subsides plus importants – notamment en salaires. Or le capital-personnel transférable, en fait peu ou pas connu, est certainement limité.

De plus, dans la plupart des cas, les CSCOM ne paient pas de charges sociales. Elles s'élèveraient à 22% de la masse salariale. La prise en compte de ce surcoût accroîtrait encore les disparités de salaire net entre les personnels les centres. On pourrait imaginer une prise en charge de ces charges par l'état, ce qui accroîtrait ses charges récurrentes.

*Conditions pour étendre la couverture : les coûts récurrents de fonctionnement*

La plupart de ces coûts sont pris en charge par le recouvrement des coûts. Cependant, une extension de couverture augmentera la demande en médicaments qui représentent les 2/5 des coûts de fonctionnement. Par conséquent le besoin de capital des services d'approvisionnement va croître et l'état sera sollicité.

Avec l'extension de couverture des zones de moins en moins accessi-

bles, de plus en plus étendues seront concernées. Il n'est pas impossible que des subventions soient nécessaires pour assurer des couvertures préventives adéquates, sous forme de subventions à la stratégie avancée.

Si la couverture s'étend, les besoins d'appui, de supervision, de formation continue vont s'accroître. Ces coûts reposent sur l'état et ses partenaires. Il faudra donc prévoir cet accroissement de besoins financiers.

#### UNE MASSE CRITIQUE DE CENTRES DE SANTE FONCTIONNELS: UNE NECESSITE POUR ANCRER LA POLITIQUE SECTORIELLE

Il est important que certains cercles, à l'instar de ceux qui ont fait l'objet de cette étude, puissent présenter un niveau de développement de la couverture en service de premier échelon qui permette le développement en situation réelle du deuxième échelon. Si l'on considère en effet que le rôle du centre de santé de cercle (première référence) consiste essentiellement à prendre en charge les références du premier échelon, alors le réseau du premier échelon doit être suffisamment dense pour permettre à un plateau de référence de fonctionner de façon optimale. De même, un niveau de couverture suffisant est nécessaire pour se rendre compte de la faisabilité, dans un cercle, de systèmes de péréquation, de cotisations, de pré-payements.

Si on combine cela avec la notion de coût marginal quand même considérable lié à l'extension, cela indique qu'il est probablement plus sage de donner la priorité à la consolidation des CS existants, à l'extension dans les Cercles où le processus est en cours, et qu'en dernier lieu, à l'extension vers de nouveaux cercles. Cela ne sera pas sans poser des problèmes politiques.



## 10. Le Centre de Santé de Cercle comme hôpital de premier recours ?

### Le niveau actuel d'activités des Centres de Santé de Cercle

Au Mali, c'est le Centre de Santé de Cercle qui remplit les fonctions de niveau de premier recours. Ils offrent des soins ambulatoires et une hospitalisation. C'est à leur niveau qu'est localisée l'équipe socio-sanitaire de cercle. Le Tableau 19 donne une vue d'ensemble des activités des quatre CSC inclus dans l'enquête.

TABLEAU 19. LES ACTIVITES DES 4 CSC DE L'ETUDE.

	COMMUNE V	BLA	DJENNE	KOLON- DIEBA
N consultations (non-référés)	10218	1613	1040	0
N consultations (référés)	0	510	267	2280
Accouchements	4160	?	?	?
Césariennes	319	74	18	43
Autre chirurgie	619 (38 à 68/mois)	423 (9 à 59/mois)	82 (1 à 16/mois)	1080 (40 à 163/mois)
N hospitalisés	938	987	547	1258
% interventions chirurgicales parmi les hospitalisés.	100%	50%	18%	90%
Journées d'hospitalisation.	2660	3697	1494	7531
Durée moyenne de séjour	2,8	3,7	2,7	6,0
N de lits	19	29	27	40
Taux d'occupation	0,38	0,35	0,15	0,52
Examens de laboratoire	?	722 (+)	34 (1 à 4 /mois)	608 (6 à 138/mois)
Échographies	709 (55 à 63/mois)	0	0	0

## CONSULTATIONS AMBULATOIRES

Le volume de consultations est très différent d'un CSC à l'autre (Tableau 19). Cela reflète des différences dans la façon d'organiser les consultations.

Le CSC de la Commune V à Bamako joue à la fois le rôle de service de premier échelon et de référence et ne fait pas de distinction dans le mode de prise en charge entre les malades référés et les malades accédant directement au centre. Le nombre de consultations est donc très élevé (10218 sur un an) par rapport aux centres de santé de cercle ruraux. Cette utilisation élevée est en fait très relative. En effet, il s'agit principalement de consultations de premier échelon. L'offre de soins modernes dans la commune V est somme toute réduite : il n'y a que peu de CSCOM pour une population relativement importante, pour laquelle les barrières géographiques ne jouent peu ou pas. Le volume élevé de consultations cache donc probablement une sous-utilisation du système. D'un autre côté, en milieu urbain il faudrait comptabiliser les activités du secteur informel et du secteur privé pour se faire une idée plus précise sur l'utilisation de soins par cette population. Cette étude a été faite en Commune IV et montre que plus de 80% des épisodes de santé sont pris en charge par le secteur informel.

A Djenné, le centre de santé central a été physiquement séparé de l'hôpital<sup>24</sup>. A Kolondiéba comme à Bla, le CSAR central est dans l'enceinte du CSC même si les activités sont fonctionnellement distinctes. Le centre de santé de cercle de Djenné voit moitié moins de malades en consultation externe que les deux autres centres de santé de cercle ruraux<sup>25</sup>. Cette différence ne s'explique pas par la tarification, Djenné ayant les tarifs les moins élevés<sup>26</sup>. La proximité des locaux entre les deux échelons à Bla et à Kolondiéba, y rend la référence plus facile. Cela contribue probablement à cette

---

<sup>24</sup> Le centre de santé d'arrondissement central a ses propres locaux en ville, et ses recettes propres gérées par une ASACO.

<sup>25</sup> Il n'est pas pertinent d'inclure le centre de santé de la commune V dans cette comparaison. Les populations, leur pouvoir d'achat, leur comportement vis-à-vis des services de santé, leur accessibilité aux services sont en effet très différents en milieu rural et urbain.

<sup>26</sup> Il reste néanmoins possible que malgré des tarifs bas, l'accessibilité financière reste un déterminant important s'il existait une différence importante dans le pouvoir d'achat des communautés de ces différents cercles.



différence. Cela ne signifie pas pour autant que l'offre de soins soit de meilleure qualité à Bla et Kolondiéba. En effet, il n'est pas évident que tous leurs consultants aient réellement besoin d'être vus au CSC. Autrement dit, le nombre plus élevé de consultations à Bla et Kolondiéba ne signifie pas forcément que les performances y soient meilleures.

En poursuivant ce raisonnement, ces chiffres pourraient suggérer que la séparation physique des deux échelons a eu pour effet de limiter l'accès aux soins. Une analyse plus détaillée montre que ce n'est pas le cas. Si on additionne les consultations du centre de santé d'arrondissement central à celles du CSC (Tableau 20), cela donne 8.147 nouveaux cas (CSC + CSAR central, toutes consultations confondues) à Djenné et respectivement 6.701 et 5.165 à Kolondiéba et Bla. Si on les rapporte maintenant à la population du CSAR central (en considérant que les malades utilisant la consultation du CSC viennent surtout de l'arrondissement central), on obtient des taux autour de 0,3 contacts par an et par habitant dans les trois CSC ruraux. Il ne serait donc pas impossible qu'en fin de compte les gens de Djenné utilisent autant mais de façon plus « rationnelle » des services de santé qui leur coûtent moins cher.

TABLEAU 20. CONSULTATIONS AU CSC ET AU CSAR CENTRAL.

	CONSULTATIONS CSAR CENTRAL	CONSULTATIONS CSC	TOTAL CONSULTATIONS CSC, CSAR	POPULATION ARRONDISSEMENT CENTRAL	CONSULTATIONS PAR AN ET PAR HABITANT
Bla	3042	2123	5165	17331	0,30
Djenne	6840	1307	8147	29381	0,28
Kolondieba	4421	2280	6701	18028	0,37

## HOSPITALISATIONS

Le nombre d'hospitalisations varie lui aussi considérablement d'un CSC à l'autre. Ici encore, la commune V ne peut pas être comparée aux cercles ruraux. Les CSC de Bla et Kolondiéba ont des activités comparables en volume d'hospitalisation. Djenné à une activité moitié moindre (Tableau 21). La question qui se pose alors est de savoir si cette plus faible activité correspond à une plus grande sélection dans les admissions avec plus d'hospitalisations justifiées et moins d'hospitalisations non justifiées, ou s'il

s'agit d'une sous-utilisation globale, également pour les hospitalisations justifiées.

TABLEAU 21. HOSPITALISATIONS DANS LES 4 CSC DE L'ETUDE

	COMMUNE V	BLA	DJENNE	KOLONDIÉBA
Nombre d'hospitalisés	938	987	547	1258
Journées d'hospitalisation	2660	3697	1494	7531
Durée moyenne de séjour	2,8	3,7	2,7	6,0
Nombre de lits	19	29	27	40
Taux d'occupation	0,38	0,35	0,15	0,52

Les durées moyennes de séjour sont très courtes sauf à Kolondiéba : moins de 3 jours en Commune V et à Djenné, 4 jours à Bla, 6 jours à Kolondiéba. Dans le CSC de la commune V<sup>27</sup>, c'est probablement la comptabilisation des actes de petite chirurgie requérant une très courte hospitalisation qui explique de tels chiffres. A Djenné, on peut se demander si cette courte durée moyenne de séjour n'est pas expliquée par des hospitalisations de confort de malades ne pouvant pas retourner chez eux le jour même. Une autre explication possible pourrait être la difficulté à payer les frais de séjour et de traitement qui incite les patients à quitter prématurément le CSC<sup>28</sup>.

C'est probablement l'activité chirurgicale qui explique le mieux la différence entre les durées de séjour. Six à sept jours d'hospitalisation correspond à la durée habituelle d'hospitalisations pour une chirurgie standard (césarienne, hernie...). A Kolondiéba le nombre d'hospitalisations correspond à peu de choses près au nombre d'interventions, alors qu'à Djenné le nombre d'interventions est beaucoup plus faible.

Vu la complexité de la mise en oeuvre de la prise en charge par les CSC d'une gamme plus complète de problèmes de santé, il faut probablement

<sup>27</sup> Dans le cas de Bla et Kolondiéba, où CSC et CSA sont dans une infrastructure commune, les accouchements sont comptabilisés dans les activités du CSAR central. Dans le cas de Djenné, le CSA central est dans une infrastructure différente, ailleurs dans la ville. Il fait les accouchements normaux et seuls les compliqués qui font alors l'objet d'une césarienne sont hospitalisés au CSC.

<sup>28</sup> Mais les tarifs sont plutôt plus faibles à Djenné qu'ailleurs.

donner la priorité aux urgences chirurgicales, car elles s'adressent aux problèmes les plus perçus avec une efficacité plus "visible". Cela nécessite un plateau technique suffisant<sup>29</sup>. Pour un grand nombre d'affections médicales, la standardisation des procédures diagnostiques et thérapeutiques permet aujourd'hui une prise en charge plus périphérique que par le passé. Ce n'est qu'à long terme que la prise en charge d'affections plus complexes (accidents vasculaires, diabète, problèmes cardio-vasculaires, etc.) pourra être transférée des hôpitaux régionaux aux CSC.

TABLEAU 22. IINTERVENTIONS CHIRURGICALES DANS LES 4 CSC DE L'ETUDE

	N TOTAL D'INTERVE NTIONS CHIRUR- GICALES	DONT CESA- RIENNES	DE CESARIEN- NES / 100 NAISSAN- CES ATTENDUE S	N D'INTER- VENTIONS CHIRUR- GICALES PAR MOIS	N DE CESARIEN- NES PAR MOIS
Commune V	938	319	4.6%	78	27
Bla	497	74	0.9%	41	6
Djenné	100	18	0.2%	8	1,5
Kolondieba	1123	43	0.6%	94	3,6

Le niveau de couverture des besoins obstétricaux donne une bonne indication sur la façon dont le système de santé de cercle fonctionne. En effet, la prise en charge correcte de l'épisode de risque que constitue la grossesse fait intervenir les deux échelons du système de santé. C'est au premier

<sup>29</sup> Il faut cependant noter que la chirurgie entourée d'une aura particulière du fait de l'effraction du corps humain qu'elle implique, ne requiert pas d'équipements particulièrement sophistiqués. Un autoclave, quelques boîtes d'instruments, un bloc de deux à trois salles (stérilisation, lavabo vestiaire, et salle d'opération) réservées à cet effet sont en effet suffisant pour permettre l'activité si on utilise des techniques opératoires et d'anesthésie simple (loco-régionales, rachianesthésie, ketamine.) Deux éléments spécifiques justifient sa concentration au niveau de la structure de référence: La nécessité d'un savoir et d'une rigueur tant de la part du chirurgien que du reste de son équipe ainsi que de l'ensemble du personnel infirmier, en particulier pour les soins postopératoires. Un volume d'actes suffisant pour maintenir ce savoir faire.

échelon que revient la charge de recruter les femmes enceintes pour les surveiller en CPN et dépister les complications. La responsabilité du CSC est d'assurer les interventions obstétricales et la prise en charge des grossesses pathologiques.

Le fait de ne pas bénéficier d'une intervention qui aurait été nécessaire traduit une défaillance dans le système. L'importance de cette défaillance peut se mesurer. C'est ainsi que nous pouvons utiliser la notion de couverture en interventions obstétricales majeures pour indication maternelle absolue comme un indicateur de performance du système de santé de cercle. Les études en estiment les besoins à 1 à 2% des naissances attendues par an. A condition que les césariennes pratiquées l'aient été sur indications maternelles absolues (ce qui est vraisemblable dans les cercles ruraux de notre échantillon), on est dans tous les cas à moins de la moitié de ce qui pourrait être un objectif de couverture.

Le rapport de la mission centrale de supervision au service socio-sanitaire de Kolondiéba<sup>30</sup> retrouve des chiffres du même ordre de grandeur (41 césariennes réalisées sur 6900 accouchements attendus, soit un taux d'intervention de 0.62%). Dans ce rapport, l'analyse détaillée des origines des références met en évidence une meilleure couverture des besoins obstétricaux dans les aires couvertes par un centre de santé de premier échelon fonctionnel (CSCOM, CSAR) avec trois fois plus de césariennes pratiquées pour les femmes venant de ces aires. Pour les aires couvertes on semble donc couvrir les besoins les plus criants.

A Bamako en revanche, le taux de césariennes est de 4.6%. Il est évident qu'il ne s'agit pas d'indications maternelles absolues exclusivement. D'autre part, la zone d'attraction du CSC pour les accouchements déborde probablement la population de référence du fait de la présence d'un gynécologue obstétricien, et de la réputation du service. Par conséquent, l'utilisation de ce taux n'est pas pertinente en l'absence d'informations précises sur la provenance des femmes et sur les indications des césariennes effectuées.

---

<sup>30</sup> 02/03 Février 1997, DNSP/OMS/UNICEF.

## *Les CSC comme des hôpitaux de district ?*

On peut comparer les CSC du Mali à un « hôpital de district typique » en Afrique sub-saharienne. Une source de données pour le faire est une étude descriptive de 88 hôpitaux ruraux faite en 1988<sup>31</sup>. La comparaison montre que ces CSC ne sont effectivement pas des “hôpitaux de district” dans le sens habituel du terme.

La population des cercles au Mali est de l'ordre de grandeur du “district médian” en Afrique sub-saharienne. Mais les CSC qui y constituent la structure de premier recours (ou de référence) ne ressemblent pas réellement à l'hôpital de district type. Ils sont beaucoup plus petits, ils ont moins à offrir et ils sont beaucoup moins utilisés. Ils sont d'ailleurs très différents les uns des autres.

En dépit du nombre très limité de lits (variant de 19 à 40), le taux d'occupation tel que mesuré dans l'enquête, ne dépasse pas les 52 % (Kolondiéba, avec 40 lits), et dans le cas de Djenné n'atteint que 15 % en 1996 (pour 27 lits). Le taux d'hospitalisation le plus élevé, celui de Kolondiéba, est comme nous l'avons suggéré plus haut pratiquement uniquement le fait des interventions chirurgicales (un des 3 médecins du CSC de Kolondiéba est chirurgien). C'est d'ailleurs une situation comparable à celle du CSC de la Commune V, où les seuls services disponibles sont la chirurgie et l'obstétrique<sup>32</sup>. Mais si on considère seulement les CSC de cercles ruraux, comparables en termes de fonction, il est frappant de voir que le volume d'activités y est très bas. On sait que les CSC présentent des problèmes d'accessibilité (géographique et probablement aussi financière), mais il n'est pas du tout déraisonnable de penser qu'il peut y avoir des problèmes d'acceptabilité. Ces CSC, à part une certaine capacité chirurgicale, ne répondent pas à ce qu'on pourrait attendre d'un hôpital de district semblable à ceux que l'on trouve en Afrique centrale et de l'est.

---

<sup>31</sup> W. Van Lerberghe, H. Van Balen et G. Kegels. Typologie et performances des hôpitaux de premier recours en Afrique sub-saharienne. *Annales de la Société belge de Médecine tropicale*, 72, suppl 2, 1-51, 1992.

<sup>32</sup> Par ailleurs fort réputés à Bamako, ce qui contribue à expliquer le nombre élevé d'accouchements dans ce centre, ainsi que le nombre élevé de césariennes.

TABLEAU 23. COMPARAISON DES ACTIVITES DES CSC AVEC LA MEDIANE DE 88 HOPITAUX DE PREMIERE REFERENCE EN AFRIQUE SUB-SAHARIENNE

	MEDIANE DE 88 HO- PITAUX	COMMU- NE V DE BAMAKO	BLA	DJENNE	KOLON- DIEBA
Population totale	160.000	138.630 +	171.486	143.402	138.214
N de lits (hors maternité)	104	19	29	27	40
Lits/1000 hab. (hors maternité)	0,65	(0,14)	0,17	0,19	0,29
Nombre de Médecins	3	3-6	1	2	3
Accouchements par an	951	4.160	?	?	?
Autres hospitalisations par an	3.955	938	987	547	1258
Nombre de césariennes	?	319	74	18	43
Autres interventions chirurgicales	?	619	423	82	1.080
Hospitalisations / 1000 habitants / an	23	6,8	5,8	3,8	9,1
Consultations de référence par an	10.400	0	510	267	2280
Consultations non référées par an	36.400	10.218	1.613	1.040	0

On pourrait se demander si un CSC devrait être un hôpital de district à part entière, ou même si il doit tendre à le devenir à court ou moyen terme. Une alternative serait de renforcer (ou consolider) ses capacités actuelles (essentiellement chirurgicales) de prise en charge des urgences. Parmi les éléments de discussion, le coût de la transition devra certainement intervenir, et il est à craindre qu'une transformation en véritable "hôpital" serait très coûteuse, dans le sens large du terme. En effet, il ne s'agit pas simplement de mettre en place un équipement et de fournir l'espace sous forme de

bâtiments. Un bon hôpital est un ensemble complexe où il faut réunir *en permanence* un grand nombre de conditions pour qu'il fonctionne réellement: équipement adéquat, médicaments et consommables disponibles, personnel compétent et motivé (à tous les niveaux de qualification), permanence du personnel assuré, réelle compétence de gestion, environnement de travail stimulant, etc. Tout cela doit être soutenu par des ressources suffisantes mais aussi et peut-être surtout par une culture de travail qu'on ne peut acquérir qu'à travers un apprentissage long et soutenu.

La même chose est vraie, mais dans une moindre mesure, pour le seul service chirurgical: un bloc opératoire ne peut bien fonctionner que s'il opère dans un environnement de travail hautement discipliné, avec une équipe bien rodée et consciencieuse. Pourtant, un pareil objectif n'est pas aussi difficile à atteindre, et il peut même servir de locomotive pour d'éventuels autres services. En gros, il semble raisonnable de dire que s'il faut formuler des priorités, le renforcement et/ou la consolidation des capacités chirurgicales doit se trouver en tête de liste. C'est l'élément le plus important en termes d'utilité immédiate perçue et, par conséquent, de crédibilité. Et il peut être réalisé à travers un investissement qui consiste essentiellement en un effort de gestion, sans coûts récurrents marginaux trop importants. Les coûts variables seront ce qu'ils seront; les coûts fixes marginaux ne doivent pas nécessairement être élevés, sauf en termes d'amortissement (et encore), et, là où c'est nécessaire, de personnel additionnel. Pour ce dernier élément, il semble clair qu'il faut un minimum de deux médecins capables en la matière pour assurer une capacité acceptable. Les lacunes à combler dans ce domaine sont à identifier au cas par cas.

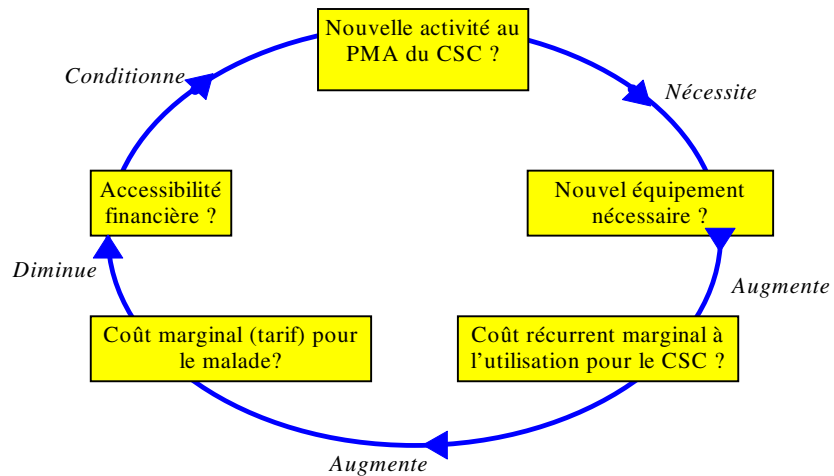
## *Quel renforcement du plateau technique du CSC ?*

Il faut se rendre à l'évidence qu'il n'y a pas encore (en tout cas au moment de l'enquête) de consensus clair sur le plateau technique nécessaire au niveau d'un CSC. Le choix n'est pas simple, car il résulte de multiples décisions interdépendantes.

Décider de mettre un équipement pour permettre une nouvelle activité

dépendra de son utilisation potentielle qui dépend d'une part du besoin et d'autre part de la demande. Cette dernière dépendra de son accessibilité financière, qui dépend de son tarif, qui dépend du coût à l'utilisation. Le coût à l'utilisation dépend en partie du type d'équipement et en partie de l'intensité de l'utilisation (qui elle-même conditionne le type d'équipement). L'intensité de l'utilisation dépend du besoin et de l'accessibilité financière : la boucle est bouclée.

FIGURE 17: LE CHOIX DES EQUIPEMENTS POUR LE CSC. UNE DECISION COMPLEXE.



Il faut sortir de ce raisonnement circulaire (Figure 17). Deux approches (complémentaires ?) peuvent être proposées : une approche empirique proposerait "d'essayer pour voir" ; l'alternative serait d'analyser séparément les éléments de la décision de façon systématique.

#### APPROCHE EMPIRIQUE

On aurait<sup>33</sup> pu envisager de développer l'offre des CSC de façon progressive

<sup>33</sup> Les appels d'offre sont déjà lancés, pour les équipements, c'est pourquoi nous utilisons le conditionnel. Des décisions ont donc déjà été prises, même si,



et pragmatique. Dans un premier temps, on définit de façon empirique et provisoire le PMA à offrir au niveau du cercle. En introduisant les équipements correspondants petit à petit, on peut alors se rendre compte des conséquences des choix faits et rectifier le tir.

Une telle approche empirique peut s'envisager « en damier » ou « par CSC modèle » (Figure 18). On peut limiter l'expérience à un ou quelques CSC où l'on introduit l'équipement correspondant au PMA provisoirement défini. On peut aussi introduire les activités de ce PMA, et les équipements correspondants, un par un, dans une série de CSC, le choix de l'activité à introduire variant d'un CSC à l'autre en fonction des circonstances.

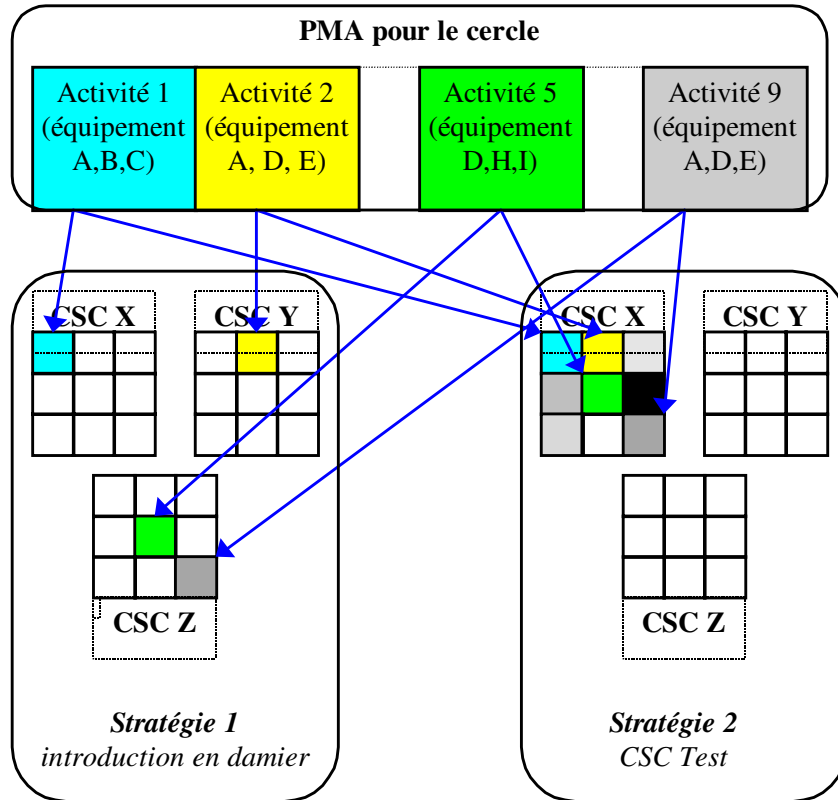
Dans le premier cas, on limite la prise de risque à un CSC « modèle » ou « test », et on peut analyser globalement les conséquences de l'offre équilibrée de ce PMA. L'interprétation n'est cependant pas forcément valide dans d'autres cercles.

Dans le deuxième cas, l'offre peut concerner plus de cercles, la prise de risque par cercle reste limitée, on a une plus grande diversité dans les situations. Le saupoudrage empêchera cependant d'analyser l'offre de PMA en tant que telle.

---

paradoxalement, leur discussion semble toujours d'actualité. La discussion développée ici est par conséquent peut-être obsolète et plus très opérationnelle. Cependant, cette étude pouvant contribuer à l'élaboration du plan décennal, il n'est peut-être pas inutile de proposer quelques stratégies pour aider à des prises de décision (futures ?).

FIGURE 18: APPROCHE EMPIRIQUE POUR L'INTRODUCTION DES EQUIPEMENTS: LES DEUX STRATEGIES POSSIBLES.



#### APPROCHE SYSTEMATIQUE

Si on considère qu'il faut un consensus préalable à la mise en place d'un PMA du cercle, on peut tenter d'aborder de façon plus systématique les questions évoquées dans la Figure 17.

Il s'agit de savoir quelles sont les missions d'un centre de santé de cercle afin de pouvoir déterminer quel serait le paquet minimum qu'un centre de

santé de cercle est supposé offrir au Mali<sup>34</sup>. Ceci n'est pas suffisant pour prendre la décision des équipements du CSC. Mais cela permet de préciser un cadre. Il est possible que le paquet minimum ne doive pas être le même dans tous les cercles, mais dépende de paramètres. Il faudrait alors définir ces paramètres. Il est possible de décider que sa mise en œuvre ne se fasse pas d'emblée mais par étapes. Des éléments pour cette discussion sont proposés dans le paragraphe précédent et dans le chapitre discutant les performances des CSC.

Une fois le cadre du paquet minimum souhaitable arrêté et les activités définies, la question qui se pose est de savoir quels sont les équipements nécessaires pour la mise en œuvre de ces activités. Ceci ne pose généralement pas trop de difficultés, le problème étant surtout de savoir où on s'arrête dans la sophistication des moyens d'investigation. Le problème devient ensuite plus complexe lorsqu'il s'agit de savoir lesquels de ces équipements peuvent être mis en place, sans courir le risque de perte financière, conduisant à une fuite en avant maximaliste pour rentabiliser l'investissement ou plus simplement à l'abandon de la technique. Les équipements les plus discutables et les plus discutés sont la radiographie et l'échographie. Ils représentent en effet des montants non négligeables qui méritent que l'on s'assure qu'ils sont justifiés avant de les engager.

Au préalable il faudra répondre à deux questions.

*CES EQUIPEMENTS REPONDENT-ILS A UN BESOIN ?* La question renvoie à un débat de fond en économie de la santé. Dans une logique commerciale, si une offre répond à une demande solvable, elle est d'autant plus justifiée qu'elle contribue à produire plus de services, plus de bénéfice, plus de croissance... Dans une logique sociale, il ne faut pas maximaliser l'offre, mais plutôt l'optimiser. On considère que le développement des services de santé n'est pas un but en soi, mais se conçoit comme une contribution au développement. Il existe un seuil au delà duquel l'extension du secteur de la santé devient un facteur limitant du développement global. Il y a en effet dans toute activité un coût d'opportunité. Si pour rentabiliser une installa-

---

<sup>34</sup> En raisonnant de façon systémique, les besoins au niveau du CSC devraient être définis comme une fonction des besoins du centre de santé de premier échelon. Le CSC devrait répondre aux besoins en référence du premier échelon.

tion de radiographie on multiplie les actes à un tarif abordable mais non négligeable, l'argent dépensé par les gens dans ces service est autant d'argent qu'ils ne pourront pas mettre dans l'entretien d'une pompe nécessaire au développement d'activités de maraîchage, ou dans la construction d'une école.

L'évaluation du besoin n'est alors pas chose aisée : si on accepte qu'il dépend d'éléments hors du champ de la santé lui-même, la problématique devient extrêmement complexe.

*COMMENT UTILISERA-T-ON CES EQUIPEMENTS ?* La difficulté pour répondre à cette deuxième question tient au fait qu'il n'y a pas d'antécédents au Mali. On sait que dans le domaine de la santé, l'offre entraîne la demande. Les problèmes de santé pour lesquels une radio ou une échographie peuvent être proposées vont probablement apparaître sitôt que l'offre de service sera opérationnelle. D'un autre côté, l'accessibilité financière à ces services pourrait être un déterminant principal de leur utilisation, qui lui-même dépendra de ce que l'on décide de recouvrir et ce qui devra être subventionné, nous y reviendrons. Enfin, de façon beaucoup plus pragmatique, cela dépendra de l'existence de capacités à utiliser l'équipement, et de la capacité à résoudre les problèmes de santé auxquels il est destiné<sup>35</sup>. Cependant, là encore il est difficile de répondre dans l'absolu car les situations sont différentes d'un cercle à l'autre et, surtout, elles évoluent dans le temps.

---

<sup>35</sup> Il n'y a pas grand sens à mettre en place un équipement destiné à diagnostiquer des fractures ou des cancers si leur prise en charge n'est pas possible par manque d'équipement ou de compétences.

---

## 11. Le coût des activités de première référence

---

La méthodologie suivie pour l'analyse des charges des activités de première référence est identique à celle utilisée pour le premier échelon. Nous avons reconstitué les comptes d'exploitation des Centres de Santé de Cercle des quatre cercles de l'étude. On retrouve la même hétérogénéité dans l'enregistrement des données comptables ou d'activités. Il ne semble pas exister de standardisation des outils de gestion. Par ailleurs, la façon dont l'offre de soins est organisée varie d'un centre à l'autre. Certains offrent des services de premier et deuxième échelon de façon confondue, d'autres distinguent à des degrés divers les deux fonctions, d'autres enfin n'offrent que des services de référence. La même variabilité existe également en ce qui concerne la vente des médicaments. Nous avons tenu compte de cette variabilité dans l'élaboration des outils de collecte de données, et dans leur interprétation.

Pour calculer les coûts par habitant, nous avons considéré que la population de référence pour chaque centre de santé de cercle était la somme des populations des aires couvertes et non couvertes du cercle<sup>36</sup>. Ce dénominateur s'approche probablement le plus de la réalité concernant les utilisateurs de ces centres. Il faut cependant rester prudent dans l'interprétation des chiffres rapportés à la population couverte surtout à Bamako où la zone d'attraction réelle du centre de santé de commune est bien souvent imprécise, et fluctue en fonction d'autres critères que la simple distribution géographique des populations.

Le Tableau 24 et la Figure 19 montrent les charges hors amortisse-

---

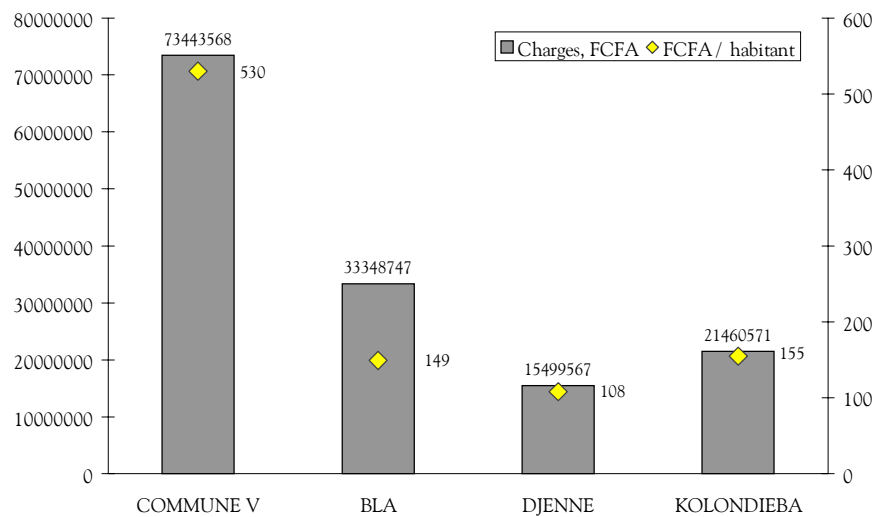
<sup>36</sup> Le dénominateur est donc différent de celui utilisé dans la première partie où nous considérons pour les agrégats par cercle, la somme des populations des aires disposant d'une formation sanitaire. En effet la situation est différente pour le centre de santé de cercle qui, justement, sert bien souvent de centre de santé pour les populations non couvertes par une formation sanitaire.

ment<sup>37</sup> par centre de santé de cercle. Les montants varient de 15 à 73 millions de FCFA en 1996. Cela revient à 530 FCFA par habitant en Commune V et à 108 FCFA par habitant à Djenné.

TABLEAU 24. LES CHARGES ANNUELLES DANS LES QUATRE CENTRES DE SANTE DE CERCLE DE L'ETUDE

	CHARGES	POPULATION	FCFA/HABITANT
Commune V	73.443.568 F	138630	530 F
Bla	33.348.747 F	171486	194 F
Djenne	15.499.567 F	143402	108 F
Kolondieba	21.460.571 F	138214	155 F

FIGURE 19: LES CHARGES EN FCFA ET EN FCFA PAR HABITANT DANS LES QUATRE CENTRES DE SANTE DE CERCLE (CSC) DE L'ETUDE EN 1996.



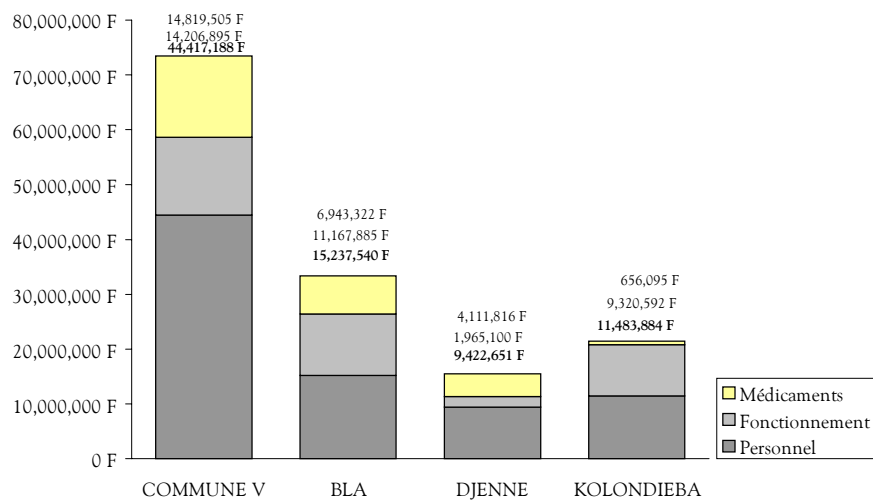
Il faut cependant interpréter cette variabilité avec prudence, car ces montants ne recouvrent pas les mêmes choses.

<sup>37</sup> Les amortissements seront traités à part.

Le CSC de Kolondiéba n'a pas de dépôt vente de médicaments. Le CSAR central, situé dans l'enceinte du CSC, délivre les médicaments pour les malades du CSC<sup>38</sup>. Par conséquent le volume comptabilisé de ses charges est sous-estimé en comparaison avec les autres cercles. Il s'approcherait probablement du volume de charge de Bla, il en a effectivement la même structure, et, nous le verrons plus loin, un volume d'activité comparable. Au Centre de santé de Commune V, par contre, les dépenses de produits pharmaceutiques représentent 15 millions de FCFA. Il s'agit pour la plus grande part de consommables pharmaceutiques et non pas de médicaments. Les malades s'approvisionnent en dehors du centre. Par conséquent, le volume comptabilisé des charges est sous-estimé par rapport aux autres centres.

Les Figure 20 et Figure 21 donnent la répartition des charges récurrentes entre trois principales catégories de dépenses: *le personnel* (salaires, primes et per diem), les *frais de fonctionnement*, et les *achats de médicaments*.

FIGURE 20: STRUCTURE DES CHARGES DANS LES QUATRE CSC DE L'ETUDE



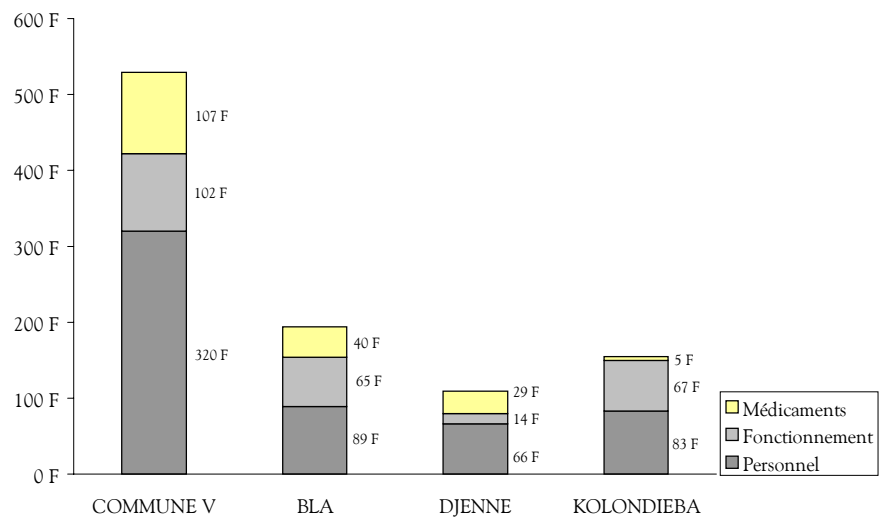
Le centre de santé de cercle de Djenné présente un volume de charges beaucoup plus faible que les autres. Son activité étant également moindre,

<sup>38</sup> Il n'y a pas de séparation fonctionnelle CSAR/CSC.

cela explique que ses dépenses variables de fonctionnement soient plus faibles. Il a par ailleurs moins de charges de personnel (parce qu'il a moins de personnels) que les autres. Cependant, les charges en personnel étant des charges fixes, indépendante du volume d'activité, elles pèsent proportionnellement plus lourd que dans les autres centres de santé de cercle ruraux. Une analyse de ses dépenses de fonctionnement, plus approfondie que ne peut le faire cette étude serait probablement intéressante pour savoir si cela correspond à une gestion plus parcimonieuse des ressources, s'il s'agit seulement d'une gestion de crise dans un contexte de recettes d'exploitation réduites du fait d'une faible fréquentation, ou encore s'il s'agit d'un enregistrement peu fiable des données comptables.

Si l'on fait abstraction des dépenses de médicaments, Bla et Kolondiéba ont des volumes de charges du même ordre de grandeur. En CFA par habitant, leurs charges en personnel et en fonctionnement sont pratiquement identiques. La structure de leurs charges est tout à fait comparable.

FIGURE 21: STRUCTURE DES CHARGES PAR AN ET PAR HABITANT DANS LES QUATRE CSC DE L'ETUDE





L'analyse des charges du centre de santé de commune V met en évidence le poids considérable des dépenses en personnel. Elles sont beaucoup plus importantes que dans les autres centres. Le CS de la commune V dispose au total de 98 agents, dont 6 médecins et 23 sages-femmes. Cette situation met en évidence un déséquilibre évident dans la répartition du personnel entre les zones rurales et les zones urbaines. Alors que les dépenses de fonctionnement n'y sont que d'un tiers supérieur à celles de Bla et Kolondiéba, les dépenses de personnel y sont quatre fois plus importantes.



---

## 12. Le financement du Centre de Santé de Cercle

---

### *Les ressources actuelles des Centres de Santé de Cercle*

Les produits des CSC correspondent à trois rubriques:

- *Les subventions* de l'état ou de la TDL (salaires, per diem et autres subventions au fonctionnement) ;
- Les cotisations ;
- Les recettes d'exploitation.

Les subventions viennent de trois façons : (i) Les *salaires*, payés par l'état ou par les collectivités locales sur la TDL ; (ii) Des *per diem* payés dans le cadre des programmes verticaux et d'appuis de bailleurs; et (iii) Des *subventions au fonctionnement* sous forme de carburant ou de fournitures de bureau et consommables divers venant de l'état directement ou à travers des bailleurs et des ONG.

Les subventions de l'état aux coûts récurrents de fonctionnement<sup>39</sup> du CSC sont extrêmement faibles, excepté en Commune V où elles s'élèvent à 5 millions<sup>40</sup>. L'état finance trois fois plus en milieu urbain qu'en milieu rural en FCFA par habitant. Lorsqu'on analyse les origines des produits, on voit qu'il l'état finance environ 50 % des coûts, essentiellement sous forme de salaires. La contribution de l'état au fonctionnement reste tout à fait margi-

---

<sup>39</sup> Sauf mention particulière, pour simplifier le raisonnement, nous ne mettons pas les salaires sous le terme fonctionnement.. En réalité, il est évident que sur le plan économique, les salaires font partie intégrante des coûts récurrents de fonctionnement.

<sup>40</sup> Essentiellement sous forme de consommables pharmaceutiques. Ceci ne concerne que la Commune V. On peut s'interroger ce qu'il en sera lorsque les 6 Communes de Bamako seront éligibles pour recevoir ce type de subventions.

nale. Si le centre de santé de cercle doit augmenter sa production de service, ses coûts vont automatiquement augmenter. Cependant, à part peut être sur Djenné, il n'est pas démontré que la charge actuelle de travail soit telle qu'une augmentation doive se traduire par une augmentation de personnel. Cela ne signifie pas pour autant que le personnel actuel soit en sur-nombre, mais il est, paradoxalement, probablement sous-utilisé. En effet un des critères majeurs pour décider le type et la quantité de personnels nécessaires est celui de la permanence des soins. C'est ainsi que par exemple quelle que soit l'activité, il faut au moins deux médecins en mesure de pratiquer une intervention chirurgicale urgente pour être sûr d'en avoir un de disponible en permanence. Il est évident qu'ils sont alors utilisés de façon plus efficiente si la masse de travail est suffisamment importante pour deux médecins. Il y a donc un optimum à atteindre avant que les ressources pour payer le personnel doivent être augmentées.

TABLEAU 25. ORIGINES DES PRODUITS DANS LES QUATRE CSC

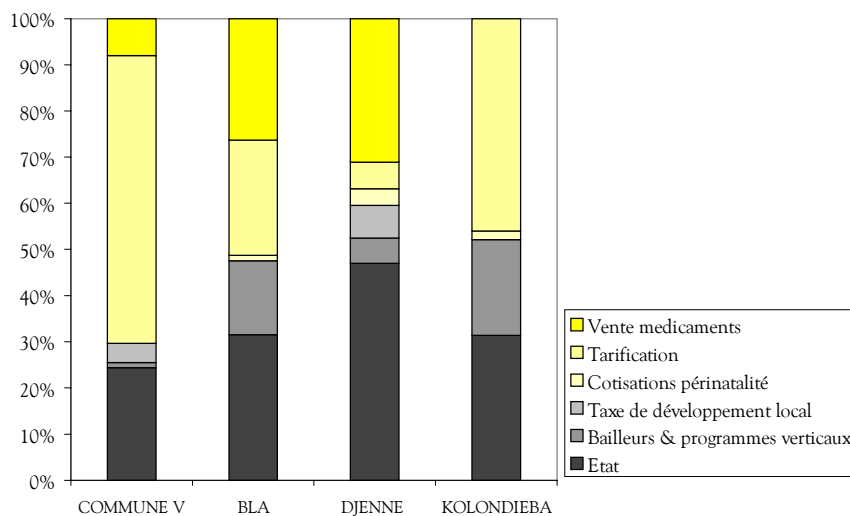
PRODUITS	COMMUNE V	BLA	DJENNE	KOLONDIÉBA
Etat	36.918.583 F	10.820.040 F	7.773.707 F	8.491.884 F
Etat à travers bailleurs & programmes verti- caux	483.250 F	5.505.005 F	906.125 F	5.629.140 F
TDL	6.156.000 F	0 F	1.158.444 F	0 F
Cotisations périnatalité	0 F	405.000 F	600.000 F	510.370 F
Tarification	28.272.725 F	8.582.400 F	953.000 F	12.446.365 F
Vente médicaments	3.636.300 F	9.026.319 F	5.139.770 F	0 F

Les cotisations sont des cotisations versées par les ASACO dans le cadre du programme de périnatalité pour les évacuations obstétricales<sup>41</sup>. Les produits sous forme de cotisations représentent des apports marginaux. En fait, elles ne contribuent au financement que d'une petite partie de l'activité. Cependant, les montants générés dans la situation actuelle ne

<sup>41</sup> Ces cotisations sont en fait gérées par l'équipe de cercle, et ne sont pas nécessairement intégrées à la comptabilité du CSC. Comme il s'agit d'activités qui relève du CSC de façon générale, et que les dépenses que ces cotisations financent sont intégrées dans les charges, nous les avons considérées dans les comptes d'exploitation du CSC.

préjugent pas de la capacité contributive au financement du CSC que peut représenter ce mode de financement. Il faut plutôt considérer cette approche comme expérimentale. Les populations ont cotisé pour un aspect très précis (l'évacuation obstétricale). On peut imaginer qu'ils attendent de voir comment le système sera géré avant d'aller plus loin. On peut difficilement évaluer pour le moment ce que pourrait représenter à l'avenir en volume ce mode de financement s'il se révélait fiable. Il est très important de suivre cette expérience, car cette approche pourrait effectivement être une piste très intéressante pour faire jouer la solidarité localement afin d'améliorer l'accessibilité financière des soins tarifés.

FIGURE 22: REPARTITION DES SOURCES DES PRODUITS DANS LES QUATRE CSC

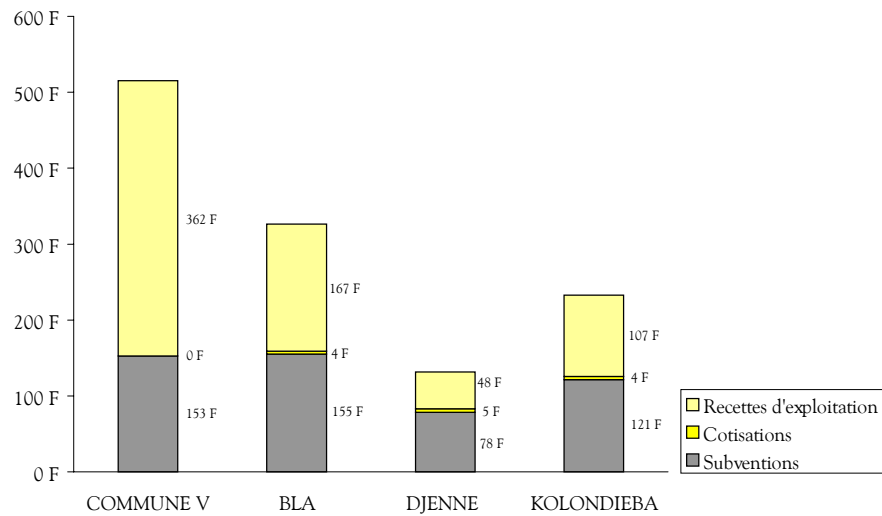


Les recettes d'exploitation sont essentiellement le fait des paiements directs des usagers pour les hospitalisations, les interventions chirurgicales et les médicaments. Les ventes de médicaments, en fait, servent à financer le médicament lui-même, et donc ne représentent pas une source importante de financement des activités du CSC. C'est en fait l'hospitalisation et surtout la chirurgie qui génère l'essentiel des ressources qui recouvrent les frais de fonctionnement hors médicaments.

En FCFA par habitant, les contributions de la population au centre de santé de cercle restent relativement modestes (un peu moins de 100 FCFA

par habitant). Bien entendu, le service rendu pour cet argent est nettement insuffisant. Mais ce chiffre montre que même en doublant ou triplant les coûts, on reste dans des fourchettes acceptables en les rapportant à la population. C'est important, car cela peut ouvrir, sur le long terme, des perspectives d'organiser un financement (plus) communautaire.

FIGURE 23: REPARTITION DES ORIGINES DES PRODUITS EN FCFA PAR HABITANT DANS LES QUATRE CSC



## La tarification

La tarification est très variable d'un centre à l'autre. (Tableau 26). A Djenné et à Bla, les tarifs de chirurgie sont beaucoup moins élevés qu'en Commune V et à Kolondieba.

Le système de paiement est forfaitaire, ce qui présente un avantage de simplicité et favorise dans une certaine mesure le contrôle par les usagers de ce qu'on leur demande de payer. Les montants sont probablement fixés soit en fonction du coût présumé de l'acte, (avec un paiement distinct entre l'hospitalisation et l'éventuelle intervention chirurgicale), soit en fonction

de la propension supposée à payer des gens, dans une logique d'offre/demande (on facture au plus près du montant que l'on pense que les gens sont prêts à payer).

TABLEAU 26. TARIFS UTILISES DANS LES 4 CSC DE L'ETUDE.

	COMMUNE V	BLA	DJENNE	KOLONDIÉB A
Consultation médecin	0-250	0	0-200	500
Consultation infirmier	0-250	0	?	200-400
Consultation prénatale	500	0	?	350
Accouchement	1000	?	?	?
Petite chirurgie	5000	?	?	?
Césarienne	20000	25000	5000	0
Autre chirurgie	15000-30000	25000	5000	5000
Hospitalisation	0	2000	1000	1000
Vaccination (carnet)	100 (?)	100	400	350
Examen Laboratoire Programmes (BK etc.)	?	0	400	0
Examen Laboratoire, Autres	500-3500	500-1000	400	500
Échographie	5000			
Consultation PF (Carnet)	?	?	?	350
Dépôt répartiteur : coefficient multiplicateur.	1,15	1,15	1,25	1,1

Une approche alternative pour la fixation des tarifs pourrait suivre une logique différente, non plus uniquement économique, mais tenant compte du caractère urgent ou non du problème et de sa modalité de prise en charge, (dans le système référence-contre-référence ou hors système). L'objectif ne serait pas seulement la viabilité économique mais la réalisation d'un compromis entre les différents critères présentés dans le Tableau 3.

Il n'y a de tarifs distincts pour les référés ou les non référés<sup>42</sup>. Ce serait

<sup>42</sup> Ce constat relevé par l'enregistrement des systèmes de tarification doit cependant être nuancé. Par exemple, les modalités de paiement de la césarienne sont diffé-

pourtant un élément important pour favoriser la continuité des soins. Une distinction, avec un tarif préférentiel pour les malades référés, serait de nature à favoriser l'utilisation rationnelle du système de santé.

---

rentes. Dans certains cas, la somme forfaitaire demandée à la malade évacuée et comprend le transport, l'intervention et une partie de l'hospitalisation. Dans d'autres cas, seul le transport est pris en charge. Si cette situation n'est pas reflétée dans le système de tarification, c'est peut-être que ce programme de périnatalité est considéré comme un programme spécifique, à part de l'activité de routine ?



## 13. Les équilibres financiers des Centres de Santé de Cercle

Les comptes d'exploitation des quatre cercles sont en équilibre (Tableau 27). En réalité, comme au premier échelon, les CSC ne dépensent pas plus qu'ils n'ont de ressources : la majorité des charges fixes correspond à des subventions de salaires qui ne sont pas liées à l'activité, les dépenses de charges variables (surtout des médicaments) sont directement liées aux recettes de tarification et vente des médicaments. Le risque de faillite est donc extrêmement limité.

TABLEAU 27. CHARGES ET PRODUITS PAR CENTRE DE SANTE DE CERCLE, AMORTISSEMENTS EXCLUS

	COMMUNE V	BLA	DJENNE	KOLONDIÉBA
Médicaments	14.819.505 F	6.943.322 F	4.111.816 F	656.095 F
Fonctionnement	14.206.895 F	11.167.885 F	1.965.100 F	9.320.592 F
Personnel	44.417.168 F	15.237.540 F	9.422.651 F	11.483.884 F
Recettes d'exploitation	31.909.025 F	17.608.719 F	6.092.770 F	12.446.365 F
Cotisations	0 F	405.000 F	600.000 F	510.370 F
Subventions	44.445.833 F	16.325.045 F	9.838.276 F	14.121.024 F
Produits - Charges	2.911.290 F	990.017 F	1.031.479 F	5.617.188 F

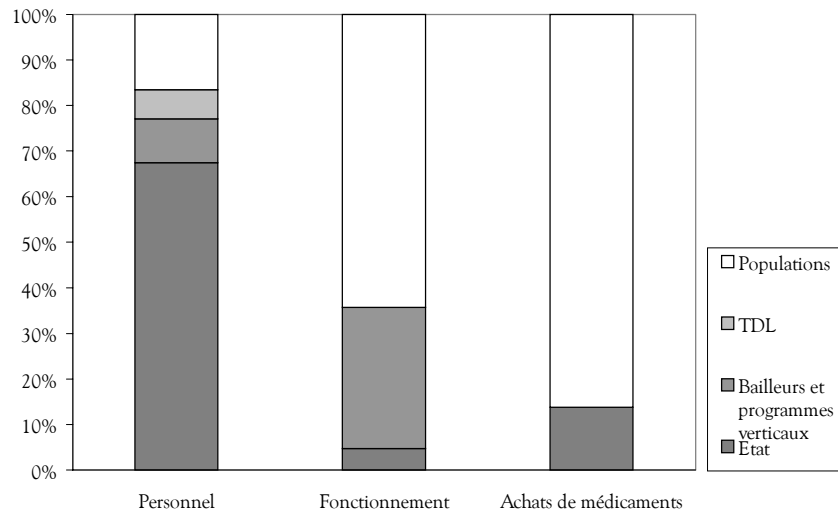
Dans les quatre cercles, les recettes d'exploitation sont supérieures (Commune V, Kolondiéba) ou pratiquement égales (Bla, Djenné) aux dépenses de fonctionnement. Les subventions sont supérieures aux dépenses de personnel et couvrent le reliquat éventuel de frais de fonctionnement.

Les excédents d'exploitation sont toutefois très limités et ne permettent pas d'envisager la prise en charge des amortissements ou même de

l'entretien<sup>43</sup>.

La Figure 24 met en évidence la contribution de la population. En valeur agrégée des quatre cercles elle est de 86% pour les médicaments. En réalité, elle est de 100% dans les CSC ruraux, les 14% de contribution de l'état correspondent en effet à une dotation de médicaments au Centre de santé de commune V de 4 245 415 FCFA. De même, la contribution de la population au fonctionnement est supérieure à 80% dans les districts ruraux dans la mesure où les 31% de subvention de l'état sont principalement constitués d'une dotation au CSC de Commune V en fournitures de bureau et en carburant de près d'un million de FCFA. La part des salaires payés sur le recouvrement des coûts est en revanche très limitée dans tous les cercles.

FIGURE 24: REPARTITION DES CHARGES DES CSC EN FONCTION DES SOURCES DE FINANCEMENT: QUI PAIE QUOI?



<sup>43</sup> Excepté à Kolondiéba qui par ailleurs a bénéficié de subvention plus importante que les autres cercles grâce à l'intervention de l'Organisation Non Gouvernementale « Save The Children »

Ces chiffres mettent en évidence une disparité importante entre les CSC ruraux et le centre de commune introduisant un biais important au bénéfice du centre urbain, qui serait autrement en déficit. Or a priori, l'accessibilité financière est meilleure en ville qu'en milieu rural, ne serait ce que du fait de la limitation des frais indirects liés au transport. Ceci pose le problème de l'équité dans la répartition des ressources de l'état entre le milieu urbain et le milieu rural.



---

## 14. Coûts liés aux infrastructures et équipements des CSC

---

### *Investissement, amortissement et entretien des infrastructures*

Les investissements en matière d'infrastructure pour les CSC vont de 330 à 450 millions de FCFA (Tableau 28). Il s'agit d'une extrapolation basée sur les résultats des récents appels d'offre réalisés dans le cadre du projet FED de réhabilitation des CSC. Il ne s'agit donc pas du coût du neuf, mais d'une réhabilitation des bâtiments<sup>44</sup>. Comme dans cet appel d'offre l'approche a été plutôt maximaliste, on peut considérer ces montants comme proche du coût du neuf, ou du moins des montants<sup>45</sup> qu'il faudrait pour remettre à neuf les bâtiments après vingt ans.

Il est difficile de porter une appréciation sur ces montants. On peut cependant observer que la réhabilitation du CSC de Kolondiéba a été récemment réalisée pour un montant de 42 millions de FCFA. Suivant une approche alternative, l'objectif visé se limitait surtout à la prise en charge dans de bonnes conditions de la périnatalité (accouchement, suite de couches, chirurgie). La variation des montants entre les deux approches est de 1 à 8. Il y a probablement un optimum entre les deux. Toujours est-il qu'avec des montants d'investissement de l'ordre de 350 millions de FCFA, il est exclu d'envisager l'amortissement dans les règles de l'art. Cela signifierait de mettre de côté chaque année des montants de l'ordre de 50 millions de FCFA pour un CSC.

---

<sup>44</sup> A la base de cet appel d'offre, l'évaluation des besoins a été réalisée en se plaçant dans une perspective à très long terme, et en anticipant quelles seraient dans le futur les attentes vis-à-vis d'un CSC.

<sup>45</sup> L'inflation n'est pas considérée dans ces montants. Elle l'est en revanche pour les estimations d'amortissement.

TABLEAU 28. ESTIMATION DES INVESTISSEMENTS INITIAUX, AMORTISSEMENT ET FRAIS D'ENTRETIEN ANNUEL DES INFRASTRUCTURES DES CENTRES DE SANTE DE CERCLE.

	INVESTISSEMENT	AMORTISSEMENT <sup>46</sup>	ENTRETIEN (1%) <sup>47</sup>
CSC Commune V <sup>48</sup>	450.000.000 F	59.699.198 F	4.500.000 F
CSC Bla	372.947.156 F	49.476.992 F	3.729.471 F
CSC Ref Djenne	338.053.725 F	44.847.859 F	3.380.537 F
CSC Kolondieba <sup>49</sup>	330.000.000 F	43.779.412 F	3.300.000 F

Une alternative à l'approche classique de l'amortissement pourrait être proposée. Si un bâtiment est régulièrement entretenu, et de façon adéquate<sup>50</sup>, il peut durer beaucoup plus de vingt ans sans nécessiter une rénovation de grande envergure ou un remplacement. Par conséquent, ce qui est important, pour ne pas dire impératif, c'est de systématiquement prévoir les ressources pour l'entretien. Une norme communément utilisée est de considérer 5% de la valeur du bâtiment pour le « grand entretien » tous les cinq ans, ce qui revient à 1% par an. Dans ce cas, les montants à prévoir chaque année sont de l'ordre de 4 millions de FCFA et devraient donc être inscrits chaque année au budget dans les frais récurrents de fonctionnement. Faute de quoi, il faudra envisager une nouvelle opération de grande envergure, probablement déjà après dix ans.

## Coûts générés par les équipements

Rappelons qu'il n'y a pas de consensus sur le plateau technique optimal

<sup>46</sup> Calculé sur la base d'un taux d'inflation de 5% et une durée de vie de 20 ans.

<sup>47</sup> Il s'agit de montants annuels.

<sup>48</sup> Estimation basée sur la moyenne des coûts de rénovation des centres de santé de cercle urbains de Bamako. (dossier d'appel d'offre dans le cadre du financement FED,

<sup>49</sup> Estimation basée sur la moyenne des coûts de rénovation des centres de santé de cercle ruraux (dossier d'appel d'offre dans le cadre du financement FED.)

<sup>50</sup> Cela signifie que l'on remplace une fenêtre cassée, une serrure défectueuse, que l'on répare un sol qui se fend, que l'on renouvelle à échéance régulière la toiture, que l'on refait régulièrement les peintures, que l'on traite les charpentes...

pour les CSC. Une question cruciale sera celle des coûts récurrents marginaux induits par tel ou tel nouvel équipement. La réponse dépend beaucoup de ce que l'on considère comme coûts et comment on envisage de les financer. Il y a quatre types de coûts récurrents à considérer.

1. Les coûts liés à l'*utilisation* de l'équipement : coûts variables essentiellement constitués des consommables et de l'énergie nécessaire pour réaliser les actes. Il ne faut pas sous-estimer le problème de l'énergie. une radio, des climatiseurs, l'échographie consomment. Si le groupe électrogène passe de 2 matinées opératoires de fonctionnement par semaine à plusieurs heures par jour, les coûts récurrents pourraient augmenter significativement. Ils augmenteront d'autant plus vite que le nombre d'appareils consommateurs est important: si 5 climatiseurs sont disponibles, il est évident qu'ils fonctionneront tous les 5 lorsque le groupe sera en marche, accroissant d'autant la consommation! Les actes eux-mêmes coûtent également. Ces coûts sont probablement très faibles pour l'échographie. Ils sont plus élevés pour la radio (films et produits, sans oublier l'eau, l'électricité et les frais logistiques d'approvisionnement) mais devraient rester raisonnables pour pouvoir envisager leur recouvrement dans le cadre de la tarification, à condition bien sûr de ne pas multiplier des clichés inutiles. Pour le laboratoire, ils sont extrêmement variables avec le type de réactifs, et surtout la fréquence des investigations. Comme pour les vaccins grouper les examens permet de réaliser des économies d'échelle importantes sur les réactifs. Le Tableau 29 présente un exemple d'estimation des coûts récurrents des examens courants de laboratoire qui pourraient être proposés au CSC.

2. Les coûts fixes de *salaires* des personnels (spécialisés ?) faisant fonctionner ces équipements.

TABLEAU 29. ESTIMATION DES COUTS RECURRENTS DES CONSOMMABLES DE QUELQUES EXAMENS DE LABORATOIRE EN FCFA (SOURCE : DIRECTION NATIONALE DE LA SANTE, DIVISION LABORATOIRE PHARMACIE)

	REACTIFS	CONSO M- MABLES NON REACTIFS	MATE- RIEL A PRELEVE MENT	ENTRETI EN NETTOY AGE	PAPE TERIE	TOTAL
Albumine UR	100			17	20	137
Glucose UR	100			17	20	137
Sels et pigments biliaires	100			17	20	137
Acétone UR	100			17	20	137
Glycémie	200	20	15	17	20	272
Cyto-Bactériologie Urinaire	100	80		17	20	217
Prélèvement Vaginal	100	80	50	17	20	267
Prélèvement Urétral	100	80	50	17	20	267
BH (Ziehl)	130	30	70	17	20	267
BK (Ziehl)	130	20	70	17	20	267
NFS	100	30	60	17	20	227
Test EMMEL	10	50	15	17	20	112
SKIN SNIP	0	50	70	17	20	157
POK	100	50	70	17	20	257
LCR	100	80		17	20	217
GE	100	60	15	17	20	212
VS	0		60	17	20	97
Groupes sanguins	460	20	60	17	20	577
BW	200		30	17	20	267
HIV	2830		30	17	20	2900
TS - TC		40	15	17	20	92
Anatomopathologie (expédition)	130		200	17	20	367

3. Les coûts liés à l'**entretien** des équipements. Ils sont probablement réduits en ce qui concerne le laboratoire, dans la mesure où les techniques restent manuelles. Il en va tout autrement en ce qui concerne les équipements sophistiqués comme l'échographie ou la radiologie. Ceux-ci demandent des compétences d'entretien spécialisées. Il ne faut pas non plus sous-estimer dans ces coûts d'entretien les frais logistiques que cela implique.



L'importance du coût d'entretien dépendra également dans quelle mesure, les coûts récurrents de fonctionnement d'une « cellule centrale » d'entretien des équipements devraient être supportés par le cercle. Dans les frais de remplacement d'une petite pièce peu chère d'un appareil de radio, par exemple à Djenné, il ne faudrait pas oublier les frais de transport d'un technicien pour faire le diagnostic (aller retour Bamako-Djenné), à renouveler pour la pose de la pièce. A quoi s'ajoutent des frais de commande et de dédouanement. Dans le Tableau 30 nous avons estimé ces coûts annuels à 2%. Il s'agit d'un ordre de grandeur que l'on retrouve dans la littérature. Il faut cependant relativiser ce chiffre, et il est probablement plus raisonnable de l'estimer au cas par cas en construisant des simulations en fonction du type d'équipement et de multiples paramètres (coûts de transport, disponibilité des pièces, probabilité de panne, existence de personnel compétent pour la maintenance ...).

TABLEAU 30. INVESTISSEMENTS INITIAUX, FRAIS D'AMORTISSEMENT ET D'ENTRETIEN ANNUEL POUR LES EQUIPEMENTS<sup>a</sup> DES CENTRES DE SANTE DE CERCLE

TYPE D'EQUIPEMENT	INVESTIS- SEMENT	AMORTIS- SEMENT	ENTRETIEN (2%)
Mobilier	30 192 514 F	4 918 042 F	603 850 F
Equipement	55 664 858 F	9 067 219 F	1 113 297 F
Equipement (Groupe électrogène)	4 079 853 F	1 041 408 F	81 597 F
Equipement (Bureautique)	6 861 800 F	1 751 518 F	137 236 F
Equipement (Chaîne de froid)	2 643 234 F	531 328 F	52 865 F
Petit équipement	4 411 005 F	1 702 097 F	88 220 F
Radio	41 469 618 F	6 754 964 F	829 392 F
Echographie	18 924 164 F	3 082 547 F	378 483 F
Unité dentaire	10 989 480 F	1 790 070 F	219 790 F
Total	175 236 526 F	30 639 193 F	3 504 731 F

<sup>a</sup>. Estimation basée sur liste type, source PSPHR

4. Enfin, il y a les coûts d'*amortissement* des équipements. Cela n'aurait pas beaucoup de sens de mettre à disposition d'un cercle des équipements qui ne sont pas durables si on sait d'avance que l'on ne peut mettre de côté ce qu'il faut pour les remplacer lorsqu'ils ne sont plus réparables. Le choix

du type d'équipement est important. Il doit répondre non seulement à des critères de coûts, mais aussi de robustesse et de probabilité que les pièces détachées existent encore dans quelques années.

---

## *15. Le financement du Centre de Santé de Cercle : organiser le partage des coûts*

---

### *Comment augmenter les recettes sans compromettre l'accessibilité financière ?*

Il semble exister au Mali un consensus pour reconnaître que l'offre de soins dans les CSC aujourd'hui n'est pas satisfaisante. Elle n'est suffisante ni en quantité, ni en qualité. L'augmentation de cette offre passe par des intrants supplémentaires. Ces intrants représenteront des investissements supplémentaires.

Il y a également un consensus pour admettre qu'il faut à tout prix éviter de construire des éléphants blancs dont le fonctionnement ne pourrait jamais être assuré. Cela pose le problème des coûts récurrents induits par les investissements. Le présent chapitre se propose de voir comment les augmentations des coûts récurrents pourraient être financées. Sans viabilité financière, pas de pérennité dans l'offre de services : la quadrature du cercle, si l'on peut dire, est de réussir à augmenter les ressources sans diminuer l'accessibilité.

Aujourd'hui, nous l'avons vu dans les précédents chapitres, le financement est pour la plus grande part constitué de deux sources : l'état qui finance les salaires, et les paiements directs des usagers qui financent les coûts variables. Nous avons vu également qu'une augmentation de l'offre des CSC ne se traduirait pas nécessairement par une augmentation importante des charges en personnel. Si le partage des coûts actuel et le mode de financement ne devait pas évoluer, ce sont les paiements directs qui devront augmenter.

Les tarifs semblent en ce moment rester relativement raisonnables, mais ne permettent pas de dégager de marges de manoeuvre. Il semble qu'il y ait des exclusions, même au niveau de tarification actuel. Ce sont probablement surtout des exclusions temporaires : les malades n'ont les liquidités

disponibles qu'à une période de l'année. Pour résoudre un besoin important d'argent ils doivent faire appel aux mécanismes de solidarité traditionnelle. Mais ceux-ci prennent du temps : il y a un problème lorsqu'il y a urgence.

La tarification est basée sur un système de paiement forfaitaire, dans lequel on facture au plus près du montant que l'on pense que les gens sont prêts à payer. Une approche alternative pour la fixation des tarifs pourrait suivre une logique différente, non plus uniquement économique, mais tenant compte du caractère urgent ou non du problème et de sa modalité de prise en charge, (dans le système référence - contre-référence ou hors système). Cela permettrait de subsidier les activités prioritaires à partir de la tarification des activités moins prioritaires, et l'utilisation « système » par l'utilisation « hors système ». Mais le potentiel d'amélioration du financement du cercle à travers l'augmentation des tarifs aura certainement des limites.

Dans une logique sociale<sup>51</sup>, l'objectif est d'offrir des soins de santé de façon équilibrée, et au plus juste prix. On peut le faire par trois mécanismes (Figure 25):

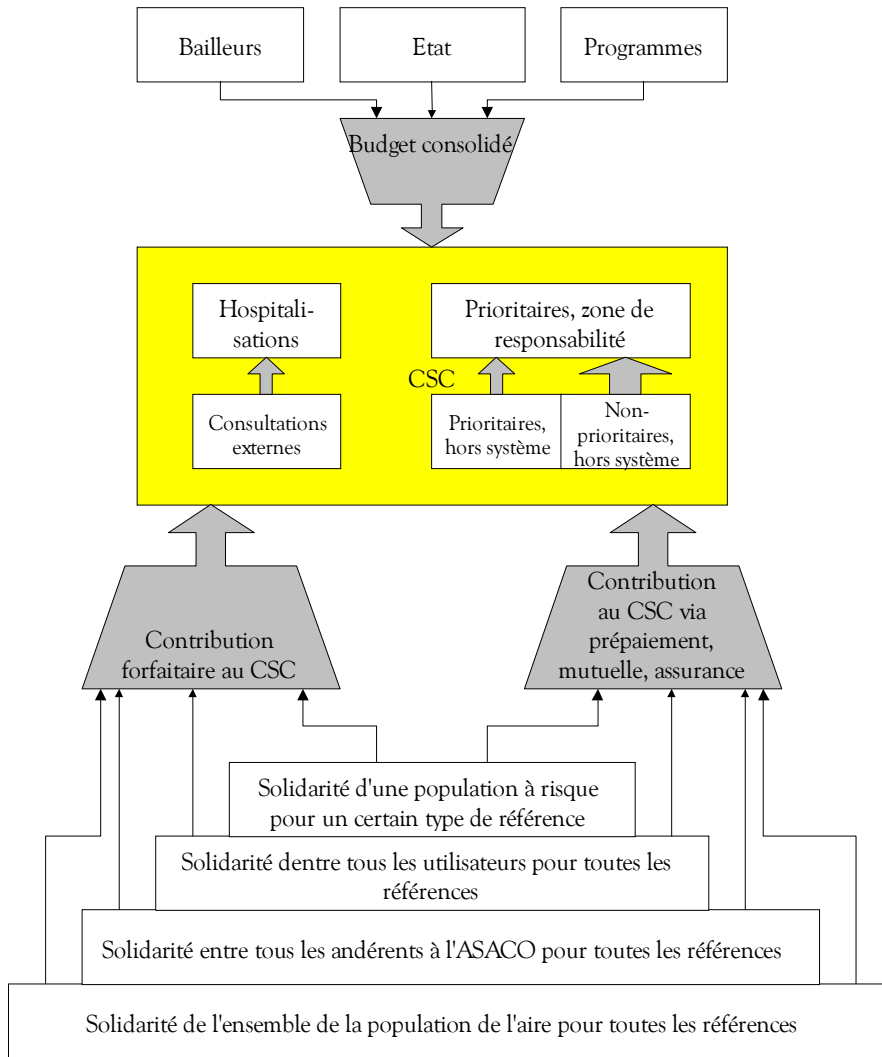
- L'**augmentation** de la part des **subventions de l'état** au fonctionnement.
- La **répartition** du poids de l'augmentation des contributions des populations sur une assiette plus large par des mécanismes de subventions à l'intérieur du CSC.
- La **répartition** du poids de l'augmentation des contributions des

---

<sup>51</sup> Dans une logique commerciale d'adéquation de l'offre à la demande, si la qualité de l'offre augmente, la demande devrait suivre tant que les prix n'excèdent pas la masse disponible d'argent pour la santé. Cependant d'une part les mécanismes régulateurs du marché jouent sur la part solvable des clients potentiels, et ne régulent pas ce qui se passe pour ceux qui s'en trouvent exclus. Le deuxième problème est que dans le domaine de la santé, la liberté pour le client de consommer ou non est toute relative dans la mesure où on ne choisit pas d'être malade, mais aussi où il y a un grand déséquilibre dans l'appréciation de la pertinence de la dépense entre le prestataire et le bénéficiaire des soins. Ainsi, il est très possible pour le prestataire de persuader le client de la nécessité d'une dépense. Enfin, dans une telle logique, le risque est grand de chercher à maximaliser le bénéfice et ainsi de détourner des ressources qui pourraient être utilisées de façon plus efficiente dans d'autres secteurs que celui de la santé.

populations sur une assiette plus large par des mécanismes de *solidarité* à l'intérieur du cercle.

FIGURE 25: LES DIFFERENTS MECANISMES DE SUBVENTIONS INTERNES ET EXTERNES (DU HAUT OU DU BAS) AU CSC ET AU CERCLE



## *L'augmentation nécessaire des ressources en provenance de l'Etat*

La Figure 25 propose la mise en place de budgets consolidés où l'état, à côté de ce qu'il finance habituellement ou pourrait financer de façon additionnelle, intervient également pour "amortir" les à-coup des subventions extérieures des bailleurs. L'état s'est engagé à augmenter la part des ressources dévolues à la santé. La question est de savoir comment pourrait se faire la répartition de ces ressources additionnelles au sein des services de santé. En fait cette question peut se poser à trois niveaux : macro, méso et micro.

### NIVEAU MACRO : REPARTITION ENTRE CENTRE ET PERIPHERIE

Une première question est de savoir quelle sera la répartition d'une part entre les services d'appui politiques et stratégiques (Ministère, région, sièges des programmes) et les services opérationnels (cercles, communes, hôpitaux régionaux et nationaux), et d'autre part entre les milieux urbain et rural. Nous avons vu qu'il y a une nécessité impérative d'améliorer l'offre de soins au niveau du CSC pour que le premier échelon puisse prendre en charge<sup>52</sup> correctement la population sous sa responsabilité. Cette amélioration ne pourra pas reposer uniquement sur le recouvrement des coûts : une augmentation des subventions au CSC sera nécessaire. D'un autre côté, il y a probablement des besoins à d'autres niveaux que le cercle. Il s'agira donc de faire des choix qui reposeront non seulement sur des aspects techniques mais également politiques. Cette décision pose le problème de l'équité au niveau national. Cette étude contribue à préciser la situation au niveau de quelques cercles où la politique sectorielle est relativement avancée (au moins concernant le premier échelon). Il s'agit ensuite de décider où doivent aller les priorités.<sup>53</sup>

---

<sup>52</sup> Ce qui signifie qu'il dispose d'une structure opérationnelle pour prendre en charges les malades qu'il réfère.

<sup>53</sup> A cet égard, il y a des exemples de pays qui ont opéré un déplacement radical dans l'allocation des ressources. Le Zimbabwe, après l'indépendance a réorienté massivement ses ressources des hôpitaux centraux vers les centres de santé

## NIVEAU MESO : QUELLE REPARTITION A L'INTERIEUR DU SYSTEME DE SANTE DE CERCLE ?

Une deuxième question est de savoir où les ressources de l'état destinées au cercle doivent aller en priorité. Vers le premier échelon, vers l'échelon de référence, vers l'équipe cadre ? Bien souvent, les politiques de santé reposant sur les principes des soins de santé primaires tendent à privilégier la première solution. Cependant, dans un contexte où le principe de la participation financière des usagers est requis, il est logique de privilégier le paiement par les usagers au niveau où ils sont le plus à même de comprendre ce qui est fait de leur argent. C'est-à-dire au premier échelon. La conséquence est que l'effort de l'état doit plutôt s'orienter vers le niveau où le contrôle par les usagers individuels<sup>54</sup> est le plus difficile : le CSC. Si on considère que ce qu'il faut financer ou subventionner est le système dans son ensemble et que c'est le système à deux échelons qui contribue à l'offre de soins alors il n'y a pas entrave aux principes d'équité à orienter la contribution de l'état vers les structures de références. Ce qui compte alors c'est ce que font ces structures de deuxième échelon et la pertinence de leur contribution pour résoudre les problèmes référés du premier échelon, autrement dit, leur capacité à fonctionner comme un élément d'un système.

Il faut remarquer à cet égard que cette approche considère la *place* (l'échelon) du service dans le système de santé comme clé de répartition des ressources plutôt que le *type* de service offert. Les approches traditionnelles considèrent le caractère préventif ou curatif des soins comme clé de répartition des sources de financement, ou encore opposent la demande au besoin pour différencier ce qui doit être subventionné de ce qui ne devrait pas l'être. Cela soulève divers problèmes. La séparation du préventif du curatif éclate l'offre de soins et favorise les redondances dans l'offre. Elle rend les services de santé dépendants de sources multiples ce qui est peu propice à la pérennisation et fait courir le risque de donner systématiquement la priorité à ce qui « rapporte ». L'opposition de l'offre à la demande fait courir le ris-

---

périphériques avec une croissance des ressources dévolues à ce secteur de 189% ! dans le même temps, la croissance des ressources destinées aux hôpitaux centraux était réduite à 18%.

<sup>54</sup> Ce qui n'exclut pas le développement de mécanisme de contrôle communautaire du financement du CSC, nous verrons plus loin comment il pourrait être organisé.

que de figer la dichotomie offre/demande alors que la frontière évolue constamment dans le temps et l'espace, en fonction de la qualité du dialogue entre les services de santé et les usagers. De plus, elle comporte un risque de dérive inflationniste privilégiant la demande irrationnelle qui consomme des ressources qui pourraient être mieux utilisées.

#### NIVEAU MICRO : QUELLE UTILISATION AU SEIN DU CSC ?

Une troisième question est de savoir à quoi ces ressources additionnelles devraient servir lorsqu'elles sont destinées à la structure de référence. Aujourd'hui l'état subventionne principalement les salaires et mobilise les bailleurs qui financent séparément des dépenses de fonctionnement, essentiellement dans le cadre de programmes. L'amélioration de l'offre de soins au niveau du CSC ne passe probablement pas principalement par l'augmentation quantitative du personnel<sup>55</sup>. Il est donc raisonnable de considérer que la contribution additionnelle de l'état devra concerner le fonctionnement. Il y a aujourd'hui au Mali une volonté de mieux coordonner les financements au niveau du cercle. Cette coordination devrait permettre l'élaboration de budgets consolidés de cercle, dans laquelle les financements ne sont pas directement liés à des activités individualisées mais contribuent à financer globalement une unité de soin, en l'occurrence le CSC. Une contribution accrue au fonctionnement du CSC pourrait être considérée comme une opportunité pour l'état de mieux coordonner les financements. En effet, en apportant le financement *complémentaire* à ce qu'il finance déjà et à ce qu'il aura pu mobiliser à travers les bailleurs, il se donnerait la possibilité

---

<sup>55</sup> Rappelons cependant que certain personnel comme les médecins doivent être en nombre suffisant pour assurer la permanence des soins, garant de la crédibilité du CSC, puisque, nous l'avons vu, ce qui en fait la principale caractéristique, c'est la prise en charge des urgences en particulier chirurgicales. D'autre part, les difficultés rencontrées par l'étude pour reconstituer les comptes d'exploitation ont largement mis en évidence le besoin de renforcement des capacités comptables. Il est vraisemblable que ce renforcement passe par la mise à disposition permanente de comptables dans les CSC. Aujourd'hui, ils sont payés sur le filet social mis en œuvre dans le cadre du soutien à la dévaluation, mais qui doit prendre fin prochainement. Le devenir de ces postes de comptables devra certainement être discuté.



d'assurer la stabilisation et la pérennisation de ce que l'équipe de cercle aura retenu comme prioritaire au cours de sa planification. En venant compléter les financements existant, il évite la juxtaposition d'un énième financement et pourrait ainsi favoriser l'intégration et l'évolution des financements vers un budget consolidé de cercle.

## *Les subventions internes au CSC*

C'est un principe déjà mis en oeuvre par la tarification forfaitaire et le mélange des recettes de consultation externe servant à financer les hospitalisations.

Le plus souvent il s'agit de péréquations en fonction des coûts réels supposés et de la propension à payer. On subventionne des actes chers, à propension faible, mais nécessaires, comme la césarienne, à partir des actes peu chers à propension forte, comme les circoncisions. Cette approche favorise une rationalisation économique: si les ressources en dépendent elle pousse à l'utilisation irrationnelle de soins peu chers pour dégager suffisamment de ressources.

Un autre mécanisme de péréquation peut être introduit. Il s'agit de différencier les utilisateurs du CSC en fonction du caractère urgent ou non urgent, prioritaire ou non prioritaire de la pathologie qu'ils présentent (Figure 26). Le caractère prioritaire ou non du problème n'est pas quelque chose de statique mais dépend entre autre de la disponibilité des ressources du moment. Un deuxième jeu de critères peut être le mode de prise en charge: le malade est-il dans le système ou hors système<sup>56</sup> ?

Ces critères permettent d'assurer de façon plus équitable le financement du prioritaire. Ils favorisent la rationalisation du système. En effet ils incitent à utiliser d'abord le premier échelon qui limite le risque de recours inutile au CSC, ils incitent à privilégier l'urgence<sup>57</sup>. De tels mécanismes influencent profondément le fonctionnement du système dans son ensemble.

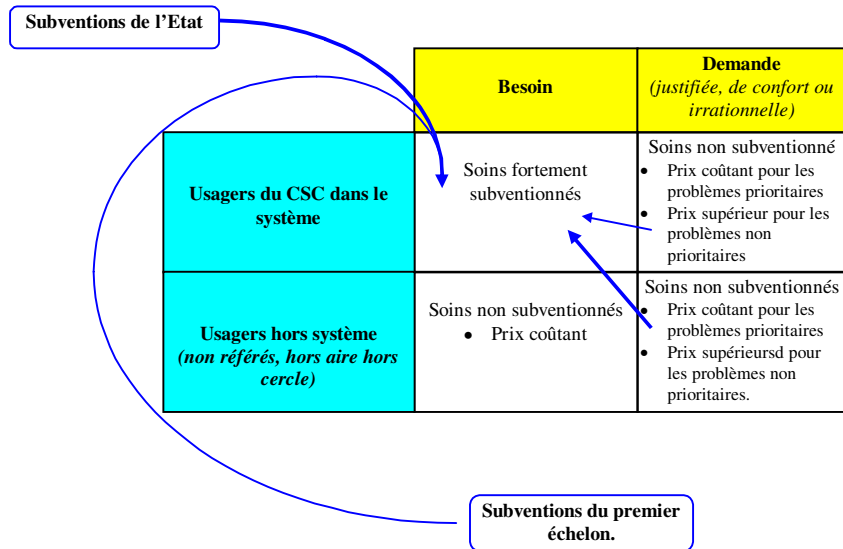
---

<sup>56</sup> Référé ou non-référé.

<sup>57</sup> Ceci pourrait même devenir contre-productif, dans la mesure où le patient attendrait que son problème devienne urgent pour le faire prendre en charge à moindres frais. C'est ce que nous entendons par l'augmentation du "patient delay".

Ces effets sont difficiles à prévoir, mais iront probablement dans le sens de ce qui est repris dans le Tableau 31.

FIGURE 26: MECANISMES DE SUBVENTIONS INTERNES AU CSC, BASES SUR LA DISCRIMINATION POSITIVE DES MALADES DANS LE SYSTEME ET EN FONCTION DU CARACTERE PRIORITAIRE DU PROBLEME DE SANTE.



Tant que les charges variables (surtout des médicaments) sont intégralement couvertes par la tarification il n'y a pas de risque financier. En revanche, à partir du moment où le système offre des soins plus coûteux mais prioritaires, il est possible qu'il doive envisager de les vendre à perte. Dans ce cas, il y a un risque financier si on diminue les activités non-prioritaires qui pourraient les subsidier. Pour compenser ce phénomène d'épuisement des ressources il devient indispensable de générer d'autres ressources. Elles pourraient venir du premier échelon.

TABLEAU 31. L'EFFET DES MECANISMES DE SUBVENTION INTERNE AU CSC

	DISTINCTION TARIFICATION HOSPITALISATIONS ENTRE MALADES "SYSTEME" ET "HORS SYSTEME"	DISTINCTION TARIFICATION HOSPITALISATIONS ENTRE MALADES AVEC BESOINS PRIORITAIRES ET BESOINS NON (MOINS) PRIORITAIRES
Population concernée	Utilisateurs du CSC (Consultation externe et hospitalisés)	Malades hospitalisés
Complexité gestionnaire		
-CSC	+	++
-CSCOM	-	-
Acceptabilité		
-CSC	±	±
-CS/pop.	±	±
Potentiel de génération de ressources financières pour le CSC	Variable**	+
Impact potentiel sur « patient delay » pour problèmes prioritaires	++	++
Impact sur la dynami- que de solidarité sociale dans la population	±	±
Impact sur responsabi- lisation des utilisateurs du CSC	++	++

## *Le financement du CSC par le premier échelon*

Il est possible d'organiser un transfert de ressources du premier vers le deuxième échelon. Les coûts du CSC à charge des usagers n'excèdent pas 200 FCFA par habitant. Il y a là probablement un potentiel de financement à condition de faire jouer des mécanismes de répartition et de solidarité. Le problème est que plus on répartit les charges, plus la perception des coûts par l'utilisateur diminue. Par conséquent, risque moral et sélection adverse

deviennent un problème qu'il faut pouvoir contrôler.

Le défi posé par de tels mécanismes de financement est de faire évoluer de façon contrôlée simultanément trois paramètres :

- ✓ La rationalisation de l'offre de soins en renforçant le recours aux filières de soins.
- ✓ L'augmentation des recettes par augmentation de la part payée par les populations.
- ✓ L'élargissement de l'assiette pour que cette augmentation ne diminue pas l'accessibilité, comme ce serait le cas si l'augmentation devait peser sur les seuls utilisateurs.

La Figure 25 présente quels pourraient être les différents modes de renforcer le financement du CSC à partir du premier échelon. Il y a toute une série de possibilités. Cela pourrait se faire par :

- ✓ UNE COTISATION FORFAITAIRE payée par le CSCOM/CSAR au CSC, générée sur les recettes d'exploitation. Cette cotisation pourrait être modulée en fonction de l'utilisation potentielle du CSC par les usagers du CSCOM. Les paramètres à mettre en jeu pourraient être la distance au CSC, l'accessibilité au service de premier échelon; la dispersion de la population, le taux d'utilisation du premier échelon ... Elle ne dépend pas de l'utilisation réelle du CSC par la population de l'aire, mais de l'utilisation potentielle. Les ressources sont donc a priori plus stables pour le CSC.
- ✓ UNE HAUSSE DU TARIF DE BASE AU PREMIER ECHELON pour constituer une caisse pour payer les hospitalisations avec ou sans ticket modérateur. Ce dernier peut être pondéré ou non en fonction de l'urgence ou du caractère prioritaire du malade ou de la maladie (césarienne, tuberculose ou méningite, versus hernie simple ou circoncision) Une telle option aurait l'avantage de favoriser l'intégration du système : le premier échelon achète les soins du deuxième échelon, ce qui renforce le premier échelon. Le risque est de limiter l'accessibilité financière du premier échelon si les tarifs sont trop élevés.
- ✓ UN SYSTEME DE « MUTUELLE » reposant sur les recettes d'exploitation peut être mis en œuvre soit pour toutes les pathologies, soit pour certaines pathologies jugées prioritaires selon des critères à spécifier. L'augmentation des tarifs peut porter sur tous les tarifs ou sur une population cible concernée par la pathologie jugée prioritaire (par exemple, une augmentation du tarif de la carte CPN pour les femmes enceintes donnant accès à la césarienne).
- ✓ Une solidarité au sein d'un groupe au sein de la population, par un système d'adhésion ou de cotisation à une « mutuelle ». Cela comporte un risque ma-

jeu de sélection adverse.

- ✓ Une solidarité entre les usagers, par exemple si les membres adhérents de l'ASACO payent une cotisation à une « mutuelle gérée par l'ASACO »
- ✓ Une solidarité entre les membres d'une communauté : tous les habitants de l'aire paient une cotisation à une « assurance maladie obligatoire », à gérer par l'ASACO ou par la future commune.

Il faut bien noter que les différentes modalités ne sont pas mutuellement exclusives. Leur séquence n'est pas absolue. d'autre part, il faut considérer que ces différents mécanismes de financement sont internes au système de santé de district (le cercle) mais sont complémentaires au financement public (par l'état et ses partenaires); le cas échéant, il est très probable que l'accessibilité (financière) aux soins sera compromis.

### *Potentiel des différents mécanismes*

Augmenter les tarifs de l'utilisation des CSC comporte un risque considérable d'exclusion. Il y a des possibilités de subventions croisées internes au CSC, mais elles n'ont probablement qu'un potentiel limité. Le potentiel de subsidiation du CSC par les CScom est également limité. Les surplus générés à l'heure actuelle par le premier échelon pris dans son ensemble correspondent à plus ou moins 25 FCFA par habitant couvert. Les recettes d'exploitation sont de l'ordre de 100 à 200 FCFA par habitant. On pourrait donc augmenter la sécurité financière des CSC de façon significative, mais somme toute limitée. Encore faut-il pouvoir effectuer les transferts.

Il n'y a donc que deux façons d'assurer la viabilité du CSC tout en évitant les exclusions: les subsides de l'état et la créativité des populations et des équipes socio-sanitaires de cercle pour créer de nouvelles formes de solidarité. Cela ne peut pas être dirigé du haut vers le bas, mais doit être accompagné et documenté. Une approche au cas par cas exige cependant en premier lieu des équipes socio-sanitaires de cercle capables et motivées.



---

## 16. L'équipe Socio-Sanitaire de Cercle: supervision et formation continue

---

### *Les dépenses pour la supervision et la formation*

Les activités de l'équipe de cercle sont multiples. Il y en a deux qui sont directement liées au fonctionnement du système. Il s'agit de la formation continue et de la supervision. La distinction entre supervision et formation continue est un peu artificielle dans la mesure où la supervision est bien souvent une forme de formation continue. Par supervision, nous entendons le passage régulier de l'équipe socio-sanitaire dans les centres de santé. Par formation continue, nous entendons les sessions formelles de formations organisées par l'équipe socio-sanitaire, soit au CSC soit sur place au niveau du CSCOM/CSA et destinées au personnel des centres de santé.

Le Tableau 32 présente les dépenses réalisées en 1996 dans chacun des quatre cercles pour les activités de l'équipe socio-sanitaire de cercle. Ce tableau ne distingue pas les investissements (formations initiales préliminaires au lancement d'activités nouvelles dans un nouveau CSCOM ou CSAR) des formations continues de routine. De même, les coûts de supervision correspondent aussi bien aux supervisions intensives et rapprochées de la période de lancement des centres que les supervisions de routines effectuées les années suivantes de façon moins rapprochée.

TABLEAU 32. DEPENSES DE L'EQUIPE SOCIO-SANITAIRE DE CERCLE POUR LA SUPERVISION ET LA FORMATION

	FORMATION	SUPERVISION	ACTIVITES ESSC	SOURCE
Commune V	502 750 F	168 000 F	670 750 F	PSPHR
Bla	773 045 F	446 225 F	1 219 270 F	PSPHR & UNICEF
Djenné		1 347 500 F	1 347 500 F	PSPHR
Kolondiéba	3 289 545 F	240 000 F	3 529 545 F	UNICEF

## Les coûts de supervision et de formation continue

Dans la mesure où la quantification précise et individualisée des coûts des activités de routine s'est révélée difficile du fait de l'agrégation des données en périphérie, il n'a pas été possible d'en extrapoler les montants que *devraient* coûter ces activités. Afin de pouvoir avoir quand même des ordres de grandeur des volumes financiers qu'il faudrait pouvoir rendre disponibles pour les équipes socio-sanitaires de cercle, nous pouvons nous baser sur l'approche développée par l'équipe régionale de la 1<sup>ière</sup> région, qui est partie d'une analyse des composantes des coûts de supervision et de formation.

### SUPERVISION

Chaque supervision d'un Centre de Santé induit des dépenses de transport, de per diem, et de fournitures. Une supervision suppose ainsi les dépenses marginales suivantes:

- ✓ Per diem pour le chauffeur : 2.000 FCFA/jour,
- ✓ Per diem pour le médecin : 4.000 FCFA/jour
- ✓ Per diem pour un agent : 4.000 FCFA/jour
- ✓ Fournitures: 2.000 FCFA
- ✓ Carburant, à raison de 0.2L par km :  $0.2 * \text{distance aller-retour} * \text{prix du litre de gasoil}$

En situation de routine, nous supposons une supervision trimestrielle pour chaque centre de santé, à raison, en moyenne, de deux jours par centre de santé. Le coût marginal par centre de santé et par an sera donc :

$$\begin{aligned} & \{ (2.000 + 4.000 + 4.000) * 2 \\ & \quad + 2000 \\ & + (0,2 * \text{Distance aller-retour} * \text{Prix du litre de gas-oil}) \} \\ & \quad * 4 \text{ supervisions} \end{aligned}$$

Soit pour N centres de santé supervisés de façon routinières 4 fois par an et dont la distance cumulée est égale à  $\Sigma D$

$(88\ 000 \times N) + (0,8 \times \text{Prix du litre de gas-oil} \times \Sigma D)$
---



## FORMATION CONTINUE

En dehors de la formation initiale pour le lancement d'un CSCOM, on peut considérer que l'effort de formation continue doit comprendre, chaque année :

- ✓ Une session de formation continue par an sur place au centre de santé, par une équipe de l'ESSC de trois personnes pour chacun des centres de santé
- ✓ Deux sessions de trois jours de formation continue, au chef-lieu du cercle, pour deux agents par centre

### *Coûts marginaux d'une formation sur place au centre de santé de premier échelon*

Les éléments du coût d'une telle formation (3 jours de formation, 2 journées de voyage) sont les suivants:

- ✓ Primes formateurs : 2.000 FCFA/ jour: 18.000 FCFA
- ✓ Per diem chauffeur : 2.000 FCFA/jour : 10.000 FCFA
- ✓ Per diem agent : 4.000 FCFA/jour : 60.000 FCFA
- ✓ Fournitures : 22.000 FCFA.
- ✓ Transport : 0,2 x Distance aller-retour x Prix litre gas-oil.

### *Coûts marginaux d'une session de formation au CSC*

Deux agents par Cscocom se rendent au CSC pour trois jours de formation, auxquels il faut ajouter deux jours de voyage. Les éléments du coût sont les suivants :

- ✓ Per diem agents CScocom : 2000 / jr \* 2 agents \* 5 jrs : 20.000 FCFA par Cscocom
- ✓ Transport agents Cscocom : 0.03 L \* prix du litre de mélange \* distance aller-retour au CSC, par Cscocom.
- ✓ Primes formateurs : 2.000 FCFA/jour \* 3 formateurs \* 3 jours = 18.000 FCFA
- ✓ Fournitures de bureau : 22.000 FCFA.

## APPLICATION AUX 4 CERCLES DE L'ETUDE

Lorsqu'on applique ces simulations aux quatre cercles de notre étude, on obtient une estimation des coûts marginaux pour ces activités de routine de l'équipe socio-sanitaire de cercle (Tableau 33). Les montants sont très variables, de 1.5 à 5 millions de FCFA par an. Ils sont les plus faibles dans la Commune V où les frais de transport et de voyage sont limités. Ils varient en fonction du nombre de centres considérés et de leur distance du CSC.

TABLEAU 33. ESTIMATION DES COUTS MARGINAUX POUR LA SUPERVISION ET LA FORMATION CONTINUE DANS LES QUATRE CERCLES, FORMATION INITIALE DE LANCEMENT EXCLUE

	COUT MARGINAL FORMATION	COUT MARGINAL SUPERVISION	TOTAL
Commune V	1.150.000 F	440.000 F	1.590.000 F
Bla	2.193.060 F	1.073.280 F	3.266.340 F
Djenne	2.470.520 F	1.269.760 F	3.740.280 F
Kolondieba	3.263.700 F	1.769.600 F	5.033.300 F

Le principe du financement de cette activité a été retenu et dès 1996 inscrit au budget. Il correspond donc à une subvention de l'état au fonctionnement du cercle, cela paraît une décision tout à fait adaptée. Il s'agissait de montants forfaitaires versés aux régions pour répartition ultérieure entre les cercles.

### *L'encadrement de la mise en œuvre des mécanismes de solidarité. la fonction médiatrice de l'équipe socio-sanitaire de cercle*

A côté des activités de formation et de supervision des centres de santé - qui vont aller s'accroissant avec le temps -, l'équipe socio-sanitaire se trouve devant de nouvelles responsabilités. Le fonctionnement du système de santé de cercle repose sur l'interaction de plusieurs acteurs, les ASACO, les usagers des services, les agents de santé, dont les rôles et les intérêts sont distincts. C'est à l'équipe de cercle que revient le rôle de « médiateur » afin de permettre au système de fonctionner harmonieusement. De même que l'équipe de cercle a bénéficié d'appuis pour devenir capable de mettre en œuvre l'extension de couverture, de nouveaux appuis seront nécessaires pour assumer cette nouvelle fonction.

Les difficultés rencontrées dans la réalisation de cette étude mettent en évidence des lacunes en termes de capacité comptable et de standardisation

des procédures de gestion <sup>58</sup>. Par ailleurs, nous suggérons dans cette étude que l'augmentation des coûts récurrents liés à l'accroissement du plateau technique de référence nécessitera de générer des ressources additionnelles. Différentes approches (budgets consolidés, mécanismes de péréquation dans la tarification, mécanismes de cotisations et prépaiements permettant des transferts du 1<sup>o</sup> vers le 2<sup>o</sup> échelon) sont possibles. Tout ceci n'est pas évident, et demandera des efforts de formation, des moyens pour mettre en œuvre un processus qui passe par la négociation, et des appuis techniques

Ce processus d'appui devrait s'appuyer sur la région qui devra elle-même acquérir les compétences pour le faire. Dans la mesure où une approche progressive, expérimentale serait retenue, il devient alors essentiel de garder la mémoire de ce qui se passe, en positif ou en négatif sur le terrain. Ce n'est qu'à ce prix que la diffusion des résultats, et la généralisation de ce qui aura été validé pourra se faire.

Tout ceci représente un investissement qui génère des coûts récurrents. Il est impossible de les anticiper tant que la forme que prendra cet appui n'est pas définie. Il ne faudra cependant pas les oublier. En effet, de même que le centre de santé de premier échelon ne peut donner sa pleine mesure s'il ne dispose pas de l'appui d'un centre de référence et d'une équipe d'encadrement, les structures d'appui aux équipes de cercle sont indispensables pour leur permettre de mettre en œuvre les stratégies complexes nécessaires à l'élaboration de systèmes de gestion globale fiables et stables au niveau du cercle.

Sur le plan financier, il paraît raisonnable de considérer que ce sera à l'état d'en assurer le financement.

## *La gestion décentralisée*

Dans la mesure où c'est effectivement à l'équipe socio-sanitaire de cercle que revient la tâche d'accompagner l'organisation du système, il lui faudra faire des choix.

---

<sup>58</sup> Il faut rappeler à cet égard que les comptables des CSC sont pour le moment payés sur le filet social. Il faudra probablement envisager un moyen de financement plus stable.

On peut résumer les systèmes de financement des CSC de deux points de vue. D'une part, il y a celui du *gestionnaire* d'un CSC, qui doit considérer son centre comme une entreprise qui doit équilibrer charges et produits. D'autre part il y a le point de vue d'un malade - ou d'un malade potentiel - qui peut se trouver dans la nécessité d'*acheter* un service utile sinon nécessaire.

Du point de vue d'un gestionnaire de CSC actuel, qui dispose d'une certaine autonomie de gestion, les éléments semblent être les suivants :

- ✓ Les *coûts fixes* sont couverts par des *subsidés* (la majeure partie) et des revenus de *tarification* ;
- ✓ Les *coûts variables* sont payés par les *malades* (en vendant des consommables avec, en plus, une marge bénéficiaire qui peut contribuer à couvrir les charges fixes).

Les seuls risques qui peuvent apparaître dans un tel système sont que:

- ✓ les subsidés n'arrivent pas, ou trop tard, ou s'arrêtent, ou diminuent;
- ✓ trop de malades ne payent pas;
- ✓ trop de coûts fixes dépendent des revenus de vente (tarification, bénéfices des ventes);
- ✓ les coûts fixes sont sous-estimés (certains postes de dépenses ne sont pas encore pris en compte, tels que l'entretien - systématique - ou une partie des amortissements).

De façon générale, dans un système pareil, la plupart des dépenses peuvent être adaptées aux revenus, et le compte de résultat peut rester équilibré.

*Du point de vue d'un malade (potentiel)*, il reste un certain nombre d'inconnues. S'il doit utiliser des services d'un Centre de Santé de Référence, pour lesquels en zone rurale il doit, le plus souvent, se déplacer, il y a des coûts directs et indirects.

Le *coût direct* de la prise en charge du problème de santé (procédures de diagnostic et de traitement) est *partiellement inconnu* (même s'il y a des tarifs affichés et connus, on ne peut pas toujours savoir ce qui est couvert par ces tarifs), et *probablement élevé* (surtout au cas où on risque une hospitalisation

avec intervention chirurgicale). Cette situation est à peu de choses près la même pour tout le monde. Il s'y ajoute l'incertitude liée à l'imprévisibilité de l'événement qui nécessite la référence. Le plus souvent on ne sait donc pas *quand* la dépense devra être faite, ni de *combien* elle sera.

Le *coût indirect* peut être *plus ou moins bien connu* par les individus (il s'agit essentiellement de coûts de transport, et de l'hébergement et les frais de subsistance pour la personne qui accompagne le malade). Toutefois, ce coût indirect est variable selon la distance et ce n'est donc pas la même chose pour tous. De plus, il peut être extrêmement important (même sans y inclure le coût d'opportunité ou le manque à gagner qui sont associés à une hospitalisation).

Il s'en suit que, si les services du Centre de Santé de Référence sont jugés nécessaires par les utilisateurs (potentiels), ou, autrement dit, si le besoin est devenu une réelle demande reposant sur une qualité perçue acceptable et acceptée, les malades (potentiels) doivent optimiser la gestion de ces incertitudes: pourront-ils surmonter les barrières financières (non négligeables), et au moment où c'est nécessaire? C'est à ce niveau que pourraient intervenir les mécanismes d'assurance et de solidarité organisée.

La difficulté pour un gestionnaire de *système* (que devrait être le médecin-chef et son équipe) est de savoir manier ces deux logiques à la fois: gérer ses services comme une *entreprise commerciale viable* (dans laquelle il ne trouve, en principe, aucun intérêt commercial personnel), et en même temps les gérer de telle façon qu'ils soient accessibles au plus grand nombre de ceux qui en ont besoin (et seulement à eux), tout en garantissant une qualité suffisante du produit. C'est une tâche bien complexe que de trouver le meilleur équilibre: il faudra rester très attentif aux évolutions, il faudra aller chercher activement et continuellement des informations pertinentes, il faudra savoir les interpréter correctement et les "traduire" pour les soumettre au dialogue avec les communautés, il faudra surtout, dans le contexte du système malien, savoir servir d'agent médiateur entre les nombreux acteurs du système. Il faut, en somme, des médecins-chefs et des ESSC assez formidables, suffisamment formés, compétents et surtout motivés pour fournir l'effort continu d'optimisation du système, et suffisamment stables pour pouvoir raisonner et agir dans une logique de moyen et long terme. La qualité des médecins-chefs de cercle est une variable tout à fait essentielle

pour la réussite de cette politique. On ne pourra trop investir dans leur préparation et dans l'appui continu à leur donner, d'autant plus que progressivement la complexité du système augmente. L'expérience de la mise en oeuvre de la politique sectorielle du Mali est assez fascinante, mais elle est également très exigeante.

---

## *Table des matières*

---

1. Introduction : Pourquoi une étude sur le financement des cercles au Mali?	1
Le contexte	1
Les questions	4
2. L'étude des coûts et du financement de quatre cercles socio-sanitaires	7
L'enquête de terrain	7
La mesure des coûts	9
3. Le coût de l'ensemble des formations des cercles	11
4. Le coût des activités du premier échelon	13
Quelles sont les charges d'un centre de santé de premier échelon ?	13
Que peut on obtenir pour cet argent?	16
5. Le financement du premier échelon	21
6. L'équilibre financier du premier échelon	25
Les centres de santé offrant le PMA recouvrent leurs coûts	25
7. Assurer la survie de l'outil ou maximaliser la production santé : que faire des excédents des comptes d'exploitation ?	29
Utilisations possibles des excédents	30
Trouver un équilibre « de bonne gestion »	40
Des stratégies nécessairement flexibles	50
8. De l'équilibre du compte d'exploitation vers une base financière solide	53

Déficits apparents et déficits cachés	53
Quels outils et mécanismes de ré-équilibrage?	55
Implications pour la politique sectorielle : généraliser l'appui au développement de solutions locales	67
9. Etendre le réseau de centres de santé : les conditions de viabilité et de développement des CSCOM	69
Les éléments utilisés pour prédire la viabilité?	69
Quelle approche pour les aires a priori moins viables ?	71
10. Le Centre de Santé de Cercle comme hôpital de premier recours ?	77
Le niveau actuel d'activités des Centres de Santé de Cercle	77
Les CSC fonctionnent-ils comme des hôpitaux de district ?	83
Quel renforcement du plateau technique du CSC ?	85
11. Le coût des activités de première référence	91
12. Le financement du Centre de Santé de Cercle	97
Les ressources actuelles des Centres de Santé de Cercle	97
La tarification	100
13. Les équilibres financiers des Centres de Santé de Cercle	103
14. Coûts liés aux infrastructures et équipements des CSC	107
Investissement, amortissement et entretien des infrastructures	107
Coûts générés par les équipements	108
15. Le financement du Centre de Santé de Cercle : organiser le partage des coûts	11
3	



Comment augmenter les recettes sans compromettre l'accessibilité financière ?	113
L'augmentation nécessaire des ressources en provenance de l'Etat	116
Les subventions internes au CSC	119
Le financement du CSC par le premier échelon	121
Potentiel des différents mécanismes	123
 16. L'équipe Socio-Sanitaire de Cercle: supervision et formation continue	 125
8	
Les dépenses pour la supervision et la formation	125
Les coûts de supervision et de formation continue	126
L'encadrement de la mise en œuvre des mécanismes de solidarité. la fonction médiatrice de l'équipe socio-sanitaire de cercle	128
La gestion décentralisée	129

