

POBAG213

(Avant-projet)

NOTES AUX FINS D'UNE ANALYSE ECONOMIQUE  
DU PROJET SANTE RURALE (P.S.R.) AU MALI

Juin 1981

Clive Gray  
Harvard Institute for  
International Development,  
Cambridge, Mass.

Nouhoum Sankaré  
Institut de Productivité et  
de Gestion Prévisionnelle,  
Bamako

NOTES AUX FINS D'UNE ANALYSE ECONOMIQUE  
DU PROJET SANTE RURALE (P.S.R.) AU MALI

Table des matières

<u>Section</u>	<u>Page</u>
RESUME	1
I. INTRODUCTION	1
II. PRODUCTION DE SERVICES	3
Services de santé au niveau des villages	5
Données de base pour déterminer éventuellement les améliorations de la santé publique attribuables au PSR	7
Réduction de la mortalité infantile escomptée de la campagne de nivaquinisation de 1981	14
Témoignages anecdotiques à l'appui des améliorations sanitaires provoquées par le PSR à Koro	15
Preuves indirectes des bénéfices du PSR -- variables de "processus"	17
Le village	18
L'assistance médicale au niveau du cercle	23
La direction régionale de la santé	27
Les bureaux du Ministère de la Santé Publique, Koulouba	28
Indicateurs des sacrifices volontaires faits par les participants au système	31
Les villageois	31
Les ASV	34
Personnel du Ministère de la Santé Publique	36
III. COUTS	39
Projections de coût de l'USAID	42
Estimation des dépenses de Sissoko-Kelly	48
Problèmes liés à une analyse des coûts du PSR	52
Données récentes sur les dépenses du PSR/Koro	59
Estimation des dépenses récurrentes	62
Détermination de la couverture assurée par le PSR/Koro pour l'estimation des dépenses récurrentes par unité	68
Incidence de l'équilibrage de la couverture AT et H-S sur les coûts	71
Incidence de l'extension du PSR à de nouveaux arrondissements sur les coûts	74
Analyse récapitulative des coûts de l'approche de supervision actuelle	82
Possibilités de réduction du coût	87

Section

Page

III. COUTS (suite)

Réduction de la fréquence des visites de supervision d'ASV	88
Accroissement du nombre mensuel des visites de supervision par superviseur	93
Réduction des frais de véhicules (mobylettes)	96

IV. FINANCEMENT DU PSR

Introduction	100
Financement du PSR par les budgets national et régional maliens	105
Financement du PSR par une contribution spéciale de ses bénéficiaires	119
Financement du PSR par la marge bénéficiaire du prix de vente des médicaments	138
Conclusions sur le financement du PSR	158

V. PROPOSITIONS CONCERNANT LES RECHERCHES ULTERIEURES SUR LE PSR

167

BIBLIOGRAPHIE

## Liste des Tableaux

<u>Tableau N°</u>		<u>Page</u>
1	Résumé des données démographiques et épidémiologiques recueillies dans le cadre du Projet Santé Rurale jusqu'à avril 1981	8
2	Coût annuel projeté des services de santé villageois du PSR dans l'arrondissement de démonstration selon l'Etude de Projet de l'USAID de 1976	45
3	Coût annuel de l'initiation et de la supervision des hygiénistes-secouristes dans 20 villages selon Sissoko-Kelly	49
4	Dépenses du PSR/Koro de septembre à novembre 1980	59
5	Estimation des dépenses occasionnées par un stage de formation pour remplacer 18 hygiénistes-secouristes qui cessent leurs fonctions	66
6	Population avec et sans accès direct aux soins de santé primaires organisés par le gouvernement dans quatre arrondissements de Koro	75
7	Récapitulation des dépenses récurrentes additionnelles estimées ou projetées du PSR/Koro	84
8	Comparaison entre les estimations du coût par personne du PSR/Koro à maturité (tableau 7) et celles de l'arrondissement de démonstration selon l'Etude de Projet de l'USAID de 1976 (tableau 2)	86
9	Allocation budgétaire pour matériel, pour 1981, par poste d'emploi, Assistance Médicale des huit cercles de la région de Mopti	116
10	Estimations de B. Lambl de la production et des ventes de récolte d'une famille Dogon moyenne	120
11	Avertissements d'impôts pour 1981 des villages de Koromatintin et Sansagou-Pin, arrondissement de Toroli	123
12	Estimation par Sissoko-Kelly de la marge bénéficiaire brute du PSR sur les ventes unitaires de médicaments	140
13	Barème de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM)	146

## RESUME

Le présent rapport s'efforce de résumer les données économiques concernant le projet malien dénommé le "Projet Santé Rurale". Les données utilisées sont celles qui étaient disponibles au mois d'avril 1981. Le rapport se base sur une recherche commune menée au cours des visites de l'auteur étranger au Mali en novembre-décembre 1980 et mars-avril 1981. Chaque visite a comporté une tournée sur le terrain tant à Mopti qu'à Koro : la première fois en compagnie d'un homologue du Ministère de la Santé Publique du Mali; la deuxième fois en compagnie de l'auteur malien.

Le rapport met l'accent sur ce volet du PSR qui comprend des services mis en oeuvre au niveau villageois par des agents de santé villageois (ASV) dans les deux cercles de Koro et Yélimané, sous la supervision périodique des cadres de l'Assistance Médicale. Les autres volets du programme, à savoir l'amélioration des soins au niveau des centres de santé du cercle et des dispensaires d'arrondissement, la mise en valeur des puits et l'assistance à l'horticulture et aux activités de petit élevage, destinées à augmenter les standards de la nutrition, n'ont pas encore été lancées ou bien sont trop récemment lancées pour montrer des résultats.

L'affectation des ressources rares à la dépense, dans le domaine de la santé publique, se justifie par les six catégories d'avantages sociaux qu'on peut en attendre, à savoir moins de jours de travail perdus à cause de la maladie, hausse de la productivité au travail, baisse de

la mortalité, bienfaits liés à un plus large espacement des naissances, réduction des douleurs physiques ou mentales et augmentation de la capacité d'apprendre. Jusqu'ici on ne trouve que quelques preuves anecdotiques laissant supposer que le PSR a abouti à une baisse de la morbidité; par contre, même au cas où la baisse de morbidité serait effective, il n'y a aucun indice quant aux avantages associés à cette baisse.

Une série d'enquêtes épidémiologiques menées à Koro et Yélimané a produit des données de base en ce qui concerne les taux de naissance et de mortalité infantile, de même que la fréquence de la malnutrition, du paludisme et de la conjonctivite, entre autres. (Voir tableau 1, pp.8-10). De l'avis des auteurs, les résultats obtenus à des périodes différentes et dans diverses localités montrent une cohérence suffisante pour doter les données d'une certaine validité, ce qui autorise des comparaisons indiquant si oui ou non les trois années de fonctionnement des ASV aboutiront au début de 1982 à une réduction mesurable de la morbidité et de la mortalité.

Si l'on ne dispose pas encore de preuves systématiques de l'impact du PSR sur la santé publique et des avantages qui y sont associés, le fait que, dans le cercle de Koro, par exemple, les bénéficiaires des soins de santé se soumettent volontairement à divers sacrifices afin d'entretenir le système dénote de façon indirecte la création des avantages sociaux. Parmi les "variables de processus", il est possible de mentionner :

(1) L'activité régulière des 113 ASV dans 43 villages du cercle de Koro (données recueillies en avril 1981). Des données pertinentes relatives à la période allant de janvier à septembre 1980 et collectées au cours des

visites de supervisions dans 25 villages ont révélé que les hygiénistes-secouristes (H-S) ont effectué un total de 41 consultations par village et par mois; ce chiffre représente aussi le nombre de prescriptions mensuelles de quatre médicaments de base. Des données de la période septembre 1980-février 1981 indiquent que des accoucheuses traditionnelles (AT) recyclées par le PSR ont assisté à 111 accouchements dans neuf villages.

(ii) L'achat, par les populations à Koro et Yélimané, des médicaments prescrits par les H-S à un prix unitaire compris entre 85 et 180 Francs maliens par habitant, selon la source et le temps des données; de même que le versement d'une redevance d'accouchement s'élevant à 200 FM et destinée à la constitution de la trousse d'accouchement des AT.

(iii) La mise en oeuvre des sessions de formation distinctes pour les H-S et les AT; ces sessions durent une semaine et sont dirigées par le médecin-chef de l'AM de Koro, qui veille en même temps à l'exécution d'un programme mensuel de supervision auquel participent (en avril 1981) 12 cadres de l'AM plus trois volontaires du Corps de la Paix. Le programme en question comporte 24 visites de supervision couplées (touchant normalement deux villages par jour).

Cependant, le système se caractérise également par certaines faiblesses. Celles-ci se manifestent notamment parce que des tâches importantes sont le fait des coopérants étrangers; il en est ainsi de l'obtention des médicaments ainsi que du financement d'une grande partie de leur coût de transport et de manutention jusqu'à l'AM, de même que la gestion de certains comptes d'espèces.

Faute de données concernant l'impact du PSR sur la morbidité, et en égard à ce que jusqu'ici presque toutes les dépenses additionnelles d'entretien

et fonctionnement du projet, de même que sa mise en place, ont été financées grâce à l'aide étrangère (don de l'USAID en montant de 3,7 millions \$U.S.), on ne peut pas encore arriver à déterminer si les avantages résultant du maintien du système PSR et les sacrifices habituellement consentis par les participants suffisent à compenser les coûts du projet.

En ce qui concerne l'estimation des dits coûts, le rapport met l'accent sur les dépenses récurrentes additionnelles, celles-ci étant considérées selon la définition du rapport du Groupe de Travail sur les dépenses récurrentes sous l'égide du Club du Sahel/CILSS, publié en août 1980. Dans le contexte des discussions internationales actuelles sur le développement du Sahel, on considère normalement qu'un programme de dépenses publiques n'est viable du point de vue économique que si le pays récipiendaire arrive à faire face à ses dépenses récurrentes à long terme. Dans ce cas, il n'importe pas de savoir si le pays est à même de participer au financement de la mise en place ou de l'expansion du programme.

Le rapport examine les estimations de coûts faites au début (1976), dans l'Etude de Projet de l'USAID, et explique l'origine des 2,00\$, niveau auquel devrait se situer la dépense annuelle récurrente par personne qu'impliquent les soins de santé rurale. Un budget initial pour le PSR (tableau 2, pp.45-46) projette la dépense publique nette à 1,43 \$ par personne, dont les 11% (16 ₣) ne sont pas additionnels mais reflètent plutôt la dépense sur les services de santé existants, tandis que les 71% (1,00 \$ par personne) correspondent à l'achat de médicaments, ce qui laisse 27 ₣ comme dépense récurrente additionnable non pharmaceutique. Le document a envisagé que la population dépenserait un deuxième dollar par personne sur ses propres ressources.

Si l'on suppose que l'inflation des prix s'est fixée à 60%, pendant la période quinquennale 1976-1981, la dépense publique de 1,43 \$ évaluée aux prix courants équivaut à 2,30 \$.

Au mois de février 1980, les docteurs Sissoko et Kelly ont analysé les résultats du fonctionnement du PSR pendant la première année de l'activité des H-S dans le Cercle de Koro. Ils ont estimé le coût annuel par personne, de cette activité, dans l'arrondissement de Toroli à 502 FM (= 1,21 \$ au taux de change moyen du premier trimestre de 1980). Seulement 38 FM soit 8% de ce montant (équivalent à 9 ₣ par personne) correspondent à l'achat de médicaments, à savoir l'approvisionnement initial des pharmacies villageoises. Il s'est avéré que les villageois payaient le coût du ravitaillement au prix contrôlé de la Pharmacie Populaire. Les chiffres Sissoko-Kelly comprennent les salaires du personnel en place, salaires calculés sur la base de l'affectation de leur temps au PSR, de même que les dépenses de mise en place du projet (formation des H-S, etc.). Ces estimations dépassent donc les dépenses récurrentes additionnelles telles que définies dans le rapport.

Actualisés par un examen des dépenses du PSR/Koro pendant la période septembre-novembre 1980 (tableau 4, pp. 59-60), les chiffres Sissoko-Kelly montrent que 70 à 75% des coûts additionnels du PSR/Koro, à savoir des dépenses de matériel tant de mise en place que récurrentes, sont destinés au transport.

En supprimant les éléments non essentiels, l'entretien et le fonctionnement de la capacité actuelle de service du PSR/Koro consisteraient : à superviser des ASV, à former des ASV susceptibles de remplacer ceux qui viendraient à faire défection, principalement les H-S; et des coûts généraux associés au projet, estimés par aperçu à 10% du total des deux volets ci-dessus énumérés.

Au début, le rapport estime les coûts en supposant que le programme de supervision mensuelle qui existe actuellement serait maintenu. On ne tient pas compte des dépenses de personnel, en raison de ce que parmi les cadres de l'AM qui participent actuellement au PSR, personne n'a été recruté spécifiquement pour le projet, mieux le rapport personnel de l'AM/population du cercle de Koro n'est même pas aussi haut que dans les autres cercles de la région de Mopti. (En effet, au lieu d'affecter ses cadres à d'autres tâches, le PSR leur donne plutôt les moyens de transport et le matériel accessoire dont ils ont besoin pour faire face à leurs responsabilités). Ainsi la dépense récurrente additionnelle de la supervision se chiffre à 3 millions FM par an ; la formation biennale des H-S de remplacement, elle, se chiffre à 200 000 FM par an. Il faut y ajouter 300 000 FM supplémentaires représentant les coûts généraux et imprévus au niveau du cercle. Le calcul ne tient pas compte des coûts généraux aux niveaux régional et national, et élimine presque entièrement les voyages spéciaux faits par le médecin-chef mensuellement à Mopti et trimestriellement à Bamako, dans le cadre du PSR, selon le budget Sissoko-Kelly.

Le rapport constate que la "couverture" effective du PSR se limite aux populations résidentes dans les villages où se trouvent les ASV. Donc le recensement de 1976 donne pour les 43 villages qui constituent la zone d'intervention actuelle du projet une population de 37 000 habitants; ce qui conduit à une dépense récurrente additionnelle par personne de 95 FM soit 19 ₣ au taux de change 500 FM = 1,00 \$. Ensuite, les dépenses récurrentes additionnelles sont estimées en fonction de trois phases, chaque phase correspondant à une hypothèse d'expansion du PSR, visant à une "couverture" conforme à la défini-

tion adoptée ci-dessus, de 60% de la population du Cercle de Koro, y compris le chef-lieu du Cercle et des arrondissements ainsi qu'une autre ville ayant accès aux soins de santé non PSR. Les trois phases sont : (I) l'extension de l'activité des AT aux 27 villages où exercent seulement les H-S; (II) la mise en place d'équipes complètes H-S/AT dans 40 villages des deux arrondissements les plus proches du chef-lieu du cercle et qui ne sont pas encore desservis, à savoir Koporo-Kénié-Na et Dioungani; (III) l'extension de la "couverture" similaire à 30 villages des arrondissements éloignés de Diankabou et Diangourou. Toutes les trois phases exigeraient l'affectation de cadres supplémentaires, dont les coûts sont compris dans les calculs; les phases II et III impliqueraient des dépenses supplémentaires de transport et des indemnités de déplacement; et la phase III exigerait une hausse du taux d'indemnité pour permettre aux superviseurs de rester plusieurs jours sur le terrain au lieu de rentrer chaque soir à Koro-ville.

Les dépenses récurrentes additionnelles par personne peuvent être résumées comme suit : Phase I, 85 FM pour les 27 villages encore dépourvus d'AT recyclées et 154 FM en moyenne pour la "couverture" par les H-S/AT des 43 villages participant au programme actuel; Phase II, 193 FM pour les 40 villages nouveaux; et phase III, 216 FM pour les 30 villages des arrondissements éloignés. Globalement, la dépense moyenne nécessaire à la couverture de 113 villages est estimée à 183 FM, soit 37 ₣ au taux de change de 500 FM (voir tableau 7, page 85).

En anticipant la discussion de la section IV sur l'état étriqué des finances publiques du Mali, le rapport examine trois alternatives afin de comprimer davantage ces dépenses du PSR, déjà très basses (selon les standards des Etats-Unis) : réduire l'intensité de supervision des ASV par

les cadres de l'AM; augmenter le nombre de tournées de supervision effectuées mensuellement par chaque fonctionnaire, et réduire le nombre de mobylettes utilisées au sein du projet et/ou le coût mensuel par mobylette.

Un changement du rythme de supervision sur la base non plus d'une tournée mensuelle mais bi-mensuelle ferait économiser la moitié du coût de transport et deux-tiers des dépenses additionnelles de personnel du programme élargi présenté au tableau 7 (page 85). Il s'ensuivrait aussi une réduction de la dépense par personne à 90 FM approximativement, ce qui est légèrement inférieur à l'estimation du coût récurrent du programme actuel de supervision. Le PSR/Koro est sur le point d'expérimenter la supervision bi-mensuelle dans quelques villages, ce qui permettrait de procéder à une estimation plus fiable de la perte d'efficacité associée éventuellement à une supervision moins fréquente.

On est sceptique quant à la possibilité d'augmenter le nombre de tournées mensuelles à effectuer par chaque fonctionnaire sans offrir une indemnité de déplacement élevée, ce qui compenserait partiellement les économies escomptées. Des calculs faits indiquent grosso modo une économie nette équivalente à un sixième de la dépense de 183 FM par personne du programme élargi de Koro.

Le projet a testé diverses formules pour réduire le coût du transport par mobylette. Jusqu'en avril 1981 on avait approuvé un système de paiement forfaitaire d'une somme aux cadres pour compenser les réparations et la vente à crédit des engins. En reprenant le système du parc-mobylettes entretenu par un mécanicien contractuel, on pourrait éventuellement diminuer le nombre d'engins nécessaires, de même que les dépenses de réparation, de façon à en faire une alternative moins coûteuse, mais les économies ne seraient pas du tout spectaculaires.

En supposant que l'aide étrangère ne sera pas indéfiniment disponible pour financer les dépenses récurrentes additionnelles du PSR, on retient trois sources possibles de financement interne : les budgets national et régional (Mopti), une cotisation des bénéficiaires du projet, et la marge de bénéfices résultant de la vente de médicaments du PSR dans les villages.

L'état étriqué des finances des administrations nationale et régionale est démontré par le fait que pendant l'année 1977 le rapport entre les salaires et la dépense totale du Gouvernement central, en se chiffrant à 0,54, s'est trouvé être le plus élevé au Mali, comparativement à 55 pays en développement retenus par le FMI.

De tous les autres pays de l'Afrique, seule la Haute-Volta a montré un chiffre au-dessus de 0,40. En se fixant à 0,255, le rapport entre les autres achats de biens et services effectués par le Mali et les salaires était le plus bas de tous les pays d'Afrique sauf l'Ile Maurice dont la situation s'explique probablement en partie par les coûts de transport assez bas. Etant donné que la dépense budgétaire de matériel de toutes les dépendances gouvernementales, sauf le Ministère de la Santé Publique, a été bloquée à son niveau nominal de 1979, la position comparative du Mali ne peut que s'être aggravée. Le versement des salaires de la fonction publique est soumis actuellement à un retard moyen d'à peu près un mois.

La situation est encore plus extrême au niveau de la Région, dont l'administration présente un rapport dépense de matériel, dépense de personnel de l'ordre de 0,076. Pour l'AM de Koro le chiffre n'est que de 0,047. En comparant le budget de l'AM de Koro à celui des autres cercles de la région de Mopti, on constate que la dépense récurrente estimée pour le programme

actuel de supervision (43 villages) est huit fois plus élevée que le budget de matériel non pharmaceutique de l'AM/Koro à l'exclusion des dépenses du PSR financées par l'USAID. Compte tenu de l'objectif implicite du Gouvernement de maintenir un équilibre entre l'avantage social marginal de la dépense publique dans les différentes applications, on s'imagine difficilement les autorités maliennes augmenter de huit fois le crédit alloué à l'AM/Koro pour les dépenses de matériel dès qu'interviendrait la cessation du financement des dépenses récurrentes par l'aide étrangère. C'est du moins là la substance des informations recueillies de façon explicite par les auteurs au Ministère des Finances.

Des alternatives pour chercher un financement du PSR se présentent aux niveaux (i) national/régional, (ii) du cercle, et (iii) des villages mêmes. Premièrement, les autorités pourraient élever le minimum fiscal imposé à Koro, dont le montant est le plus bas de la région de Mopti sauf l'impôt prélevé sur les nomades. Deuxièmement, l'administration du cercle pourrait prélever une cotisation destinée au PSR. Troisièmement, les autorités villageoises pourraient imposer leurs populations, en collectant une somme forfaitaire par imposable ou entité familiale ou bien en limitant les soins des ASV aux familles qui paient une cotisation. Dans ces derniers cas, le produit serait remis directement à l'AM/Koro.

Pour diverses raisons, les alternatives (i) et (iii) ne semblent pas assurer la viabilité financière du PSR. Une cotisation obligatoire offre de meilleures possibilités; un montant de 200 FM payé par tous les 92 000 imposables de Koro, ou une somme 400 FM prélevée seulement dans les villages où fonctionnent les ASV, villages dont la population est estimée au tableau 7 à 92 000 (l'équivalence de ces deux chiffres est coïncidentale) seraient plus

que suffisants pour financer les dépenses récurrentes additionnelles du programme élargi.

Reste à vérifier si l'administration et la population accepteraient une telle cotisation. Il en résulterait une augmentation des avertissements d'impôts individuels et villageois de 12% au maximum, ne comptabilisant qu'un quart du montant déjà dépensé pour les maladies par une famille Dogon, selon des calculs approximatifs. Néanmoins, la population est très pauvre, ne possédant qu'un revenu par personne d'environ 50 \$ à l'exclusion du produit de l'élevage. Le Gouvernement hésite à élever un fardeau fiscal qui atteint en effet 20-30% du revenu brut en espèces, moins l'autoconsommation; il a donc provisoirement prohibé des cotisations nouvelles. En avril 1981, on a vu des signes indiquant les affectations possibles des cotisations supplémentaires : une grande partie de la population donnerait la priorité à la mise en valeur des puits.

En ce qui concerne un financement possible par voie de la marge de bénéfices de la vente des médicaments, supposons :

1) que l'écart entre les prix d'achat du matériel générique aux Etats-Unis et les prix contrôlés détail reste inchangé; 2) que la part du prix au détail affectée aux dépenses de distribution interne dont on ignore les données est de l'ordre de 15%. Dans ces conditions, l'écart constaté plus haut suffisait à couvrir entre 1/5 et 1/3 de l'ensemble des dépenses récurrentes additionnelles du programme élargi du PSR/Koro. Néanmoins, on se trompait en faisant dépendre la viabilité financière du programme du maintien au niveau national d'une structure de prix inéquitable du point de vue social, parce que résultant de la position de monopole détenue par la Pharmacie

Populaire et de la politique actuelle du Gouvernement en matière du contrôle des prix. On doute également que les 14% du coût qui correspondent aux impôts nationaux puissent être toujours affectés, en ce qui concerne les ventes des médicaments du PSR, aux dépenses de fonctionnement du projet.

On doit faire face à la question suivante : Que serait le PSR s'il s'avérait impossible de trouver les moyens permettant de maintenir le programme de supervision à un niveau assez proche de son niveau actuel ? La réponse à cette question dépend essentiellement des mécanismes qui permettraient, une fois les visites de supervision arrêtées, d'assurer le ravitaillement des pharmacies villageoises. D'autres interventions, dans le domaine des soins de santé primaires au Mali ont avorté, dit-on, dès que se sont épuisés les fonds destinés à ce ravitaillement. A cet égard, le rapport suggère la possibilité d'autoriser certains commerçants privés se rendant une fois par semaine dans les villages les plus éloignés, à vendre des médicaments approuvés par le PSR aux pharmacies villageoises. L'alternative serait de préparer les Fédérations de Groupements Ruraux à distribuer les médicaments du PSR et à encourager les H-S responsables à s'y rendre pour se ravitailler.

La section finale du rapport propose la conduite de recherches dans le cadre soit de l'évaluation prochaine du PSR soit du programme de travail de l'année finale, dans les domaines suivants : enquêtes épidémiologiques; enquêtes sur la satisfaction des clients; tests objectifs de connaissances des ASV; comparaison de la performance des ASV de Koro dans les deux contextes de supervision bi-mensuelle et mensuelle; analyse sociologique de la motivation et la performance des cadres de l'AM, de même que les conditions préalables à une action bénéfique des ASV, sur l'hygiène villageoise; attitudes des

autorités villageoises face à une éventuelle cotisation au profit du PSR;  
et alternatives de ravitaillement en produits pharmaceutiques par les super-  
viseurs de l'AM.

NOTES AUX FINS D'UNE ANALYSE ECONOMIQUE  
DU PROJET SANTE RURALE (P.S.R.) AU MALI

I. INTRODUCTION

Ce rapport résume les impressions et les données recueillies par les auteurs en mars et avril 1981 sur les aspects économiques du PSR, durant une brève période d'observation des opérations du projet sur le terrain dans le cercle de Koro, région de Mopti, ainsi que plusieurs jours de discussions avec les responsables du projet et autres responsables gouvernementaux maliens aux niveaux national et régional. Nous tenons à remercier sincèrement toutes ces personnes pour nous avoir généreusement consacré leur temps, partagé avec nous toute information pertinente et nous avoir aidés dans notre analyse du projet par des échanges de vues très francs

En particulier les auteurs ont travaillé ensemble à Bamako du 24 au 28 mars et du 6 au 13 avril, à Mopti du 28 au 30 mars et le 4 avril, et dans le cercle de Koro du 31 mars au 3 avril. Durant leur séjour à Koro, ils ont accompagné le personnel du poste d'assistance médicale (AM) du Ministère de la Santé lors d'une de ses tournées périodiques de supervision des agents de santé villageois (ASV) de deux villages de l'arrondissement de Toroli : Koromatintin et Sansagou-Pin.

Avant sa collaboration avec M. Sankaré, M. Gray, le membre étranger de l'équipe, avait passé trois semaines au Mali en novembre-décembre 1980 afin de se familiariser avec le PSR et de commencer la collecte de données économiques pour la rédaction du présent rapport. A cette occasion, M. Gray avait bénéficié de la collaboration de M. Abdramane Maiga, économiste auprès de la Direction Nationale de la Planification et de la Formation Sanitaire

et Sociale, qu'il avait accompagné lors d'une visite d'une semaine à Mopti et Koro (8-13 décembre).

L'objectif ultime de l'analyse économique d'un programme de dépenses publiques est de dresser le bilan des avantages et des coûts du programme afin de déterminer si la dépense est justifiée et quelles modifications éventuelles de ce programme pourraient accroître les bénéfices tirés, sans une augmentation proportionnée des coûts, ou sinon comment obtenir les mêmes bénéfices à des coûts moins élevés. Dans le cas présent, comme on le verra dans le chapitre qui suit sur la production de services, les avantages tirés du projet ne peuvent toujours pas être mesurés quantitativement. Ainsi, les auteurs ont donc été forcés de se fixer trois objectifs moins ambitieux, à savoir :

- 1) estimer le taux actuel de dépenses pour diverses composantes du projet,
- 2) envisager différents moyens de réduire les dépenses sans affecter sérieusement le niveau des services rendus, et
- 3) étant donné que la plupart des dépenses du PSR pour les matériels et fournitures, ainsi qu'une partie des dépenses de personnel, sont maintenant financées par une aide étrangère (USAID), étudier la possibilité de financer une part croissante des dépenses récurrentes du projet avec des ressources locales provenant d'un niveau ou l'autre du gouvernement malien ou de la population directement concernée.

## II. PRODUCTION DE SERVICES

Le Projet Santé Rurale (PSR) est conçu pour améliorer l'état de santé publique dans deux cercles du Mali, celui de Koro (région de Mopti) et celui de Yélimané (région de Kayes), tout en testant la possibilité de reproduire certaines approches des soins de santé primaires dans d'autres cercles du pays. Les trois approches en question sont :

- 1) l'établissement d'un système de services sanitaires au niveau des villages, mis en oeuvre essentiellement par des agents de santé villageois (ASV),
- 2) le renforcement des services sanitaires fournis à la population rurale par le centre de santé au niveau du cercle et l'amélioration du soutien du programme de cercle au niveau régional, et
- 3) le démarrage de certaines activités directement productives au niveau des villages en vue d'améliorer l'état nutritionnel et sanitaire de la population, notamment l'aménagement de puits et le jardinage.

Le présent rapport se concentre sur les aspects économiques de la première approche--les services sanitaires au niveau du village--incontestablement la composante clé du PSR. A l'heure où nous rédigeons ce rapport, la seconde approche--le renforcement des centres de santé de cercle et des dispensaires d'arrondissement-- n'a pas dépassé le stade de la commande d'équipement et de demandes faites à l'USAID d'autoriser que les fonds du projet servent à la réhabilitation de structures, ce qui n'a pas été prévu par l'Accord de Projet ni aucun des quatre additifs signés à ce jour. (Plusieurs observateurs et participants maliens du projet s'inquiètent du

retard pris dans la mise en oeuvre de ce volet du projet. Ils pensent que ceci risque d'entraver la réalisation d'un des aspects de l'approche numéro un, à savoir inciter les ASV à recommander l'évacuation des cas diagnostiqués comme étant sérieux en arrivant peu à peu à les convaincre que des installations curatives satisfaisantes existent au niveau de l'arrondissement et du cercle. Les auteurs n'ont pas cherché à identifier les obstacles qui jusqu'ici ont retardé la mise en oeuvre de la composante centre de santé de cercle/dispensaire du PSR.)

Des progrès plus importants ont été accomplis dans la mise en oeuvre de la troisième approche. Grâce aux contributions des villageois, en espèces, nature ou travail, et à l'assistance d'organismes donateurs autres que l'USAID (notamment CARE-Mali), le personnel du PSR a encouragé la reconstruction d'un barrage à Yoro, arrondissement de Diangourou, cercle de Koro; distribué des outils, semences de légumes et semis d'arbres fruitiers à Yoro; fait des études sur l'alimentation en eau dans les villages dans les cercles de Koro et Yélimané; amorcé l'approfondissement de un ou deux puits de village à Koro;<sup>1</sup> préparé un programme détaillé et organisé le financement pour le forage de 21 puits nouveaux et le surcreusement de huit vieux puits dans 24 villages du cercle de Yélimané; et établi des plans pour des projets de jardinage dans d'autres villages ainsi qu'un programme d'élevage de lapins de Koro.

Ces projets annexes sont soit toujours en gestation, soit trop récents ou insuffisamment documentés pour fournir des données concrètes sur l'augmenta-

---

<sup>1</sup>A Goursindé, les travaux avaient démarré le 31 mars, c'est-à-dire un jour avant la visite des auteurs. Le médecin-chef nous a fait part du soulagement et du contentement manifestes du chef du village qui jusque-là avait été irrité par des retards prolongés. Le compresseur et son équipe devaient aller ensuite à Bondo-Tena.

tion de la production de nourriture et d'eau salubre. Toutefois la procédure qu'impliquerait l'évaluation éventuelle des avantages de ces projets ne devrait pas poser de problèmes particuliers, et, ce genre d'activité pouvant aisément être entrepris (comme c'est en fait le plus souvent le cas) dans un contexte autre que celui d'un projet de soins de santé primaires, le présent rapport ne cherche pas à étudier tout impact supplémentaire du PSR dans ce domaine.

### Services de santé au niveau des villages

Les services qui sont censés être fournis par les agents de santé villageois peuvent se résumer comme suit :

#### 1. Hygiénistes-secouristes (H-S)

##### a. Aspect curatif :

diagnostic des maladies  
conseils aux patients  
prescription et fournitures de médicaments  
aider à organiser l'évacuation des cas graves

##### b. Aspect préventif :

promotion de l'hygiène familiale et du milieu  
assainissement

#### 2. Accoucheuses traditionnelles (AT)

- a. conseils aux femmes enceintes
- b. diagnostic des cas à risque et, si nécessaire, assistance pour leur évacuation
- c. assistance lors de l'accouchement
- d. suivi des nouveau-nés
- e. promotion de l'hygiène familiale

A long terme, l'allocation des ressources réduites du secteur public pour la promotion de ces services n'est justifiée que par la réalisation

de l'un ou plusieurs des six avantages ou groupes d'avantages suivants :

1. réduction du nombre de journées de travail perdues à cause de la maladie
2. accroissement de la productivité dans le travail
3. réduction de la mortalité
4. ensemble de bénéfices résultant d'un plus grand espacement des naissances
5. réduction de la souffrance et de la douleur, que ce soit physiques ou mentales
6. capacité accrue des enfants et des jeunes à acquérir des connaissances aussi bien dans le cadre de l'école qu'en dehors et, par la suite, à gagner décemment leur vie.

En l'occurrence, il n'existe pas de données d'enquête structurées qui indiquent qu'au cours de ses trois premières années de fonctionnement le PSR ait produit ces avantages, et les auteurs conviennent avec les responsables du PSR que c'eût été un gaspillage de temps que de rechercher de tels indicateurs de succès, au moyen de nouvelles enquêtes épidémiologiques, à ce stade de la mise en oeuvre du projet. A ce propos, il convient de noter que le groupe de travail sur les dépenses récurrentes du Club du Sahel/CILSS (1979-80) a découvert que la façon dont certains organismes donateurs abordent le développement du Sahel est sérieusement affectée par une sous-estimation du temps requis pour l'expérimentation de nouvelles approches de technologie sociale et leur mise en oeuvre sur le terrain.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Club du Sahel/CILSS, p. 288', Il convient de noter que les auteurs du présent rapport n'ont pas trouvé ce manque de réalisme chez les responsables de l'USAID et maliens concernés par le PSR.

En revanche, le projet a produit certaines données qui pourraient éventuellement constituer une base pour des comparaisons significatives du type "avant-après". Celles-ci sont résumées dans les paragraphes qui suivent. Le dernier chapitre de ce rapport présente nos recommandations en ce qui concerne les études qui, selon nous, devraient être faites dans le but de faciliter ces comparaisons.

Données de base pour déterminer éventuellement les améliorations de la santé publique attribuables au PSR

Le tableau 1 présente les données recueillies en ce qui concerne les sept paramètres démographiques et épidémiologiques suivants, sur la base d'enquêtes faites sous les auspices du PSR dans les cercles de Koro et Yélimané entre mai 1978 et avril 1981 :

1. taux de naissance
2. taux de mortalité des nouveau-nés et infantile
3. taux de mortalité des nouveau-nés par rapport au nombre de grossesses
4. courbes de croissance des enfants
5. niveau de malnutrition
6. prévalence de la malaria
7. prévalence de la conjonctivite

Tableau 1

## RESUME DES DONNEES DEMOGRAPHIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES RECUEILLIES DANS LE CADR:

DU PROJET SANTE RURALE JUSQU'A AVRIL 1981

Cercle/arrondissement/ source des données (Note A)	Envergure de l'échantillon	Date(s) de Référence	Tranche d'âge (ans)	Nombre d'observations et population de référence (chiffres absolues)	Taux calculés	Caractéristiques du test, standard de comparaison et/ou autres commentaires	
<b>1. TAUX DE NAISSANCE BRUTE</b>							
<u>Koro/Toroli</u>							
Sissoko-Kelly (1)	8 villages	10/79-3/80	---	128 nais., pop. 5286, 1/2 an	49/1000	Données relevées des cahiers des hygiénistes-secouristes	
Touré-Sankaré-Gray	8 villages (dont 3 inclus dans S-K)	9/80-2/81	---	96 nais., pop. 4067, 1/2 an	47/1000	Données relevées des fiches de contrôle des accoucheuses-traditionnelles recyclées	
<b>2. TAUX DE MORTALITE INFANTILE</b>							
<u>Koro/Toroli</u>							
Sissoko-Kelly (1)	8 villages	10/79-3/80	0-30 jours 0-1 an 0-4 ans	4 décès } sur 128 nais- 14 décès } sances vivantes, 20 décès } 1/2 an	31/1000 109/1000 156/1000	Données relevées des cahiers des hygiénistes-secouristes	
<u>Yélimané/Tambacara</u>							
Daulaire-Taylor	village de Diongaga	fév. 1979 (enquête)	0-1 an 0-5 ans	96 décès } sur 533 nais- 169 décès } sances vivantes	180/1000 317/1000	Données rapellées par les mères de famille	
<b>3. PERTE DES ENFANTS PAR RAPPORT AU NOMBRE DE GROSSESSES</b>							
<u>Koro/Toroli</u>							
Lambi	3 villages	mai 1978 (enquête)	non spécifié	94 morts sur 237 grossesses	40%	Données rapellées par les mères de famille	
<u>Koro/Diankabou</u>							
Lambi	non spécifiée	mai 1978 (enquête)	non spécifiée	29 morts sur 59 grossesses	50%		
<u>Yélimané/Tambacara</u>							
Daulaire-Taylor	village de Diongaga	fév. 1979 (enquête)	au dessous de 6 ans	77 avortements, 9 morts- nés, et 169 décès sur 619 grossesses	41%		

7. CONJONCTIVITE

Koro/Toroli

Sissoko-Kelly (2)	12 villages	1/12/78- 26/4/79	< 1 an	30 déprimés sur 88 enf.	34%
			1-4 ans	152 sur 451 enf.	34%
			5-9 ans	49 sur 374 enf.	13%
			10-14 ans	1 sur 104 enf.	1%
			inconnu	30 sur 108 enf.	28%
			total	262 sur 1125 enf.	23%

Yélimané/Tambacara

Daulaire-Taylor	village de Diongaga	fév. 1979	< 4 ans	40 déprimés sur 105 enf.	38%
			5-9 ans	7 sur 65 enf.	11%
			10-14 ans	0 sur 44 enf.	0
			15 ans +	2 sur 161 adultes	1%

Note A: Les données dans ce tableau proviennent des six sources suivantes:

Sissoko-Kelly (1): Projet Santé Rurale, Koro -- Documentation Supplémentaire, May 1980, pp. 30-32.

Touré-Sankaré-Gray: examen des fiches de contrôle des accoucheuses traditionnelles, Koro, 2 avril 1981.

Daulaire-Taylor: Activités du Projet Santé Rurale dans le Cercle de Yélimané, 1978-1979, février 1980, pp. 26-99. Daulaire et Taylor rapportent les résultats d'une enquête menée par d'autres avant leur intégration au projet.

Lamb: Enquêtes Préliminaires, Sanitaires and Socio-Economiques, Diakabou et Toroli, 18 juin 1978.

Sissoko-Kelly (2): Projet Santé Rurale, Koro -- Enquêtes Médicales Menées dans l'Arrondissement de Toroli du 1 décembre 1978 au 26 avril 1979 -- Analyses et Interprétations, sans date.

Letarte: Enquête Epidémiologique Malaria, Projet Santé Rurale, Koro, janvier 1981.

#### 4. CROISSANCE DE L'ENFANT

##### Koro/Toroli

Sissoko-Kelly (2)	12 villages	1/12/78- 26/4/79	1-5 ans	244 garçons + 263 filles = 507 total	50 <sup>ème</sup> centile de l'échantillon correspond au 2 <sup>ème</sup> centile du standard américain (tant pour poids comme pour taille)
-------------------	-------------	---------------------	---------	---	---

#### 5. MALNUTRITION DES ENFANTS

Lambl	6 villages	mai 1978	1-5 ans	16 malnourris sur un total de 75 enfants	21%	Bracelet standard passe le coude à la première poussée
-------	------------	----------	---------	--	-----	--

Sissoko-Kelly (2)	12 villages	1/12/78- 26/4/79	1-5 ans	200 malnourris sur un total de 1.125 enfants	18%	Bandelette indique circonférence du bras de moins que 13,5 cm. pour les Dogons ou 13,0 cm. pour les Peulhs
-------------------	-------------	---------------------	---------	--	-----	--

##### Koro/Diankabou

Lambl	2 villages	mai 1978	1-5 ans	7 malnourris sur un total de 33 enfants	21%	Bracelet standard passe le coude à la première poussée
-------	------------	----------	---------	---	-----	--

##### Yélimané/Tambacara

Daulaire-Taylor	village de Diongaga	fév. 1979	0-5 ans	43 malnourris sur un total de 128 enfants	34%	Circonférence du bras $\leq$ 80% du standard
-----------------	---------------------	-----------	---------	---	-----	--

#### 6. PALUDISME

##### Koro/Toroli

Sissoko-Kelly (2)	12 villages	1/12/78- 26/4/79	< 1 an	6 rates palpables sur 85 enf.	7%	} Méthode de la rate palpable. On a dépisté une incidence de 32% entre les enfants Dogon par rapport à une incidence de 57% entre les Peulhs
			1-4 ans	190 sur 417 enf.	46%	
			5-9 ans	159 sur 346 enf.	46%	
			10-14 ans	21 sur 97 enf.	22%	
			inconnu	50 sur 108 enf.	46%	
total	426 sur 1053 enf.	40%				

##### Koro/Central et Toroli

Letarte	Koro ville + 7 villages (dont 2 inclus dans S-K)	23/9/80- 22/10/80	< 1 an	12 positifs sur 25 enf.	48%	} Méthode de la goutte épaisse. Moyenne des prévalences par groupe d'âge est 49%. Letarte indique un intervalle de confiance de 42 à 56%, à risque 5%
			1-4 ans	92 positifs sur 172 enf.	53%	
			5 ans	8 positifs sur 25 enf.	36%	
			total	112 positifs sur 222 enf.	50%	

##### Yélimané/Tambacara

Daulaire-Taylor	village de Diongaga	fév. 1979	< 1 an	22 rates palpables sur 42 enf.	52%	} Méthode de la rate palpable
			1-5 ans	39 sur 83 enf.	47%	
			6-15 ans	39 sur 87 enf.	45%	
			16 ans +	17 sur 163 adultes	10%	

Dans tous les cas sauf un (celui des courbes de croissance des enfants), les données définies de manière comparable proviennent de deux ou trois enquêtes différentes.

Outre les renseignements contenus au tableau 1, les enquêtes ont fourni également les données épidémiologiques suivantes :

1. Koro/Toroli--Sissoko-Kelly (1979) mesure l'incidence des maladies de la peau et des maladies respiratoires, des infections de l'oreille, de l'anémie, de la tuberculose et du goitre chez les enfants jusqu'à 14 ans dans 12 villages.
2. Yélimané/Tambacara--le rapport Daulaire-Taylor cite des données sur l'incidence de l'anémie et du trachome dans le village de Diongaga.

Enfin, en dehors des enquêtes mentionnées ci-dessus, des examens d'urine et de selles d'élèves volontaires ont été faits en janvier 1979 à l'école de Tambacara (rapport Daulaire-Taylor, pp. 85-86) et par Harry Zysman, VCP (volontaire du Corps de la Paix) à l'école de Yoro, arrondissement de Diangourou, et à celle de Koro. Ces examens ont une valeur manifeste, mais il serait difficile d'établir un lien entre les activités du PSR dans un groupe de villages et toute amélioration éventuelle de l'état de santé des enfants dans des écoles centralement situées, que ces examens pourraient faire ressortir.

Des questions ont été soulevées quant à la fiabilité d'une grande partie des données épidémiologiques. En ce qui concerne Yélimané, Daulaire et Taylor, en rendant publics pour la première fois les résultats d'une enquête menée dans le village de Diongaga, arrondissement de Tambacara, par certains

de leurs prédécesseurs, font la mise en garde suivante :<sup>3</sup>

... Toutes les données réunies au cours de cette enquête doivent être maniées avec prudence, puisque la méthode de sélection n'était apparemment pas celle de l'échantillon pris au hasard, et en raison des problèmes de méthodologie qui ont été discutés dans chacune des sections. Toutes conclusions doivent être considérées provisoires jusqu'à ce qu'elles soient confirmées par d'autres enquêtes. Néanmoins, les informations fournissent un aperçu intéressant de l'état de santé général de la population de Diongaga.

Un contrôle inadéquat de la procédure d'échantillonnage est aussi cité par Letarte dans son rapport sur l'enquête épidémiologique malaria faite à Koro en septembre-octobre 1980. Néanmoins, comme indiqué au tableau 1, Letarte pense qu'un intervalle de confiance de 95% avec un taux d'erreur de 7% dans les deux sens peut être imputé à sa standardisation de la prévalence de la malaria (soit  $49\% \pm 7\%$ ).

Les médecins du projet ont averti les auteurs de ce rapport de ce que l'identification des symptômes lors de l'enquête menée à Toroli en 1978-79 n'était pas suffisamment précise pour permettre à toute enquête ultérieure d'établir des tendances sensibles dans l'incidence des maladies, à l'exception de la malnutrition dont l'identification est basée sur la mesure du bras. En tant qu'économistes les auteurs n'ont aucune base pour réfuter cela, mais ils sont alarmés par la suggestion, appuyés en cela par Daulaire et Taylor dans leur rapport sur Yélimané, que plus de trois ans après la mise en route d'un projet devant durer quatre ans il n'existe encore presque aucune donnée de base qui puisse être utilisée par la suite pour évaluer l'impact des activités des agents de santé villageois sur l'incidence des maladies.

---

<sup>3</sup> Daulaire-Taylor, Activités du Projet de santé rurale dans le cercle de Yélimané, 1978-79, février 1980, p. 99.

Parlant toujours en profanes du point de vue médical, les auteurs ont été frappés par certaines coïncidences dans les résultats des différentes enquêtes résumées au tableau 1, et se demandent si celles-ci n'indiquent pas un degré suffisant de fiabilité de ces enquêtes pour justifier une comparaison avec les données qui seront obtenues par le programme d'enquête prévu pour 1981-82. Par exemple :

1. Les taux de naissance bruts de 49 et 47 établis par les deux enquêtes menées à Toroli indiquent une certaine tendance centrale qui pourrait être suffisamment stable pour déterminer éventuellement (mais certainement pas dès 1981-82) si la composante AT du PSR produit un plus grand espacement des naissances.
2. Cf. les taux de mortalité des nouveau-nés/taux de grossesses de 40% et 41% trouvés par Lambi à Toroli (1978) et les chercheurs à Yélimané/Diongaga (1979), respectivement.
3. Cf. la prévalence de la malnutrition de 21% établi par Lambi à Toroli et à Diankabou (1978) et de 18% par Sissoko-Kelly à Toroli (1978-79).
4. Les trois enquêtes sur la malaria figurant au tableau 1 donnent des résultats très homogènes pour les groupes d'âge 1-4 ou 1-5 : 46%, 53% et 47% pour Sissoko-Kelly (Toroli, 1978-79), Letarte (Central et Toroli, 1980) et Daulaire-Taylor (Diongaga, 1979), respectivement.
5. Le diagnostic de la conjonctivite est hautement homogène entre Toroli (Sissoko-Kelly, 1978-79) et Diongaga (Daulaire-Taylor, présentation des résultats de l'enquête de 1979) pour ce qui concerne tous les groupes d'âge identifiés—34% par rapport

à 38% pour le groupe d'âge 0-4, 13% par rapport à 11% pour le groupe d'âge 5-9, et 1% par rapport à 0 pour le groupe d'âge 10-14, respectivement.

Toute tendance décelée dans l'incidence de la malaria et de la conjonctivite serait d'un intérêt particulier dans le contexte du PSR, vu que la chloroquine et le sulamyde de sodium constituent la moitié de l'arsenal pharmaceutique villageois et qu'il est prévu d'introduire la chloroquinisation prophylactique chez les jeunes enfants dans le cercle de Koro.

Même en tant que profanes, les auteurs se rendent compte que, dans les conditions de terrain existant dans les cercles de Koro et Yélimané, il entre un élément de subjectivité dans le diagnostic clinique; dès lors, on devrait considérer de faire participer aux enquêtes de contrôle, au moins comme consultants, certains des membres du personnel médical, depuis parti, qui avait participé aux premières enquêtes. Les auteurs ont rencontré le docteur Sissoko, affecté maintenant à l'hôpital Point G à Bamako, qui est d'avis que les résultats des enquêtes qu'il avait menées à Koro avec le docteur Kelly et des subordonnés pourraient servir de base pour mesurer les améliorations ou autres survenues dans les conditions de santé publique par suite de la mise en route des activités du PSR. Il serait d'une grande utilité que le docteur Sissoko démontre sur le terrain, pour le personnel appelé à mener les enquêtes, les critères de diagnostic que lui-même, Kelly et les autres avaient appliqués en 1978-79.

#### Réduction de la mortalité infantile escomptée de la campagne de nivaquinisation de 1981

Quoiqu'à l'époque de la préparation de ce rapport elle n'en ait été

qu'au stade de la planification, il faut mentionner ici une campagne de nivaquinisation prévue pour la saison des pluies 1981 (juin à novembre) dont le personnel médical du PSR était convaincu qu'elle réduirait à brève échéance la mortalité due à la malaria dans la tranche d'âge 6 mois à 4 ans. Le programme comporte une sensibilisation initiale par l'intermédiaire des H-S formés par le PSR auxquels on donnera une quantité suffisante de comprimés de chloroquine (le médicament américain fourni par le PSR et non le médicament français d'où la campagne tire son nom) pour que chaque enfant de leur village reçoive un comprimé et demi par semaine. Les parents devront payer 175 FM par enfant pour un programme de traitement de 5 à 6 mois. Cette approche a déjà été testée à Kolokani où, dit-on, elle a donné des résultats positifs.

Le personnel du PSR prévoit mener une nouvelle enquête malaria après la campagne de 1981 pour comparer les résultats obtenus avec ceux de 1980 consignés par Letarte (op.cit.). Ils voient celle-ci comme la meilleure possibilité de démontrer les avantages directs tirés des services de santé villageois du PSR à brève échéance.

Témoignages anecdotiques à l'appui des améliorations sanitaires provoquées par le PSR à Koro.

Un H-S à Tinsagou a déclaré aux auteurs en décembre 1980 que les poussées de malaria dans son village s'étaient considérablement raccourcies et étaient moins fortes depuis qu'il traitait les gens avec du phosphate de chloroquine. Des fonctionnaires de l'AM ont dit avoir remarqué la même chose en faisant des comparaisons "avant PSR/avec PSR" dans un certain nombre de villages.

Pourtant, en règle générale, le PSR n'a pas eu beaucoup de réactions

de patients traités par les ASV, aussi bien H-S que AT. Au cours de ses tournées périodiques de supervision, le personnel du cercle rencontre les ASV et, occasionnellement, les chefs de village ou d'autres notables mais cherche rarement à voir des patients pour connaître leurs impressions sur les soins fournis par les ASV. Mise à part la question de savoir s'il est réaliste de demander au personnel de consacrer un effort supplémentaire dans cette direction, les rapports de celui-ci avec les personnes qu'il supervise seraient certainement compliqués si, à cette occasion, il en profitait pour interroger leurs patients derrière leur dos.

D'un autre côté, nous ne pensons pas que le PSR puisse être correctement évalué sans au moins une sorte d'enquête pour déterminer la satisfaction de sa clientèle, et nous recommandons qu'une étude de ce genre soit prévue, dans le cadre de l'évaluation commune du GRM et de l'USAID programmée pour la fin 1981.

Un premier pas dans cette direction est décrit dans le rapport d'évaluation de mai 1980 de Correze qui a rencontré des femmes dans plusieurs villages de l'arrondissement de Tambacara, cercle de Yélimané, et rapporte un manque de confiance de leur part dans la capacité des H-S à soigner leurs problèmes de santé ou ceux de leurs enfants. Souvent les femmes ne savaient pas qui était hygiéniste-secouriste dans leur village; au plus elles connaissaient la personne qui vendait les médicaments, qu'elles décrivaient comme ceci : "Ici il n'y a personne qui soigne, il y a quelqu'un qui vend des médicaments." "On ne peut pas parler de toutes les maladies avec lui. De toutes façons il donne les mêmes comprimés, ce sont les mêmes pour tout le monde ..." <sup>4</sup> Ces remarques reflètent le fait largement observé

---

<sup>4</sup>Correze, traduction anglaise, p. 20

de la sous-représentation des femmes et des enfants parmi la clientèle des H-S et n'infirmement en aucun cas la possibilité que ces agents de santé améliorent la condition d'un groupe appréciable de la population.

Pour porter ce genre de reportage anecdotique à ses limites, alors qu'ils se promenaient dans Koromatintin les auteurs ont arrêté au passage une mère avec son enfant et, avec l'aide d'un interprète, l'ont interrogée hors de portée de la voix de tout AT. Cette femme leur a dit avoir accouché avec l'assistance d'une des AT formées par le projet et a spontanément ajouté que celle-ci l'avait beaucoup aidée. Dans un esprit moins positif, les auteurs ont relevé sur les cahiers des ASV que des morts de nourrissons et d'enfants se produisent encore sporadiquement dans les villages servis par des ASV. A Sansagou-Pin, un garçon de six ans était mort récemment, vingt heures après avoir contracté la diarrhée--maladie dont l'évolution aurait pu être arrêtée, soupçonne le médecin-chef, si l'ASV en avait été informé.

#### Preuves indirectes des bénéfices du PSR -- variables de "processus"

Lorsqu'on observe un système social en fonctionnement dont les transactions nécessitent des sacrifices répétés de temps, d'énergie ou des sacrifices matériels de la part de ses agents, il y a présomption que ceux qui font ces sacrifices reçoivent, ou s'attendent à recevoir à l'avenir, des avantages en retour, que ce soit matériels ou psychologiques. Notons que ceci ne revient pas, et de loin, à dire que la valeur de ces avantages équivaut plus ou moins au coût des ressources extérieures qui peuvent avoir été investies pour créer le système et le faire fonctionner.

Sans perdre ceci de vue, identifions le "système" actuellement en fonctionnement ainsi que les transactions à l'intérieur de ce système qui

nécessitent des sacrifices de la part de ses agents et les avantages correspondants qu'ils semblent recevoir.

Le système que nous allons examiner est un sous-système du PSR qui fournit des services de santé à certains villages des cercles de Koro et Yélimané. Vu que, depuis un an, le projet a été considérablement plus actif à Koro qu'à Yélimané, et que ses opérations à Koro sont beaucoup mieux documentées, l'essentiel des preuves présentées auront trait à Koro.

Il convient de définir quatre niveaux dans le sous-système de services de santé villageois du PSR, à savoir : le village, l'assistance médicale au niveau du cercle, la direction régionale de la santé, et le bureau principal du Ministère de la Santé Publique.

1. Le village. A Koro, au mois d'avril 1981, quelque 83 H-S formés par le PSR, répartis dans 42 villages, étaient censés donner des consultations, prescrire et vendre des médicaments à leurs voisins ainsi qu'à des visiteurs venant d'autres villages. Six stages avaient été organisés depuis mars 1979 qui avaient formé 89 H-S venant de 45 villages. Ainsi, au bout de deux ans, le taux de défections ne s'élevait qu'à 7%, quoiqu'un petit groupe de H-S aient été en exode en Côte d'Ivoire pendant plusieurs mois.

Les taux de consultation proviennent des calculs faits par Letarte d'après les fiches de supervision pour la période de janvier-septembre 1980 pour 25 des 35 villages servis par les quatre premiers stages de formation. La moyenne mensuelle, exclusion faite des mois que les H-S avaient passés en exode ou pour lesquels une fiche de supervision faisait défaut, était de 41,3 consultations par village, soit approximativement 22-23 par H-S. La variation des moyennes par village pour la période de neuf mois allait

de 9,2 à 86,5; le nombre mensuel des consultations allait de 0 à 130.<sup>5</sup> Les données de Letarte montrent également que les H-S concernés ont fait un total de 7 916 prescriptions, soit une moyenne mensuelle de 41,9 par village sur les 189 village/mois couverts par les fiches.<sup>6</sup>

Selon le personnel du PSR à Koro, les H-S font payer les prix réglementaires pour les quatre médicaments qu'ils dispensent aux villageois (aspirine, comprimés de chloroquine et de pénicilline et collyre ou pommade sulamyde de sodium), et conservent les reçus. Lors de ses tournées de supervision, le personnel réapprovisionne les H-S selon les besoins et perçoit en retour un montant en espèces s'élevant à 85% du prix réglementaire pour les médicaments fournis (les 15% restants représentent une réserve pour les dépenses futures de projets communautaires). Le personnel est censé contrôler si le solde en espèces correspond au produit des ventes enregistrées moins les nouveaux achats. Même lorsque l'H-S qui fait fonction de pharmacien est présent, ceci n'est pas toujours possible étant donné que dans certains villages les reçus sont remis à un trésorier désigné par les notables. Dans les cas où ce contrôle a été fait, le personnel de PSR n'a signalé aucun écart.

Pour que le contrôle soit complet il faudrait également vérifier les stocks de médicaments des H-S, ce que les procédures de supervision omettent. Durant une visite sur le terrain au mois de décembre, l'auteur étranger de ce rapport a demandé à ce que ce contrôle soit fait dans les deux villages visités. Dans chaque cas, la valeur totale du stock de la pharmacie (espèces plus médicaments) excédait légèrement le montant calculé d'après le formulaire d'enregistrement approprié (en admettant, dans un cas, que les dires de l'H-S

---

<sup>5</sup>Letarte (février 1981), p. 4. On suppose une moyenne légèrement inférieure à deux H-S par village.

<sup>6</sup>Ibid., p. 25. Nombre des village-mois donné au tableau 1, p. 8.

36x

qui déclarait avoir remis 25 000 FM au trésorier--absent durant cette visite--aient été fondés). Ceci pourrait être dû au fait que l'H-S n'a pas toujours la monnaie exacte. Quoi qu'il en soit, cet épisode fournit une preuve anecdotique de la solvabilité financière des opérations de vente de médicaments du PSR au niveau des villages dans le cercle de Koro

Pour ce qui est de Yélimané, des données incomplètes indiquent qu'entra 40 et 50 H-S provenant de 14 villages ont été formés avec trois stages organisés entre février 1979 et juin 1980.<sup>7</sup> Au mois de janvier 1980, six des 27 H-S formés durant les deux premiers stages avaient cessé d'exercer leurs fonctions et, l'année suivante, au moins trois de plus avaient abandonné leurs fonctions d'H-S, ce qui donne un taux total de défections de pas moins d'un tiers (9/27).<sup>8</sup> Au début de l'année 1981, rien n'indiquait que les activités d'H-S aient complètement cessé dans aucun des 14 villages.

Au mois de janvier 1980, 20 des 21 H-S alors en place avaient déclaré au personnel du PSR à Yélimané, dans le cadre d'une enquête, qu'ils voyaient 5,5 patients par semaine, soit environ 24-25 patients par mois.<sup>9</sup> A Yélimané, les cahiers de consultation ne sont pas tenus comme ils le sont à Koro. Aucune donnée n'existe sur le nombre de prescriptions mais les cahiers des

---

<sup>7</sup> Daulaire-Taylor, p. 13, et Baudouy (février 1981), p. 21.

<sup>8</sup> Ibid. Les chiffres cités sont des minima basés sur trois villages (sur un total de six) de la cohorte de 1980 plus quatre villages (sur un total de huit) des deux cours de 1979, tous visités par Baudouy en janvier 1981.

<sup>9</sup> Daulaire-Taylor, p.20.

pharmacies, selon la récapitulation faite par Daulaire-Taylor, montrent un taux mensuel régulier d'activité durant la seconde moitié de 1979.<sup>10</sup> Un an plus tard, Baudouy a trouvé, dans chacun des sept villages qu'il a visités, une pharmacie qui fonctionnait malgré un arrêt virtuel de la supervision (voir ci-dessous).<sup>11</sup>

Une autre variable de "processus" d'un intérêt considérable est l'incidence des évacuations de patients gravement malades, recommandées par les H-S, qui n'auraient pas eu lieu en leur absence. Dans son rapport d'évaluation, Cissé décrit les ASV donnant à leurs patients des "bulletins d'évacuation" servant de "sauf-conduit" pour les dispensaires ou les centres médicaux de Toroli, Pel (le dispensaire de la mission catholique) et Koro. Il ajoute que dans le cercle de Koro "il n'est pas rare de voir les ASV accompagner eux-mêmes certains malades au centre médical le plus proche dans les cas d'urgence comme par exemple les morsures de serpent; ou encore se déplacer pour aller quérir l'ambulance de l'AM lorsqu'on ne peut transporter autrement le malade."<sup>12</sup> Cissé cite le docteur Sissoko déclarant que, grâce à la présence des ASV, "il voit maintenant à ses consultations certaines catégories de malades (notamment des personnes âgées) qui ne s'y seraient point présentées de leurs seules initiatives."<sup>13</sup> Le nombre de ces cas particuliers n'a pas été établi. Chose étrange, il semble que ceci ait été observé moins fréquemment durant la seconde année d'activité des ASV à Koro,

---

<sup>10</sup> Ibid., pp. 29-33.

<sup>11</sup> Baudouy (février 1981), p. 21.

<sup>12</sup> Cissé, p. 17.

<sup>13</sup> Ibid., p. 18.

après le départ du docteur Sissoko. Cissé a trouvé que cette pratique était peu marquée à Yélimané.

Pour ce qui est de la composante accoucheuse traditionnelle (AT) du PSR, au mois d'avril 1981, quelque 31 AT formés (ou plus précisément recyclés) par le PSR assistaient les mères dans 16 villages du cercle de Koro, équipées d'une trousse fournie par le projet contenant une douzaine de produit divers--lames de rasoir, compresses, coton, feuilles plastique, savon, alcool, antiseptiques, etc. Durant les six premiers mois qui ont suivi le premier stage pour AT, offert en août 1980, 17 AT réparties dans 9 villages ont déclaré avoir assisté à 111 accouchements.<sup>14</sup>

A Yélimané, trois AT du village de Diongaga ont eu deux après-midi de formation en février 1979, et un autre groupe de onze AT venant de quatre différents villages ont participé à des sessions de formation en juin de la même année. Ces deux groupes ne firent l'objet d'aucune supervision jusqu'à ce que Baudouy, de an et demi à deux ans plus tard, rende visite à quatre d'entre elles (les trois premières plus une appartenant au groupe formé en juin). A cette occasion, il a pu constater qu'elles se rappelaient ce qu'on leur avait appris et affirmaient mettre ces connaissances en pratique, notamment la section aseptique du cordon.<sup>15</sup> En janvier 1981, un autre stage de formation d'AT a eu lieu avec 12 participantes.

Il faut souligner que les chiffres qui précèdent ne disent rien quant à la valeur sociale de toute cette activité ou son rapport avec le coût du programme. Le système décrit ici pourrait facilement continuer pendant des années même si l'impact net à long terme des consultations et des prescriptions

---

<sup>14</sup> Calculé par Yaya Touré et les auteurs d'après les fiches de supervision d'AT de Koro.

<sup>15</sup> Baudouy (février 1981), p. 9.

de médicaments des H-S sur l'état de santé de la population était négatif (ce que ne croient pas les auteurs). Quels que soient les avantages sociaux une activité a démarré au niveau des villages dans les deux cercles, qui fait preuve d'un dynamisme sensible et continuerait à rendre des services concrets pendant un certain temps même si l'intervention du PSR venait à s'arrêter soudainement, comme ce fut virtuellement le cas à Yélimané en 1980 du point de vue d'un grand nombre des ASV formés par le PSR.

2. L'assistance médicale au niveau du cercle. L'assistance médicale (AM) est l'agent du PSR pour l'établissement et le maintien des services de santé villageois décrits dans la section précédente. A Koro, en avril 1981, il y avait 28 Maliens actifs à l'AM dont 23 faisaient partie de l'état nominatif et cinq étaient des matrones rurales payées par le CAC, la coopérative contrôlée par le gouvernement. Environ deux tiers du personnel étaient basés dans les dispensaires des six chefs-lieux d'arrondissement du cercle de Koro, en dehors de l'arrondissement central dont la ville de Koro est le chef-lieu. Les responsabilités officielles de la moitié de l'équipe incluent une participation au PSR bien qu'un seul membre, le technicien de développement communautaire, y soit affecté à temps complet. L'AM est dirigée par le médecin-chef, actuellement le docteur Hamar Alassane, qui estime qu'il consacre plus de 60% de son temps au PSR.

Arrivé en août 1978, le premier conseiller médical de HIID à Koro, le docteur Patrick Kelly, assisté par la suite par Mme Kelly, collabora étroitement avec le médecin-chef alors en place, le docteur Filifing Sissoko à la réalisation d'enquêtes épidémiologiques ainsi qu'à la planification et à l'organisation du projet. A mesure que la mise en place des pharmacies

villageoises, puis la supervision et le réapprovisionnement des ASV, devinrent institutionnalisés, le docteur Kelly eut plus de temps à consacrer, jusqu'à son départ en mai 1980, à l'analyse des résultats provisoires des opérations et à l'élargissement de la base de données pour des évaluations ultérieures. Arrivé à Koro fin juillet 1980, le successeur du docteur Kelly, le docteur Claude Letarte, travailla en contact étroit avec le docteur Hamar à la préparation d'un nouveau programme de travail, d'une analyse des coûts et d'un budget portant sur quatre mois. Par la suite, il put se concentrer sur un travail d'évaluation. Avec son transfert à Mopti début 1981, la participation opérationnelle quotidienne de HIID au niveau du cercle a été temporairement suspendue.

L'équipe du PSR à Koro est renforcée par un groupe de Volontaires du Corps de la Paix. Durant la phase de mise en route du PSR (1977-79), trois volontaires travaillaient à Koro, participant à des activités telles que les enquêtes de santé/socio-économiques préliminaires (citées au tableau 1) et les deux premiers stages de formation d'H-S. Depuis novembre 1979, une équipe de trois Volontaires a travaillé à temps plein pour le projet, l'un de ceux-ci aidant à démarrer et à gérer le volet AT, un autre participant aux volets H-S et développement communautaire, et le dernier tenant lieu de technicien de laboratoire. Tous trois font à tour de rôle des tournées périodiques de supervision des ASV. Tous termineront leur service au sein du Corps de la Paix dans quelques semaines (mai 1981).

L'AM de Koro a maintenant organisé huit stages de formation pour les ASV (6 pour H-S et 2 pour AT) et un pour les matrones rurales; s'est chargé du recrutement, qui implique généralement des tournées de sensibilisation au cours desquelles chaque village-cible est visité trois fois; des préparations

logistiques pour les cours; de la préparation du curriculum; de l'attribution des sessions à des instructeurs (choisis principalement parmi le personnel permanent de l'AM) ayant au moins une année d'expérience au sein du PSR; de la distribution des stocks de médicaments de départ et des troussees de maternité aux ASV nouvellement formés; des tournées mensuelles de supervision incluant le réapprovisionnement en médicaments et en produits pour les AT et le contrôle des cahiers de consultations des ASV et autres cahiers d'enregistrement. Toutes ces activités sont devenues suffisamment routinières pour que certains membres du personnel de l'AM puissent déclarer aux auteurs qu'ils se sentaient capables d'organiser quatre stages par an, toutes contraintes budgétaires mises à part.

Il a été décidé de suspendre les stages de formation à Koro pour permettre au personnel de se concentrer sur la proche campagne de nivaquinisation et aussi parce qu'on estime que le soutien et la supervision des 113 ASV maintenant en place dans 43 villages<sup>16</sup> engagent complètement les ressources en personnel dont dispose l'AM.

En conclusion, au niveau de l'assistance médicale du cercle de Koro un système est en place qui a produit une expansion régulière du programme de santé villageois du PSR, semble se maintenir avec un taux de défections réduit, et se lance dans de nouvelles et ambitieuses initiatives.

D'un autre côté, des réserves quant à la viabilité du système--toujours en faisant abstraction des contraintes budgétaires et en s'abstenant de tout jugement quant à l'impact sur l'état de santé de la population--s'élèvent du fait de (1) l'utilisation des trois Volontaires du Corps de la Paix dans

---

<sup>16</sup> 82 H-S plus 31 AT; 42 villages avec des H-S actuellement actifs, dont 15 ont également des AT plus un village avec une AT mais pas d'H-S.

des rôles actifs jusqu'à leur départ même, par exemple leur rôle en matière de logistique et de documentation pour le dernier stage H-S, et (2) l'incapacité du Ministère de la Santé Publique à affecter au médecin-chef un assistant administratif qui allégerait le fardeau comptable et administratif que le PSR crée pour celui-ci. Dès lors, le succès du PSR/Koro dépend dangereusement de la bonne volonté d'un responsable à maintenir son rythme de travail actuel et à faire de nombreuses heures supplémentaires non payées pour le bien du projet.

En passant maintenant à l'AM de Yélimané, il n'est point besoin de répéter le diagnostic fait dans plusieurs des rapports d'évaluation du PSR à mi-terme<sup>17</sup> sur la raison pour laquelle un système viable d'administration du projet ne s'est pas matérialisé. Il suffira de citer la documentation la plus récente, le rapport de Baudouy sur son séjour du mois de janvier 1981, décrivant l'équipe du PSR comme ceci : "Cette équipe, très jeune et inexpérimentée, ne paraît avoir rien gagné techniquement de la présence des conseillers expatriés. Aussi a-t-elle fait de nombreuses erreurs au cours de ses activités. Chacune aurait pu être évitée si un responsable compétent avait organisé les activités et imposé une rigueur indispensable à la réussite du projet. Actuellement, l'équipe PSR est désorientée, car son travail lui paraît sans résultats au niveau des villages."<sup>18</sup> Baudouy trouve qu'il est remarquable que l'équipe ait continué à fonctionner en dépit de tout et ait même réussi à organiser deux stages (juin 1980 et janvier 1981) sans assistance de la part des responsables.

---

<sup>17</sup>Cf. Cissé, pp. 23, 25-27, et Correze, pp. 16, 18-19, 29; White, pp. 7-8, 26.

<sup>18</sup>Op. cit., p. 18.

3. La direction régionale de la santé. Les préceptes fondamentaux de la gestion de développement dictent qu'un programme du type du PSR ne peut être mis en oeuvre au niveau national, et couvrir plus qu'une poignée des 46 cercles du Mali, que si les directions régionales de la santé y prennent une part active comme intermédiaires entre les bureaux du Ministère à Koulouba (Bamako) et les assistances médicales au niveau des cercles. Quiconque a constaté le fardeau administratif que représente pour le ministère le soutien des opérations du PSR sur le terrain dans deux cercles seulement, l'un des deux étant (lors de la visite des auteurs) relativement inactif, frémit à l'idée que les bureaux de Koulouba aient à servir cinq bureaux actifs sur le terrain, sans compter 46.<sup>19</sup> Une illustration très concrète de ceci est la confusion qui résulterait à mesure que, l'un après l'autre, les nouveaux cercles seraient reliés au système radio (connu localement sous le sigle de RAC) sur la longueur d'onde unique par laquelle le PSR/Koulouba est autorisé à se maintenir en contact avec Mopti, Koro, Kayes et Yélimané, si utile à la direction du projet. Ce rôle administratif au sein du PSR imposerait aux directions régionales de la santé de nouvelles tâches substantielles, une partie de celles-ci portant sur l'évaluation des propositions et du travail des cercles et l'autre consistant en une exécution directe, entre autres dans les domaines de la programmation du travail, de l'établissement de budgets, du contrôle des dépenses (notamment pour les frais de véhicules qui, comme le montre la Section III, représentent l'essentiel des dépenses matérielles du PSR), de la distribution des médicaments, de la gestion de

---

<sup>19</sup> Cette remarque est valable même en tenant compte du fait qu'une grande partie des activités du PSR/Koulouba sont occasionnées par la composante assistance technique du projet.

personnel et de la collecte des données. A l'heure actuelle, la supervision et le contrôle de ces fonctions qui sont faits--à l'exception de la gestion du personnel malien, dont la totalité actuellement fait partie de l'infrastructure normale du cercle--le sont presque exclusivement à Koulouba. En dehors des visites périodiques du directeur régional de Mopti à Koro, visites qui donnent lieu à des échanges de vue et d'expériences utiles sur les questions de soins de santé primaires et confèrent un certain prestige aux cérémonies d'ouverture et de clôture des stages de formation des ASV, le rôle de la direction régionale s'est limité essentiellement à un examen de pure forme des programmes de travail, budgets et comptes, à la transmission de ceux-ci à Koulouba et au transfert d'espèces aux assistances médicales.

Des efforts sont en cours pour élargir le rôle de la direction régionale de Mopti. Le récent détachement à Mopti du docteur Ousmane Doumbia, pharmacien la Pharmapro (l'organe du Ministère de la Santé Publique chargé de l'approvisionnement en médicaments et de la distribution de ceux-ci aux hôpitaux et services de santé publique), et le transfert à Mopti du conseiller de HIID, le docteur Letarte, constituent un progrès dans cette direction. A ce stade, il est trop tôt pour prédire quel genre de système administratif vis-à-vis du PSR se dégagera au niveau régional, séparément des autres fonctions de l'AM.

4. Les bureaux du Ministère de la Santé Publique, Koulouba. Situé au sommet de la pyramide du PSR, cette entité a entrepris le projet pour le compte du Gouvernement du Mali, négocié son financement extérieur (USAID), fourni virtuellement tout le personnel malien participant à sa réalisation, et étudié et approuvé, si ce n'est instauré, toutes les actions requises pour sa mise en oeuvre excepté les plus routinières.

Le PSR n'aurait pas pu parvenir au stade où il en est de l'implantation de soins de santé primaires fondés sur des ASV, à Koro et Yélimané, sans les actions prises au niveau national pour :

1. enrôler l'appui des médecins-chefs des cercles--de fait, l'échec subi dans ce domaine à Yélimané est un facteur majeur des difficultés que connaît le projet dans ce cercle;
2. obtenir de l'USAID des avances pour la constitution d'un tonas de roulement appelé à couvrir les frais de transport, d'autres dépenses matérielles et certains frais de personnel supplémentaires du projet, assorti de méthodes comptables acceptables à l'USAID pour permettre la reconstitution du fonds;
3. organiser le transfert d'espèces aux services de santé au niveau du cercle;
4. importer des mobylettes et autres véhicules, fournir les mobylettes au personnel des AM et établir des procédures pour recevoir et conserver les déductions de location-vente faites sur les salaires;
5. acheter les médicaments aux Etats-Unis, les faire expédier par avion à Bamako, établir des installations de stockage à Bamako et effectuer des envois aux AM, selon les besoins, le tout accompagné de procédures appropriées de contrôle des stocks;
6. rassembler les revenus provenant de la vente des médicaments dans les AM et les conserver à Bamako;
7. organiser des ateliers de planification et collaborer avec les AM et le personnel d'assistance technique à l'élaboration de la

stratégie du projet et à la préparation des premiers stages de formation;

8. établir et faire fonctionner un système de communication radio avec les AM;
9. maintenir une capacité administrative pour une prise de décision rapide sur les questions posées par les équipes de terrain et celle d'assistance technique.

Le fait que ces actions aient été prises, et continuent à l'être, comme voulu, pour appuyer les activités précédemment mentionnées au niveau des AM et des villages indique qu'une forme de "système" fonctionne vraiment au niveau national. Néanmoins, la question se pose : dans quelle mesure est-ce là un système du Ministère de la Santé Publique qui peut survivre une fois que l'assistance étrangère aura cessé ? (Comme auparavant, nous continuons à faire abstraction des contraintes budgétaires.)

Certaines choses indiquent qu'il reste beaucoup à accomplir à cet égard. Des volets clé du système sont toujours, après trois ans, entre les mains des conseillers expatriés. L'USAID importe les médicaments, les véhicules et (jusqu'ici) la plupart du reste de l'équipement. Les conseillers expatriés prennent réception des médicaments, contrôlent les stocks à Bamako, organisent les expéditions sur le terrain (le plus souvent en effectuant les livraisons au cours de leurs visites sur le terrain), recueillent les revenus des ventes de médicaments ainsi que les paiements de location-vente des #obyettes, ramènent ceux-ci à Bamako et les déposent dans des comptes bancaires dont ils conservent les chèquiers (quoique le directeur du projet malien ait la co-signature de ces comptes). Les conseillers expatriés effectuent une part

importante (bien qu'inférieure à 50%) des achats locaux remboursables sur le fonds de roulement. L'USAID tient le seul relevé existant du solde des fonds disponibles aux termes de l'accord originel et des additifs ultérieurs pour les dépenses faites à travers le fonds de roulement. La secrétaire employée par HIID fait fonctionner la radio à Koulouba. Le directeur de l'équipe de HIID fournit au directeur de projet malien, qui assume par ailleurs d'autres responsabilités au sein de la Direction Nationale la Santé Publique, le plus gros de la documentation dont il a besoin pour exercer ses fonctions d'administrateur. On a accepté le principe d'affecter un Malien pour qu'il commence à prendre en charge certaines de ces tâches, et un début prometteur a été fait en novembre 1980 avec l'affectation d'un fonctionnaire expérimenté qui, après quelques semaines, a été muté. En mai 1981 on lui cherchait toujours un remplaçant.

#### Indicateurs des sacrifices volontaires faits par les participants au système

Toujours sans vouloir laisser entendre que les avantages suffisent à compenser les coûts, nous donnons ci-dessous une liste des sacrifices actuellement faits par les différentes catégories de participants, qui fournit des indicateurs, en partie qualitatifs et en partie quantitatifs, des avantages qu'ils voient dans le système.

##### 1. Les villageois

- a. Temps et efforts consacrés à consulter les H-S. Un nombre inconnu de patients retournent voir les H-S, ce qui suggère qu'ils ont tiré quelque chose de leurs consultations précédentes. Les données recueillies par Letarte pour la

période janvier-septembre 1980, pour 21 villages dont les cahiers d'enregistrement donnent l'origine des patients, montrent que 17% des patients viennent de l'extérieur du village, le visiteur moyen venant de plus de 11 km. Toutefois, Letarte prévient qu'il faut se garder d'interpréter ces résultats comme des indicateurs d'appréciation des services des H-S de la part de la population car il pense que les distances considérables parcourues suggèrent que les consultants extérieurs étaient ce jour-là dans le village principalement pour un autre motif.<sup>20</sup>

Désutilité de la part des patients (pour ce qui est du point de vue des H-S se reporter ci-dessous) associée au fait de déranger les H-S à toute heure, de retarder leur travail agricole et même de les faire revenir de leurs champs, ce que de nombreux H-S ont signalé au personnel de l'AM et aux observateurs extérieurs. Toutefois, la dynamique du rapport H-S/patient a jusqu'ici rarement incité les patients à payer les services des H-S en espèces ou en nature. Le problème de la compensation des ASV est discuté dans la section qui suit.

Achat de médicaments. Trois études ont été faites pour estimer les achats de médicaments annuels par personne effectués dans le cadre du PSR dans un certain nombre de villages. D'après les

---

<sup>20</sup> Letarte (février 1981), pp. 37, 38, 43. Le chiffre de 17% a été obtenu par les auteurs directement d'après les données de Letarte pour des villages particuliers. La distance de 11 km est un minimum du fait que Letarte a arbitrairement affecté aux patients donnant une origine distante de plus de 30 km la distance moyenne affectée à tous les autres visiteurs de l'extérieur, soit 11,03 km.

livraisons consignées par le PSR/Yélimané pour l'année 1979 et les inventaires des stocks des pharmacies villageoises effectués en janvier 1980, Daulaire-Taylor estiment une moyenne actuelle de 180 FM pour neuf villages, allant de 99 FM à 402 FM selon le village. D'après l'examen des cahiers de prescription des H-S pour les 12 premiers mois d'opération à Koro, Sissoko-Kelly estiment une moyenne de 118 FM par année. L'étude faite par Letarte des mêmes cahiers pour 25 villages du cercle de Koro, pour la période janvier-septembre 1980, indique une dépense annuelle par personne d'environ 85 FM.<sup>21</sup> A un taux d'échange de 500 FM = 1 \$ ceci suppose une dépense par personne allant de 17 à 36 cents U.S. Très inférieure à celle de 1 \$ par personne (et, qui plus est, à des prix 1976) projetée par l'Etude de Projet de l'USAID mais néanmoins non négligeable pour une région avec un revenu annuel par personne inférieur à 100 \$. Le taux de dépenses plus élevé à Yélimané qu'à Koro reflète probablement un pouvoir d'achat supérieur dû aux envois de fonds des travailleurs émigrés, facteur important dans cette région.

- d. Paiement des frais d'accouchement de 200 FM (Koro seulement). Les AT recyclées par le PSR à Koro ont reçu instruction de prélever 200 FM par naissance vivante pour couvrir le coût de remplacement du matériel de la trousse fournie par le projet. Selon le

---

<sup>21</sup> Daulaire-Taylor, p. 45; Sissoko-Kelly, p. 21; Letarte (février 1981), p. d'après la moyenne mensuelle par personne de comprimés d'aspirine, de pénicilline et de chloroquine dispensés selon l'Appendice, p. 2, multipliée par le prix de vente officiel, plus un ajustement d'environ 15% pour le collyre sulamyde de sodium d'après la part des ventes totales que représente ce médicament dans les totaux de Sissoko-Kelly.

personnel de projet qui est chargé de recueillir le montant de ces paiements lors de ses visites périodiques de supervision, ces frais sont vraiment payés. (Cependant, dans la mesure où cette somme équivaut en valeur aux cadeaux de noix de cola ou de viande traditionnellement faits aux AT--que certaines AT à Sansagou-Pin se sont plaintes de voir remplacer--le PSR ne crée aucun sacrifice supplémentaire de la part de ses bénéficiaires de ce point de vue-là.)

- e. Evacuation des patients gravement malades sur la recommandation des ASV. Lorsqu'un ASV formé par le projet provoque une évacuation qui autrement n'aurait pas eu lieu, on peut dire que le projet a obtenu un sacrifice du patient ou de sa famille. Les frais d'évacuation sont toujours à la charge des individus; certaines familles s'endettent pour des années pour acheter de l'essence afin d'envoyer un des leurs dans la Land Rover de l'AM à l'hôpital à Mopti ou à Ouahigouya, Haute-Volta.

#### 2. Les ASV

Ici il nous faut tenir compte du temps et de l'énergie consacrés par les ASV à l'exercice de fonctions pour lesquelles ils ne reçoivent pas ou peu de rémunération réelle : participation aux stages de formation; consultations avec les patients et vente de médicaments, qui comme nous l'avons vu plus haut peuvent déranger sérieusement leurs autres activités et prendre, selon certains H-S, jusqu'à trois heures par jour durant la saison des pluies lorsqu'il y a prévalence de la malaria; tenue des comptes de la pharmacie; tenue des cahiers de consultation et de prescription dont des versions différentes existent pour les ASV lettrés et illettrés; réunions avec le personnel de l'AM faisant ses

tournées de sensibilisation et de supervision; réunions avec économistes et autres évaluateurs de projet dont le projet a certainement offert plus que sa part (!); et un déplacement occasionnel à Koro pour se ravitailler en médicaments lorsque les livraisons appropriées n'ont pas été faites lors des tournées de supervision de l'AM.

Un certain nombre d'observateurs ont déclaré que l'on ne peut s'attendre à ce que les H-S continuent à faire les mêmes sacrifices sans, à longue échéance, une rémunération, et qu'un schéma de soins de santé primaires fondé sur des ASV n'est pas viable en l'absence de mécanismes assurant une rémunération adéquate. D'un autre côté, tous ceux qui connaissent bien la présente crise fiscale au Mali (voir Section IV) admettent qu'il est hors de question d'intégrer les ASV à l'état nominatif (et certains soutiennent même que ceci saperait à la base le mode opératoire du PSR). La solution paraît donc être de demander à la communauté même de rémunérer ses ASV, soit sur la base d'un paiement à l'acte par les clients ou leurs familles, soit par une capitation annuelle fixe par contribuable ou par famille qui se rapprocherait d'une formule rudimentaire d'assurance-maladie.<sup>22</sup>

En réalité, l'utilité d'une forme quelconque de compensation locale des ASV est un principe du PSR depuis le départ;<sup>23</sup> les chefs de village et les anciens ont été à maintes reprises exhortés--dans certains cas "harangués" serait probablement un terme mieux approprié pour décrire la réalité--à ce propos au cours des tournées de sensibilisation et de supervision ainsi que des visites "spéciales" de personnes extérieures. Il semble que les chefs et les anciens donnent toujours la même réponse : "Oui, nous apprécions le temps et les efforts consacrés par nos ASV, nous comprenons qu'ils devraient en

<sup>22</sup> Cissé, pp. 19-22, et Letarte (février 1981), pp. 13-14.

<sup>23</sup> Pour un exemple, voir l'Etude de Projet de l'USAID, p. 38

tirer quelque chose de concret, nous sommes en train d'envisager comment leur apporter assistance dans leur travail des champs ... Non, rien n'a encore été fait mais nous en parlons et espérons organiser quelque chose pour la saison prochaine .

Le même refrain a été entendu lorsque l'auteur malien de ce rapport a soulevé la question de la compensation des ASV avec le chef et les anciens de Sansagou-Pin le 1er avril 1981 (en présence, faut-il ajouter, de l'un des deux H-S, l'autre étant en exode provisoire en Côte-d'Ivoire). En tant qu'économistes, notre réaction était peut-être différente de celle de certains observateurs qui ont participé à ce genre de discussion. Il nous a semblé que les villageois disaient en fait : "Pour le moment, nos ASV sont contents de s'acquitter d'un devoir qui leur a été confié par la communauté et dont ils tirent une satisfaction psychologique malgré les griefs qu'ils exposent aux responsables de l'AM et aux visiteurs. Lorsque les choses changeront au point que le seul moyen d'obtenir ces services soit de payer quelqu'un, nous nous occuperons alors de cette question lorsqu'elle se posera. De toute façon, nous ne trouvons pas que le travail des H-S soit important au point de rémunérer suffisamment quelqu'un pour le dissuader de partir pour la Côte-d'Ivoire si l'occasion s'en présente."<sup>24</sup>

### 3. Personnel du Ministère de la Santé Publique

Pour tous les fonctionnaires qui y participent, le PSR semble représenter une augmentation de la charge de travail qui existerait sans lui. Pour

---

<sup>24</sup> Les deux H-S de Sansagou-Pin ont passé la plus grande partie de la première année après leur stage de mai-juin 1979 en Côte-d'Ivoire. La pharmacie villageoise n'a commencé à fonctionner qu'en juillet 1980.

autant que nous sachions, en aucun point du réseau du PSR les effectifs sont-ils plus élevés qu'avant l'instauration du projet, à l'exception d'un chauffeur ou deux basés au PSR/Koulouba. Même avec le projet, le budget régional de Mopti pour 1981 alloue au cercle de Koro le nombre le plus réduit de personnel d'AM pour 10 000 habitants des huit cercles de Mopti, soit 1,73 par rapport à 2,42 pour la moyenne des sept cercles, mis à part le cercle de Mopti (où le taux d'effectifs est de 4,72) et à 2,18 pour le cercle ayant le taux le plus bas après Koro. <sup>25</sup>

Le fardeau supplémentaire placé sur le médecin-chef consiste en un nombre substantiel d'heures supplémentaires non rémunérées en dehors de 2 000 FM d'indemnités journalières pour les déplacements à l'extérieur de la ville de Koro, équivalent à 23% de son salaire journalier brut (salaire annuel divisé par 300 jours). Comme mentionné précédemment, le titulaire actuel, le docteur Hamar, estime que plus de 60% de son temps est consacré au PSR.

Pour les autres fonctionnaires de l'AM, au lieu d'entraîner des heures supplémentaires ou d'empiéter sur les tâches normales, le PSR leur offre plutôt des tâches clairement définies, un ensemble de stimulants et un appoint matériel à leur salaire, notamment des moyens de transport, qui leur permettent d'avoir une journée de travail constructive. Ce n'est pas critiquer la motivation des fonctionnaires des services de santé des autres cercles mais simplement illustrer les contraintes que la situation fiscale actuelle au Mali impose aux services publics productifs que de signaler que plusieurs

---

<sup>25</sup> Calcul fait par les auteurs en comparant les effectifs des AM tels que donnés dans le budget régional pour 1981 aux chiffres du recensement de 1976 (Recensement, volume I, pp. 13-16).

observateurs ont fait part aux auteurs du contraste qui existe entre le niveau d'activité relativement élevé de l'AM de Koro et celui dans d'autres cercles du pays. Il semble que le personnel des autres régions travaille au-dessous de sa capacité et, qu'autrement dit, celui de Koro assume simplement une charge normale de travail.

Du point de vue des stimulants matériels, l'indemnité journalière allouée par le PSR (avec les fonds de l'USAID) pour les tournées de supervision et autres déplacements hors du poste de base (que ce soit la ville de Koro ou un chef-lieu d'arrondissement) représente une augmentation en pourcentage du salaire journalier considérablement plus importante pour les fonctionnaires d'échelon inférieur que pour le médecin-chef (par exemple : 130% pour les aides-soignantes de 5ème catégorie). Indépendamment de ces stimulants matériels et des directives dont ils bénéficient, certains fonctionnaires de l'AM sont convaincus que le projet aide déjà, ou aidera éventuellement, à améliorer l'état de santé de la population de Koro, et sont heureux de faire le travail supplémentaire voulu plutôt que passer ce temps-là à ne rien faire. Ce qui ne veut pas dire, par ailleurs, que ces mêmes personnes envisagent nécessairement avec plaisir la perspective de passer plus de trois ou quatre ans dans l'isolement relatif de Koro.

### III. COUTS

Le Club du Sahel et le Comité Permanent Inter-Etats pour la Lutte contre la Sécheresse dans le Sahel (CILSS) soulignent la distinction entre dépenses récurrentes et non récurrentes pour les programmes de développement dans le Sahel. On trouvera ci-dessous la définition de ces deux notions donnée dans le rapport Club du Sahel/CILSS sur les dépenses récurrentes daté de 1980 :<sup>26</sup>

1. Dépenses récurrentes : L'ensemble des flux annuels de dépenses brutes de l'Etat et de ses agences, en monnaie locale et en devises, occasionnées par le fonctionnement et l'entretien d'une capacité installée, génératrice de bénéfices socio-économiques, quelle que soit la source de financement de ces dépenses, intérieure ou étrangère.
2. Dépenses non récurrentes : Toutes les dépenses qui ont permis la mise en place de cette capacité, indépendamment de la nature de la dépense (achats de bien de capital ou courants, paiements de salaires, ...), du type de paiement correspondant (en devises ou monnaie locale) et de la source de financement sollicitée ou obtenue. Les termes de "dépenses non récurrentes", de "dépenses de mise en place" et de "dépenses de développement" seront considérées ci-après comme synonymes.

---

<sup>26</sup> Club du Sahel/CILSS, op.cit., p. 19. Les deux auteurs ont participé au groupe de travail qui a préparé le rapport, l'un (Gray) comme co-rapporteur et l'autre (Sankaré) comme consultant indépendant.

L'importance, du point de vue d'une politique générale, de la distinction entre dépenses récurrentes et non récurrentes découle d'une présomption de la part des analystes de politique macroéconomique, représentant tant le point de vue des pays donateurs que celui des pays bénéficiaires, qu'il est inéconomique pour les pays en développement d'établir une capacité productive dont le fonctionnement et l'entretien ne peuvent être financés dans un avenir prévisible avec des ressources intérieures, que ce soit par un recouvrement direct des coûts ou des allocations au budget national; alors que, de l'autre côté, c'est une pratique d'administration de développement tout à fait valable pour un pays donateur de financer une part importante, voire la totalité, de n'importe quelle catégorie des coûts occasionnés par l'établissement d'une capacité productive dans un pays pauvre possédant une capacité d'épargne particulièrement limitée. Pour être plus concrets, il est généralement considéré peu souhaitable de lancer des projets ou programmes dont le fonctionnement continu à long terme dépend de flux d'aide étrangère, alors que, par ailleurs, il n'y a aucune raison économique pour les pays donateurs d'éviter de financer les coûts locaux d'établissement d'une capacité productive, y compris les coûts de personnel du secteur public ou du secteur privé, ainsi que les dépenses quasi récurrentes sous la forme de dépenses de fonctionnement et d'entretien de projets dont l'accomplissement nécessite des années d'expérimentation avant qu'une capacité productive puisse être dite vraiment établie.

Nous reconnaissons l'ambiguïté née de ces restrictions contre le financement des dépenses récurrentes dans les secteurs sociaux, particulièrement ceux de l'éducation et de la santé, dont la plus grande part ou la totalité des

dépenses de fonctionnement et d'entretien peuvent être considérées comme un investissement dans une capacité humaine. De ce fait, les pays donateurs sont poussés à envisager des engagements à long terme pour le financement des dépenses de fonctionnement et d'entretien de ces secteurs. Autre ambiguïté à noter : comment déterminer le niveau des dépenses récurrentes d'un projet ou programme, au-delà de celles recouvrables directement auprès des utilisateurs ou bénéficiaires, qu'un pays peut "se permettre" de couvrir avec les fonds publics vu que chaque gouvernement est souverain en ce qui concerne les affectations de son budget national. Il n'y a pas de solution à ce problème si ce n'est d'aider le gouvernement en question à déterminer l'utilité sociale marginale d'utilisation de ses ressources fiscales dans différents secteurs et activités, et à prendre des mesures (accroître les dépenses ici, les réduire là) pour égaliser l'utilité marginale dans tous les secteurs.

Dans la mesure où il est permis de dire que l'Etude de Projet de l'USAID d'août 1976 reflète un consensus du gouvernement malien et de l'USAID sur le PSR, elle montre que les fondateurs du projet adhèrent au principe qu'une part importante des dépenses récurrentes, notamment celles occasionnées par l'utilisation de produits pharmaceutiques, devrait être à la charge des bénéficiaires directs ou de leurs familles, et que le reste devrait être suffisamment modeste pour que le gouvernement puisse dans un avenir prévisible le couvrir avec les ressources budgétaires locales, en conformité avec la volonté exprimée d'accroître graduellement la part des revenus publics allouée au bien-être rural.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Cf. USAID, op. cit., pp. 21 et 49.

En même temps, le plan financier du projet montre que l'USAID était prête à assumer une proportion importante des dépenses de fonctionnement et d'entretien--notamment tout ce qui a trait aux frais de transport, au matériel et aux fournitures (y compris la part des dépenses en médicaments non recouvrable auprès des bénéficiaires), et certains frais de personnel supplémentaires (mais pas les salaires des fonctionnaires affectés au projet)--durant la phase d'établissement, sans parler de la quasi totalité des frais de l'assistance technique étrangère. En fait, l'USAID convenait de traiter ces dépenses quasi récurrentes comme des dépenses non récurrentes d'établissement de projet, obéissant en cela à la définition donnée par la suite par le rapport Club du Sahel/CILSS.

Adoptant aussi les principes sous-jacents de ce rapport, la présente section distingue les dépenses récurrentes et non récurrentes du PSR, et se concentre sur la mesure du niveau minimum de dépenses qui devront être engagées à l'avenir pour simplement faire fonctionner et entretenir la capacité de production de services de santé villageois qui a été établie durant les trois premières années du PSR.

#### Projections de coût de l'USAID

L'Etude de Projet d'août 1976 énonce que l'un des objectifs fondamentaux du PSR est de produire des services de santé villageois pour un coût opérationnel annuel de 2 dollars U.S. ou moins par personne "afin que l'expansion et la reproduction de ces services par le GDM (Gouvernement du Mali) soit financièrement faisable."<sup>28</sup> Le chiffre de 2 dollars est basé sur une dépense par personne pour la santé de 1,70 dollars prévue au budget

---

<sup>28</sup> USAID, op. cit., p. 13.

national de 1975. Cependant, il s'avère que ce calcul a été gonflé de presque 25% par le taux d'échange de 400 FM pour 1 dollar utilisé pour convertir le budget (38 milliards de FM sont égaux à 95 millions de dollars qui sont divisés par la population estimée pour 1975 de 5,6 millions, donnant environ 17 dollars, multipliés par dix pour cent, qui est la proportion du budget secteur santé ces dernières années), alors que le taux d'échange officiel, donné deux paragraphes plus loin et appliqué dans le reste de l'Etude, était de 490 FM pour 1 dollar.<sup>29</sup> Avec ce taux, les dépenses de santé par personne pour 1975 auraient été de 1,38 dollar, disons 1,40.

Un autre ajustement découle du recensement de 1976, dont les résultats n'étaient pas disponibles à l'époque et donnent une population totale de 6,4 millions,<sup>30</sup> soit 6,23 millions pour 1975 en supposant un taux de croissance de la population de 2,7%;<sup>31</sup> les dépenses de santé rectifiées par personne pour 1975 sont donc de 1,24 dollar (= 38 milliards de FM x 0,10 / 6,23 millions / 490).

Avant de passer aux prévisions détaillées des coûts, il est intéressant de réévaluer le chiffre de 1,24 dollar sur la base du budget et des données démographiques pour 1981. Le budget actuel pour 1981 totalise 79 milliards de FM; l'appropriation du Ministère de la Santé Publique et des Affaires Sociales plus les allocations régionales pour la santé et les affaires

---

<sup>29</sup> USAID, op. cit., pp. 49-50.

<sup>30</sup> Recensement, Vol. I, p. 1.

<sup>31</sup> Cf. Population Reference Bureau, 1980, carte démographique mondiale.

sociales s'élèvent à 6,7 milliards de FM, soit 8,5% du budget; avec un taux de croissance de 2,7% par an, de 6,4 millions en 1976 la population serait passée à 7,3 millions en 1981, ce qui donne un budget sanitaire par personne de 920 FM. La conversion en dollars est un peu délicate vu les fluctuations constantes du franc français (auquel le franc malien est lié) à l'heure actuelle. Néanmoins nous suggérons d'utiliser le taux de 500 FM pour 1 dollar, ce qui donne une allocation réévaluée de 1,84 dollar par personne.

L'Etude de Projet passe ensuite au calcul du coût annuel occasionné par le fonctionnement d'un programme de démonstration de services de santé villageois dans un arrondissement comportant 40 villages et ayant une population de 20 000 habitants. Ce calcul est reproduit dans sa totalité au tableau 2 afin de pouvoir être comparé avec les prévisions suivantes présentées plus loin.

Le total de 13,9 millions de FM est ensuite divisé par la population de 20 000 pour arriver à la dépense projetée de 700 FM par personne, convertie en dollars au taux d'échange de 490 FM pour 1 dollar, soit 1,43 dollar.

Le budget donné au tableau 2 est éminemment un budget de dépenses récurrentes puisqu'il n'inclut aucune allocation pour les frais de formation des ASV, une dépense non récurrente de formation du capital humain.

D'un autre côté, ce budget originel exclut également des éléments importants de dépenses récurrentes que l'expérience acquise depuis sur le terrain suggère comme indispensables à la continuation du PSR, par exemple : participation du personnel des bureaux de cercle, y compris le médecin-chef

Tableau 2

Coût annuel projeté des services de santé villageois du PSR  
dans l'arrondissement de démonstration selon l'Etude de Projet  
de l'USAID de 1976

(tous les chiffres sont donnés en francs maliens)

Personnel

- Agent de santé rurale; un par arrondissement à 300 000 FM par an	300 000
- Agent de santé publique de cercle; 1/6ème du temps par arrondissement à 480 000 FM par an	80 000
- Adjoint de santé publique régional; 1/36ème du temps par arrondissement à 600 000 FM par an	16 600
- Animatrice de santé de village; 80 par arrondissement sans salaire MDS	0
Sous-total, Personnel:	<u>396 600</u>

Transport

- Mobylette pour l'agent de santé rurale; une par arrondissement à 120 000 FM; amortissement sur trois ans	73 500
- Fonctionnement et réparations à 20 FM/mile pour 5 000 miles	100 000
- Mobylette pour l'agent de santé publique de cercle; 1/6ème par arrondissement; amortissement, fonctionnement, réparations	52 000
- Véhicule à quatre roues motrices (y compris pièces détachées) pour l'adjoint de santé publique régional; 1/36ème de l'amortissement sur 4 ans de 5 390 000 FM	38 000
- Fonctionnement, réparations, 900 000 FM/36 à 150 FM/mile pour 6 000 miles (30 cents/mile)	26 000
Sous-total, Transport	<u>288 000</u>

Equipement et fournitures

- Pèse-bébés, un par village (50 villages) à 20 000 FM chaque; amortissement sur 5 ans	200 000
- Feuilles de courbe du poids et autre matériel d'enregistrement à 40 FM par personne x 20 000	800 000
- Matériel promotionnel et fournitures à 40 FM par personne x 20 000	800 000
Sous total, Equipement et fournitures	<u>1 800 000</u>

67x

Médicaments

- Médicaments fournis dans la zone locale de démonstration, distribution gratuite à 400 FM par personne x 20 000 9 800 000

Services existants

- Estimation de la valeur actuelle des services de santé fournis par les installations sanitaires existantes à 80 FM par personne 1 600 000\*

TOTAL 13 884 600

\* Erreur typographique dans le document d'origine qui comportait le chiffre de 3 600 000.

Source : Etude de Projet de l'USAID, 16 août 1976, pp. 50-52.

lui-même, outre l'agent de santé publique de cercle prévu; et frais administratifs aux niveaux régional et national en dehors du 1/36ème du temps et de l'utilisation de véhicule de l'adjoint de santé publique régional figurant au tableau.

La prépondérance des produits pharmaceutiques dans la structure des coûts du tableau est immédiatement manifeste; ils représentent 71% du coût total et 80% du coût additionnel imputable au PSR (c'est-à-dire coût total moins dépenses pour les services existants). Par la suite, lors des prévisions budgétaires en dollars, l'Etude suppose que "l'équivalent de deux dollars en médicaments sera fourni pour chaque habitant de la région de démonstration

pour chaque année de la période active du projet."<sup>32</sup> Ailleurs, il est dit que le gouvernement recouvrera 1 dollar par personne et par an sur la vente de médicaments à la population locale. Bien que cela ne soit pas explicite dans les prévisions budgétaires, ceci expliquerait la différence entre le chiffre de 1 dollar utilisé au tableau 2 pour les dépenses en médicaments par personne et celui de 2 dollars cité ci-dessus

La description sommaire du PSR contenue dans l'Accord de Projet GRM/USAID signé en 1977 modifie quelque peu cette image en déclarant, "Durant la vie du projet, des médicaments et de l'équipement venant de l'AID seront fournis . . . à (un taux de) 2,00 dollars par personne par année dans l'arrondissement de démonstration."<sup>33</sup> Ce document dit que l'un des objectifs du PSR est d'établir un système avec "un budget de fonctionnement annuel qui n'excédera pas 3,00 dollars U.S. par personne." Il fait allusion à un recouvrement des coûts par la vente de médicaments mais sans quantification.

Quoi qu'il en soit, l'objectif implicite paraît être d'établir un système qui puisse fonctionner à un coût annuel par personne de moins d'un dollar net sans compter les médicaments et l'équipement payés par l'AID. Le tableau 2 laisse supposer que ce montant pourrait n'être que de 22 cents américains, dont les trois quarts correspondent aux dépenses faites pour les services existants, ce qui

---

<sup>32</sup> USAID, op. cit., p. 56.

<sup>33</sup> GRM/USAID, 1977, p. 4. Dans le passage cité, le soulignement a été ajouté.

donne un coût de fonctionnement annuel additionnel de seulement 6 cents par personne !<sup>34</sup>

Avant de passer, à des fins de comparaison, à des estimations de dépenses plus récentes basées sur des résultats concrets, il est nécessaire d'ajuster les chiffres donnés dans l'Etude de Projet pour tenir compte de l'inflation. Le déflateur du produit intérieur brut utilisé par le Ministère malien du Plan donne un ratio de 1,18 pour les prix 1978 par rapport à ceux de 1976, ce qui implique une inflation annuelle de 9%. En utilisant ce taux pour faire une projection pour 1981, ce qui est très probablement une sous-estimation, on obtient un ratio 1981:1976 de 1,53 qui est légèrement inférieur à l'augmentation de 61% de l'indice des prix de gros aux Etats-Unis entre le premier trimestre de 1976 et celui de 1981.<sup>35</sup> Si nous choisissons un taux de 60%, nous pouvons dire que les dépenses en médicaments de 1 ou 2 dollars prévues par l'Etude de Projet en 1976 correspondent à 1,60-3,20 dollars aux prix actuels, qu'un plafond de dépenses de fonctionnement de 3 dollars correspond à 4,80 dollars et qu'une dépense nette d'arrondissement de démonstration de 1,43 dollar aux prix 1976 correspond à environ 2,30 dollars actuels.

#### Estimation des dépenses de Sissoko-Kelly

Le rapport de Sissoko-Kelly intitulé "Le Projet Santé Rurale/Mali, Après 18 mois sur le terrain - Evaluation et Stratégie Préliminaires",

<sup>34</sup> Correspond aux sous-totaux pour les rubriques Personnel et Transport, moins les deux articles d'amortissement de cette dernière, totalisant 573 100 FM, divisés par un taux d'échange de 490 et une population de 20 000.

<sup>35</sup> Selon la publication du FMI, International Financial Statistics.

daté du 29 février 1980, contient la première analyse détaillée des dépenses du PSR sur le terrain fondée sur des résultats réels de fonctionnement (1978-79). Ce rapport fait l'estimation du coût total d'une année d'activité comportant : deux stages de formation d'H-S ainsi que le travail de sensibilisation nécessaire pour recruter 40 H-S dans 20 villages, les donations de médicaments pour établir des pharmacies dans 20 villages, la supervision de 40 H-S pendant une année entière, et toutes les autres dépenses de l'AM imputables au PSR. Le tableau 3 récapitule ces estimations :<sup>36</sup>

Tableau 3

Coût annuel de l'initiation et de la supervision des  
hygiénistes-secouristes dans 20 villages selon Sissoko-Kelly

1. <u>Initiation de 20 H-S</u> : (tournées de sensibilisation, un stage de formation, mise en place de 10 pharmacies villageoises) :		
Salaires du personnel de l'AM, sur la base d'un pourcentage du salaire mensuel selon la proportion de temps alloué, max. 80%	219 000	
Hébergement, rations et fournitures pour 20 stagiaires (8 125 FM par stagiaire)	162 500	
Transport, Land Rover et mobylettes	430 800	
Indemnités journalières du personnel pour les stages et les visites sur le terrain	90 000	
Autres dépenses (bureau, fournitures, etc.)	20 000	
Sous-total pour 20 H-S, 10 villages	922 300	
Total pour 40 H-S, 20 villages (2 x 922 300 FM)		1 844 600
2. <u>Don initial de médicaments</u> 20 villages x 30 000 FM		600 000
3. <u>Supervision, contrôle et recyclage au village</u> (coût par village)		
Salaires du personnel de l'AM : médecin-chef - 2 visites par an à chaque village		

<sup>36</sup> Sissoko-Kelly, février 1980. pp. 11-15

équipe de deux personnes -1/2 jour par mois	22 000	
Transport, Land Rover et mobylettes	36 720	
Indemnités journalières	14 000	
Fournitures pour H-S et personnel de l'AM	6 000	
Sous-total par village	<u>78 720</u>	
Total pour 20 villages (20 x FM 78 720)		1 574 400

4. frais généraux du PSR pas directement imputables à la formation et à la supervision

Transport, Land Rover		
Voyages mensuels à Mopti (400 km)	763 200	
Voyages trimestriels à Bamako (2000 km)	1 272 000	
Utilisation par d'autres services du cercle (qui payent l'essence)	480 000	
Transport, mobylettes		
Dotation hebdomadaire de 3 litres de mélange pour l'usage personnel de 6 personnes de l'AM	374 400	
Sous-total, transport	<u>2 889 600</u>	
Salaires du personnel de l'AM :		
Médecin-chef, administration du PSR (35%)	401 200	
Technicien de développement communautaire, travail statistique (25%)	150 000	
Sous-total, salaires	<u>551 200</u>	
Enquêtes médicales dans 12 villages	386 000	
Total frais généraux		<u>3 827 200</u>
 Total général		<u><u>7 846 200</u></u>

Le total général est ensuite divisé par le chiffre estimé de la population de l'arrondissement de Toroli, moins celle du chef-lieu qui est servie par un dispensaire qui n'a pas encore été touché par le PSR.<sup>37</sup>

Le résultat est un coût total par personne de 502 FM.

Le rapport signale par la suite qu'une estimation des dépenses complètes des soins de santé primaires fournis par le PSR/Koyo devrait inclure

<sup>37</sup> Le rapport utilise le chiffre de population de 17 499 moins 1 894 pour le chef-lieu. Les résultats du recensement de 1976, qui n'étaient pas disponibles lors de la préparation du rapport, donnent 20 781 et 2 224 respectivement (Recensement, Vol. I, p. 16 et Vol. III, p. 141). En divisant le chiffre des dépenses totales de Sissoko-Kelly par le nouveau chiffre de population de 18 557 on obtient un chiffre de dépenses par habitant de 423 FM.

(i) les frais généraux encourus par les bureaux de Mopti et de Bamako, (ii) les frais de formation et de supervision des matrones rurales (une par chef-lieu d'arrondissement) et AT, pour lesquelles des préparations étaient en cours lorsque ce rapport a été rédigé, et (iii) une session annuelle de recyclage pour les 40 H-S compris dans l'analyse.

Alors que l'analyse des dépenses faite par Sissoko-Kelly est riche en données très utiles et qu'elle prend grand soin d'énoncer clairement ses hypothèses, ce qui a été d'un grand concours aux auteurs du présent rapport pour l'actualisation des chiffres, ses conclusions ne répondent pas complètement aux besoins analytiques exposés dans l'introduction de cette section, et ce pour deux raisons. Premièrement, le chiffre de 502 FM par personne (423 FM sur la base des données démographiques de 1976) est un composite fictif puisqu'il serait impossible de sensibiliser les villages, recruter des H-S, tenir deux stages de formation et effectuer 12 tournées mensuelles de supervision des ASV formés, le tout en une seule année. Et, deuxièmement, l'analyse mélange les dépenses récurrentes et non récurrentes.

La charge importante des frais généraux, qui représentent 49% du total général des coûts de Sissoko-Kelly, est apparente lorsqu'on examine le tableau 3. Deux tiers de ces frais généraux correspondent à des frais de fonctionnement de la Land Rover du PSR/Koro à des fins autres que la sensibilisation, la formation et la supervision, notamment des voyages mensuels à Mopti et trimestriels à Bamako. On pourrait soupçonner que tous ces voyages suffiraient pour supporter un volume d'activité plus important que la formation et la supervision des H-S de 20 villages. En fait, de mars 1980 à février 1981, l'AM de Koro a organisé trois stages pour les H-S et deux pour les AT, assuré la supervision mensuelle des ASV alors en place, et ce

sans un nombre plus élevé de voyages à Mopti et à Bamako que celui envisagé par Sissoko-Kelly.

#### Problèmes liés à une analyse des coûts du PSR

Avant de procéder à l'actualisation des estimations de Sissoko-Kelly pour Koro, il convient d'examiner certains problèmes généraux liés à l'analyse des coûts du PSR, à commencer par ceux découlant de la distinction entre dépenses récurrentes et non récurrentes faite au début de cette section.

En premier lieu, les contraintes fiscales exposées dans la Section IV encouragent fortement à rechercher des moyens et méthodes d'assurer que le PSR impose une charge minimum aux budgets du gouvernement malien une fois que le financement de l'USAID aura cessé, tout au moins en ce qui concerne les dépenses récurrentes comme définies par le Club du Sahel/CILSS. Dès lors, il devient important de déterminer le niveau minimum qui permettra à la capacité productive établie par le PSR--c'est-à-dire l'infrastructure humaine et institutionnelle qui produit des services de santé pour les villageois-- de continuer à fonctionner à plus ou moins son niveau actuel de rendement. (Nous ne cherchons pas à maintenir le rendement actuel à 100% car il pourrait s'avérer que la réalisation des derniers 10% absorbe des ressources de manière disproportionnée par rapport aux avantages additionnels correspondants.)

Dans cette perspective, nous devons donc examiner de près les estimations de Sissoko-Kelly et toutes les données de coût suivantes pour isoler les catégories de dépenses qui, pour quelque utiles qu'elles soient, représentent un accroissement de la capacité productive du PSR et pas simplement sa

préservation. Manifestement, toutes les activités visant à intégrer de nouveaux villages au programme, notamment la sensibilisation, le recrutement, la formation et la mise en place de pharmacies villageoises, sont liées à l'expansion plutôt qu'à l'entretien de la capacité existante. La conséquence implicite de cette distinction, pour une politique générale, est que l'USAID et les autres organismes donateurs devraient être heureux de financer des activités qui conduisent à l'expansion de la capacité sanitaire, mais il n'est pas raisonnable (ni n'est-ce là une allocation optimale de ressources d'assistance limitées) de leur demander de le faire lorsque les ressources locales, que ce soit par le biais d'un recouvrement direct du coût ou de subventions budgétaires, manquent pour faire fonctionner et maintenir la capacité établie avec ces ressources d'assistance.

En second lieu, la question se pose de comment traiter les dépenses en médicaments dans ce contexte. Les budgets de l'Etude de Projet de l'USAID et du rapport Sissoko-Kelly diffèrent de façon frappante en ce qui concerne le traitement de cet élément de dépenses (comparer les tableaux 2 et 3). Celui de l'USAID inclut les dépenses totales de la consommation annuelle de médicaments projetée alors que celui de Sissoko-Kelly n'inclut que la valeur des dons initiaux aux pharmacies villageoises. Par suite, les médicaments représentent 71% des dépenses totales projetées par l'USAID par rapport à 8% seulement de celles projetées par Sissoko-Kelly. Bien entendu, ceci est en partie expliqué par le fait que le taux de consommation de médicaments du PSR/Koro--118 FM par personne selon Sissoko-Kelly, 85 FM dans les 25 villages étudiés par Letarte, comme

on l'a vu à la Section II--a été bien inférieur au coût net de 490 FM par personne projeté par l'USAID, sans parler du coût brut de 2 dollars (980 FM) cité ailleurs dans l'Etude de Projet. Le reste de l'explication vient du fait que le produit des ventes, sur la base des prix appliqués par la Pharmacie Populaire, excède substantiellement le coût caf (CIF) d'importation des médicaments des Etats-Unis, une question qui sera abordée dans la Section IV. Tenant compte de cette comparaison, Sissoko-Kelly traitent la distribution de médicaments, après le don initial, comme une composante auto-financée du PSR--et même une composante qui crée un revenu net pour le projet-- et l'excluent de leur estimation des coûts.<sup>38</sup>

En définissant les dépenses récurrentes comme "brutes", le rapport Club du Sahel/CILSS indique sa préférence pour une détermination des dépenses récurrentes avant la soustraction des dépenses recouvertes, comme par la vente de médicaments. Dans le cas du PSR, il y a certes des raisons valables de déterminer les dépenses brutes incluant les ventes de médicaments; d'un autre côté, les ventes de médicaments peuvent figurer à côté des autres coûts au lieu d'être incorporées au total. Dans le cas présent, nous préférons ne pas les inclure au total afin d'avoir la possibilité, dans la Section IV, d'arguer que les énormes marges entre les coûts caf à l'importation et les prix de la Pharmacie Populaire appliqués par le PSR pour les médicaments représentent un fardeau inique pour les consommateurs, qui

---

<sup>38</sup> La théorie économique nous enseigne, bien sûr, que ces deux explications ne sont pas indépendantes l'une de l'autre. Une proportion inconnue, mais peut-être importante, de la différence entre la consommation réelle de médicaments et celle projetée par l'Etude de Projet est due à des prix de vente élevés dont l'effet n'avait pas été prévu par l'USAID.

découle de l'organisation inefficace de la distribution des médicaments au Mali, plutôt qu'une méthode valable de recouvrer les coûts du PSR pour compenser une partie des dépenses faites par le gouvernement pour le projet. Désormais, nous appliquerons la même méthode que Sissoko-Kelly et exclueront les ventes de médicaments des dépenses du projet, à la différence que les dons initiaux de médicaments seront traités comme des dépenses non récurrentes.

La troisième question soulevée par la distinction entre dépenses récurrentes et non récurrentes, pour une analyse des coûts, est comment traiter les coûts actuellement encourus au niveau national et, à un degré moindre, au niveau régional, et quelles hypothèses faire en ce qui concerne le niveau de ces coûts à l'avenir. Il est clair que la majorité des coûts encourus au niveau national--on pourrait même dire international--sont liés à l'assistance technique fournie dans le cadre du contrat du Gouvernement du Mali avec HIID et du sous-traité de HIID avec EDC. A la date du 31 décembre 1980, HIID avait dépensé 1,6 million de dollars, alors que les dépenses cumulées du Ministère de la Santé Publique payées par le fonds de roulement et admissibles pour remboursement par l'USAID--c'est-à-dire tous les autres frais du PSR à l'exception des importations de médicaments et de véhicules et de la formation de participants à l'étranger--correspondaient à environ un dixième de cette somme. Au cours de l'année civile 1980, HIID a dépensé 687 000 dollars, alors que le PSR/Koro semble avoir dépensé un peu moins de 8 millions de FM, soit environ 19 000 dollars au taux d'échange moyen applicable en 1980.<sup>39</sup> Le PSR/Koro et Yélimané ensemble semblent

---

<sup>39</sup> Les détails des dépenses de HIID ont été fournis par le service financier de HIID. L'estimation des dépenses de Koro est basée sur les comptes de Koro pour la période septembre-novembre 1980, selon les calculs de Letarte. Les dépenses pour ces trois mois étaient de 2,5 millions FM, y compris les frais occasionnés par un stage de formation d'H-S. Le taux était probablement inférieur pour la période précédente parce qu'il y avait moins d'H-S et pas d'AT à superviser. Taux d'échange moyen de 4,23 FM pour 1 dollar, selon International Financial Statistics.

représenter moins de la moitié des débours du fonds de roulement, quoique les comptes du projet ne permettent pas de récapituler aisément les achats du bureau de Bamako effectués pour le compte du projet sur le terrain.

Les auteurs n'entendent pas critiquer le schéma de dépenses du PSR jusqu'ici; ils n'ont aucune base pour juger dans quelle mesure les résultats obtenus par les opérations à Koro et Yélimané et la quantité de données dont on dispose pour évaluer le projet et prévoir sa direction future auraient été affectés si moins d'assistance technique étrangère avait été fournie ou si moins de ressources avaient été allouées pour le renforcement de la direction centrale du PSR. Ils font simplement remarquer que, jusqu'ici, les dépenses encourues ailleurs que sur le terrain dépassent de loin les dépenses encourues au niveau de Koro et de Yélimané, et que si elles devaient continuer au même taux il est presque certain qu'elles excéderaient largement tous les avantages produits dans ces deux cercles seuls. Dès lors, les mises de fonds en question doivent être justifiées comme étant essentiellement des dépenses non récurrentes requises pour le lancement du PSR et l'établissement d'une base pour sa reproduction dans d'autres cercles du Mali. D'où les références faites dans la littérature de l'USAID au PSR comme un "système de santé rurale de démonstration . . . (appelé à servir) de base pour un système national de santé rurale."<sup>40</sup>

Reste à résoudre la question de quelle infrastructure bureaucratique, appliquant quel schéma de dépenses, serait "requis" pour maintenir un PSR déjà "établi" au niveau de production qui a été fixé pour le projet actuel. La réponse à cette question dépend pour beaucoup des hypothèses faites en ce qui concerne la distribution des médicaments et la gestion des véhicules,

---

<sup>40</sup> GRM/USAID, Accord de Projet, p. 1

sujets que nous examinerons de plus près par la suite. Dans la mesure où le siège du projet, défini en termes généraux comme recouvrant tous les organismes et services concernés par la mise en oeuvre du PSR au niveau national, conserve ses responsabilités actuelles en la matière, des cadres maliens devront être désignés pour reprendre les fonctions maintenant assurées par les conseillers étrangers et l'organisme donateur lui-même, l'USAID. On peut également envisager d'autres solutions qui économisent sur l'apport bureaucratique.

Au stade actuel, nous nous contenterons de définir un taux de frais généraux national-régional de X, qui devra être appliqué à nos estimations ultérieures des dépenses de terrain du PSR pour garantir un système viable.

Une dernière question de portée générale à aborder dans le cadre d'une analyse des coûts est la distinction entre dépenses pré-existantes et dépenses additionnelles, notamment pour ce qui touche aux frais de personnel du personnel de l'AM. Comme nous l'avons déjà remarqué dans la Section II, au lieu de requérir l'embauche de nouveau personnel ou la réaffectation de personnel au niveau du cercle, le PSR a pourvu le personnel en place avec les moyens de travailler de façon productive. La question dès lors est de savoir si les salaires et les avantages sociaux du personnel de l'AM devraient être inclus dans les estimations de coût du PSR selon le pourcentage de temps alloué au projet. Leur travail pour le PSR représente une ressource réelle dont il doit être tenu compte lorsqu'on détermine le total des ressources engagées dans le projet. D'un autre côté, en termes de coût d'opportunité, il s'agit là d'un apport virtuellement gratuit dans le sens où en affectant le personnel au PSR on ne renonce à aucun avantage

social autre qu'un certain temps de loisir. En fait, son affectation est plus susceptible de produire un coût social négatif (c'est-à-dire un avantage additionnel) en lui donnant le sentiment de participer à un service utile pour la communauté et en empêchant la démoralisation et la détérioration des habitudes de travail.

Vu que la main-d'oeuvre requise pour faire le travail est déjà comprise dans l'état nominatif, et que le gouvernement a montré qu'il était prêt à réduire les dépenses matérielles à presque rien pour préserver la stabilité de l'emploi dans le secteur public, il est justifié qu'une étude qui, comme la nôtre, cherche à déterminer s'il est faisable de couvrir les coûts additionnels du PSR, compte tenu des contraintes fiscales et institutionnelles du Mali à court terme, effectue une mesure des dépenses récurrentes occasionnées par le niveau actuel d'activité qui ignore les charges de personnel. En même temps, il ne faut pas oublier qu'il y a une échelle d'activité qui épuise le potentiel non utilisé du personnel et au-delà de laquelle aucune expansion ultérieure n'est possible sans de nouvelles affectations de personnel, associées éventuellement à une réorganisation administrative.

En ce qui concerne Koro, le docteur Hamar a déclaré aux auteurs que son personnel était maintenant pleinement occupé et ne pouvait assumer la supervision d'ASV dans d'autres villages vu ses autres responsabilités, y compris certaines activités spéciales prévues dans le cadre du PSR comme la campagne de nivaquinisation prévue pour la période juin-novembre 1981. De ce fait, l'AM de Koro a abandonné ses plans pour la formation de nouveaux ASV et l'ouverture de nouvelles pharmacies dans le courant de l'année. Il sera tenu compte de ces limites de personnel lorsque nous calculerons l'impact

des dépenses récurrentes pour l'extension du PSR aux quatre arrondissements du cercle de Koro qui demeurent plus ou moins terre vierge.

Données récentes sur les dépenses du PSR/Koro

Pour ce faire une idée du schéma actuel des débours à Koro, il convient d'étudier la récapitulation faite au tableau 4 des dépenses du PSR/Koro durant les mois de septembre, octobre et novembre 1980, la dernière période pour laquelle des dépenses réparties selon les catégories budgétaires soient disponibles.

Tableau 4

Dépenses du PSR/Koro de septembre à novembre 1980

(en milliers de francs maliens)

Programme d'hygiénistes-secouristes

Formation de décembre 1980 :		347
Tournées de sensibilisation	97	
Stage de formation*	250	
Tournées de supervision (quatre cohortes d'H-S)		144

Programme d'accoucheuses traditionnelles

Tournées de supervision (une cohorte d'AT)		34
--	--	----

<u>Enquête épidémiologique (malaria)</u>		39
--	--	----

<u>Autres enquêtes</u>		18
------------------------	--	----

Hors programme (frais généraux)

Transport (sous-total)	1 034
Koro-Bamako	152
Koro-Mopti	114
Dotation hebdomadaire de mélange	152
Réparations de mobylettes	388
Réparations de la Land Rover	228
Salaire, gardien (maison HYID)	60

Sous-total, dépenses pour éléments budgétaires	1 675
--	-------

76x

### Divers et imprévus

Remboursement de dettes (août)	329
Congélateur (pétrole, réparations)	120
Transport (sous-total)	264
Huile, lubrification	104
Voyages à Mopti pour acheter de l'essence	56
Dépannages (pannes)	31
Indemnités diverses	22
Mélanges pour mobylettes (divers)	14
Perte d'essence (fuite)	10
Transport d'une matrone à Toroli	10
Mission à Karakinde (rougeole)	10
Tournée de villages avec le visiteur de l'USAID	7
Caisses de pharmacies villageoises**	45
Fournitures de bureau	19
	<hr/>
Sous-tota. , divers et imprévus	783
	<hr/>
TOTAL	2 458

\* Pour des raisons inconnues, ce chiffre exclut le transport et les indemnités journalières du personnel participant au stage.

\*\*Remboursable, en principe, par les villages

Source : Récapitulation faite par C. Letarte en décembre 1980 d'après les livres de comptes du PSR/Koro.

Les chiffres du tableau 4 ne sont pas exactement comparables à ceux de l'Etude de Projet de l'USAID (tableau 2) ou de Sissoko-Kelly (tableau 3) puisqu'ils excluent les salaires du personnel et ne tiennent pas compte de l'amortissement des véhicules, qui est inclus et calculé sur une base annuelle dans le budget de l'Etude de Projet et au taux de 80 FM par km dans celui de Sissoko-Kelly. Par ailleurs, le tableau 4 comporte un prix de l'essence plus élevé que le prix de 315 FM/litre applicable lors de l'étude de Sissoko-Kelly : 350 FM si l'essence est achetée à Mopti, 450 FM si elle est achetée à Koro (le gouvernement a augmenté ces deux prix de

100 FM deux jours après que les auteurs de ce rapport aient quitté Koro).

Le tableau 4 démontre une fois de plus la forte proportion des frais de transport dans les dépenses locales additionnelles du PSR. Si l'on soustrait du total de la rubrique "Divers et imprévus" le montant pour le remboursement de dettes, ce qui est justifié puisqu'une bonne partie de ces dettes étaient probablement liées à des postes de la catégorie "transport", et si l'on ajoute les frais d'essence pour la formation et la supervision des H-S (soit 178 000 FM provenant de feuilles de calcul séparées) aux deux sous-totaux de transport figurant au tableau (1 034 000 + 264 000), on obtient pour les dépenses de transport un ratio de  $1\,476/2\,129 = 69\%$ .

Ce chiffre correspond au résultat obtenu si l'on fait le même calcul avec les données de Sissoko-Kelly, en prenant comme dénominateur les dépenses totales du tableau 3 moins les salaires. Le ratio qui en résulte est de  $4\,655/6\,272$ , soit 74%, cette légère différence s'expliquant en grande partie par l'absence d'un amortissement pour les véhicules au tableau 4. Une comparaison peut aussi être faite avec les comptes de fonds de roulement soumis par le ministère à l'USAID. Ainsi, le relevé du 16 octobre 1980 impute 69% des dépenses cumulées jusqu'à cette date (53,4 millions FM), soit 36,7 millions FM, à la catégorie "voyages internes et entretien"; si l'on déduit les indemnités incluses sous cette catégorie, le pourcentage baisse de moins d'un point. Bien entendu, le fonds de roulement ne tient pas compte de l'amortissement des véhicules, quoique 4 millions FM aient été dépensés pour l'achat d'une voiture.

Une autre caractéristique révélée par le tableau 4 est le haut degré de flexibilité dans l'allocation des dépenses--ou, pour parler carrément, de relâchement de discipline budgétaire--rendu possible par le financement

local de l'USAID au moyen du fonds de roulement. Ceci se reflète dans le taux élevé des dépenses sous la rubrique "Divers et imprévus" par rapport aux dépenses inscrites au budget. Même si l'on soustrait le montant afférant au remboursement de dettes, il reste 454 000 FM de dépenses imprévues contre 1 675 000 FM pour les dépenses d'éléments budgétaires, soit un ratio de 0,27. Pour un médecin-chef qui ne reçoit du gouvernement que 112 000 FM par trimestre pour couvrir toutes ses dépenses matérielles, comme c'est le cas à Koro, la taille du budget du PSR est extraordinaire. (Nous verrons dans la Section VI que d'autres cercles de la région de Mopti sont dans le même cas.)

#### Estimation des dépenses récurrentes

Nous allons maintenant faire de nouvelles estimations des dépenses récurrentes du PSR/Koro, en commençant par les niveaux de dépenses actuels, puis nous considérerons les incidences financières de l'expansion des soins de santé primaires fondés sur des ASV aux arrondissements non couverts du cercle, et, enfin, étudierons des voies possibles pour la réduction des dépenses du programme.

Après consultation du médecin-chef et d'autre personnel du PSR, les auteurs en ont déduit que les dépenses récurrentes que supporterait le gouvernement pour le fonctionnement du système de services de santé fondé sur les ASV à Koro et son maintien au niveau actuel de production comprendraient trois éléments fondamentaux : 1) la supervision des ASV par le personnel de l'AM, 2) des stages de formation occasionnels pour remplacer les ASV qui sont en exode ou ont cessé d'exercer leurs fonctions, et 3) les frais généraux associés à ces deux activités.

A l'heure actuelle, la supervision se fait par des visites mensuelles dans les 46 villages.<sup>41</sup> Pour ce qui est des défections d'H-S, on n'est pas sûr de la fréquence à laquelle il faudrait organiser des stages pour former des ASV de remplacement. Au mois de mars 1980, sur les 33 H-S formés dans les trois premières cohortes, neuf étaient en exode--un chiffre décourageant.<sup>42</sup> Toutefois, un an et trois cohortes plus tard, au moins trois de ces travailleurs migrants avaient repris leurs fonctions d'H-S, et il n'y avait pas eu d'autre défection, ce qui donne une perte provisoire de seulement six H-S sur les 89 formés.<sup>43</sup>

Nous supposons que le nombre de défections futures ne nécessitera qu'un seul stage d'H-S tous les deux ans. En réalité, le fait d'offrir ce stage risque d'être tout aussi important pour le maintien du niveau actuel d'efficacité de la supervision des H-S par le personnel de l'AM--quel que soit ce niveau, les auteurs ne sont pas à même d'émettre un jugement--que pour celui du taux de couverture. Le remplacement de la majorité du personnel tous les trois ou quatre ans ne pouvant être évité, on ne peut imaginer de meilleure initiation pour le nouveau personnel que l'expérience acquise par la préparation, l'observation et peut-être même la participation comme formateur à un stage d'ASV.

Pour en venir aux AT, l'exode est hors de question pour la première

---

<sup>41</sup>Cf. PSR/Koro (31 mars 1981). Des données fournies aux auteurs après leur départ de Koro indiquent qu'à l'heure actuelle 42 villages seulement ont une pharmacie qui fonctionne, un 43ème ayant une AT recyclée par le PSR mais pas d'H-S. Nous ne savons comment justifier la différence portant sur trois villages. Peut-être l'H-S gérant la pharmacie est-il parti, laissant derrière lui un collègue qui n'a pas encore procédé à la réouverture de celle-ci.

<sup>42</sup>Sissoko-Kelly (mai 1980), pp. 24 et 26.

<sup>43</sup>Letarte (avril 1981, en cours de rédaction).

cohorte de 17 AT dont la moyenne d'âge était de 59 ans. Pas plus qu'il n'est susceptible d'être important dans le cas de la deuxième cohorte de 14 AT, malgré sa moyenne d'âge nettement plus basse (35 ans). Néanmoins, il faut tenir compte des retraites et des décès éventuels. Mais les chiffres ne justifient pas un cours spécial dans un avenir proche.

Le programme mensuel de supervision actuel de PSR/Koro est assuré par 12 membres du personnel, plus trois VCP, qui font 24 sorties à deux, soit 48 personne-sorties ou une moyenne de 3,2 sorties par personne.<sup>44</sup> Huit des employés maliens utilisent des mobylettes fournies par le projet dans le cadre d'un contrat de location-vente. Dorénavant, l'évaluation des dépenses liées à l'utilisation des mobylettes se fera selon une formule différente de celle utilisée pour les chiffres du tableau 4. En janvier 1981, la direction du PSR, préoccupée par le nombre croissant des factures de réparations dont le paiement incombait au projet sans limite aucune, a cessé de payer pour les réparations et a décidé provisoirement de passer à un système de paiements mensuels forfaitaires de 15 000 FM en mettant aussi un terme à la dotation hebdomadaire de 3 litres de mélange. Le personnel continuera à acheter les mobylettes, en payant 24 mensualités sans intérêt, à un prix de gros hors taxes qui, en avril 1981, était de 165 000 FM (l'exonération équivaut à 100% de ce montant).

Les trois VCP utilisent des mobylettes fournies par le Corps de la Paix. Les quatre autres fonctionnaires maliens utilisent soit leur propre véhicule (mobylette ou moto) soit un véhicule appartenant au projet. Les dotations d'essence et d'huile pour les tournées de supervision du mois

---

<sup>44</sup> Moyenne établie d'après le programme de supervision du mois d'avril, PSR/Koro (31 mars 1981).

d'avril s'élevaient à 134,5 litres à 600 FM le litre, soit 80 700 FM. Les indemnités journalières s'élevaient à 1 000 FM x 48 personne-sorties = 48 000 FM. En supposant huit paiements forfaitaires de 15 000 FM chaque, les débours mensuels pour la supervision totalisaient :

Carburant	80 700
Indemnités journalières	48 000
Paiements forfaitaires pour les mobylettes	<u>120 000</u>
	248 700 FM

soit 2,98, disons 3 millions FM par an.

A l'exception des huit mobylettes dont les propriétaires ont le droit de recevoir des paiements forfaitaires, ce chiffre n'inclut que les dépenses en carburant des sept autres mobylettes. A long terme, cet arrangement n'est pas viable, particulièrement en vue du fait que les trois VCP sont sur le point de partir (les auteurs ont été informés qu'il n'est prévu de remplacer qu'un seul de ces volontaires, la femme qui a aidé à démarrer la composante AT du PSR). La question se pose de savoir si la supervision peut être assurée, sans augmentation du coût, par onze personnes, ou même seulement huit. Ceci signifierait une augmentation du nombre moyen de personne-sorties par mois à 4,4 (environ une fois par semaine) ou même à 6 (une sortie hebdomadaire plus une seconde journée de déplacement pendant deux semaines du mois). Les auteurs ont l'impression que le premier nombre de sorties pourrait être possible, mais que celui de six tournées par mois serait considéré comme trop lourd.

Une répartition approximative des dépenses de supervision de 3 millions FM entre les composantes H-S et AT du PSR peut être faite sur la base des effectifs actuellement actifs dans les deux catégories, à savoir 73% (83 H-S) et 27% (31 AT), soit environ 2,2 millions et 0,8 million FM. Les ressources

engagées pour la supervision ne semblent pas varier beaucoup entre les deux catégories, en dehors du fait que le transport de comprimés à l'arrière de mobylettes entraîne plus de pertes que celui du matériel inclus dans la trousse des AT.

Pour en revenir à la question d'un stage de formation bisannuel, le tableau 5 donne notre estimation du coût actuel d'un tel exercice, précédé par deux visites de recrutement par village au lieu des trois supposées par Sissoko-Kelly,<sup>45</sup> puisque les villages dont les H-S seront remplacés connaîtront déjà le programme et sauront déjà ce que l'on attend d'eux.

Tableau 5

Estimation des dépenses occasionnées par un stage de formation pour remplacer 18 hygiénistes-secouristes qui cessent leurs fonctions

<u>1. Recrutement</u>	<u>FM</u>
a) Indemnités journalières du personnel	
2 personnes x 10 villages/2 villages par jour	
x 2 visites x 1 000 FM	20 000
b) Transport*	
2 mobylettes x 5 jours x 2 voyages x 70 km	
= 1 400 km/25 km par litre = 56 litres x 600 FM	<u>33 600</u>
Total Recrutement des H-S	53 600
<u>2. Formation</u>	
a) Indemnités journalières du personnel	
8 formateurs pendant 5 jours à 1 000 FM	40 000
1 médecin-chef pendant 2 jours à 2 000 FM	4 000
b) Transport	
2 chauffeurs pendant 2 jours à 1 000 FM	4 000
2 Land Rovers pour 365 km à 220 FM par km	160 600

<sup>45</sup> Sissoko-Kelly (29 février 1980), p. 11.

	<u>FM</u>
amortissement (10 millions de FM sur 100 000 km de vie utile)	100
entretien (10% de l'amortissement)	10
carburant (55C FM/litre, 5 km/litre)	<u>110</u>
total FM/km	<u>220</u>
c) Nourriture	
2 cuisiniers pendant 5 jours à 500 FM	5 000
28 personnes pendant 5 jours à 830 FM par ration journalière	116 200
d) Autres fournitures	
stylos à bille, cahiers, cartes d'enregistrement pour 18 stagiaires à 500 FM	<u>9 000</u>
Total Formation des H-S	338 800
<b>TOTAL GENERAL, Recrutement et Formation des H-S</b>	<b><u>392 400</u></b>

\*Les dépenses de mobylettes autres que les frais de carburant sont complètement couvertes dans le calcul des dépenses de supervision.

Source : Calculs faits par James Brenner, Kenredy School of Government, Harvard University.

Les dépenses annuelles pour le recrutement et la formation liés au remplacement d'H-S sont supposés équivaloir à la moitié du total du tableau, soit 196 200 FM (disons 200 000 FM).

Ensuite, nous devons envisager combien de frais généraux sont à ajouter aux coûts du programme. A cet égard, il est instructif de passer en revue les dépenses hors projet et imprévues du tableau 4, mises à part les dépenses liées aux mobylettes qui sont couvertes par les dépenses de supervision par le biais de la nouvelle procédure utilisée ci-dessus. Combien de voyages à Mopti et à Bamako, outre le voyage mensuel à Mopti déjà inscrit au budget normal de l'AM, seront "requis" une fois que le PSR/Koro aura atteint une phase de stabilisation ne comportant aucune expansion mais le seul maintien du programme existant (selon les calculs actuels : 43 villages, 83 H-S et 31 AT) ? Combien des divers postes de la catégorie "imprévus"

figurant au tableau 4 devront être couverts pour assurer le maintien de la capacité du PSR ?

Il est évident qu' un programme fonctionne mieux lorsqu'il existe une certaine flexibilité budgétaire pour répondre aux dépenses imprévues du type figurant au tableau 4. Une panne de Land Rover dont les frais de réparation excèdent le crédit non engagé restant au budget peut immobiliser les opérations pendant des mois. Par ailleurs, un PSR/Koro qui ne chercherait qu'à maintenir ses activités, et non à les étendre, devrait être capable de se passer de Land Rover en dehors du transport des stagiaires lors du stage bisannuel. Peut-être un taux notional de dix pour cent appliqué aux dépenses de supervision et de formation bisannuelle, disons 300 000 FM par an, permettrait-il de couvrir les dépenses imprévues les plus pressantes.

Détermination de la couverture assurée par le PSR/Koro pour l'estimation des dépenses récurrentes par unité

Dans une section précédente nous avons noté que, en cherchant à assurer une couverture complète d'arrondissements particuliers du cercle, le PSR/Koro avait sélectionné les emplacements des ASV de façon à ce que plus de 90% du total de la population soit située dans un rayon de 5 km d'un ASV. En supposant que chaque personne dont le village est situé à 5 km ou moins d'un village desservi par un ASV est "couverte", la population actuellement "couverte" par les services de santé villageois du PSR s'élève, selon le recensement de 1976, à 71 266 habitants.<sup>46</sup> Si l'on divise le chiffre estimé des dépenses récurrentes annuelles obtenu précédemment, soit 3,5 millions FM (= 3,0 + 0,2 + 0,3) par ce chiffre de population, on

<sup>46</sup> Chiffre établi par J. Brenner, Kennedy School of Government, mai 1981. Voir les références suivantes dans le texte.

obtient une dépense récurrente annuelle de 49,3, disons 50 FM, par personne, soit 10 cents U.S. au taux d'échange de 500 FM pour 1 dollar.

Sur la base de son étude des cahiers de consultation des H-S et de ses soupçons, déjà signalés, que la plupart des patients venant de l'extérieur d'un village servi par un H-S sont originellement dans le village pour un autre motif, Letarte pense que l'accès effectif aux H-S est limité à un rayon considérablement plus réduit.<sup>47</sup> En appliquant les résultats du recensement de 1976 à une carte préparée par le personnel du projet, J. Brenner, de la Kennedy School of Government de Harvard, a établi qu'en encerclant les 14 villages H-S de l'arrondissement central de Koro avec un rayon de 2,5 km on englobe six autres villages, ce qui fait passer la population comprise de 16 426 à 19 814, soit une augmentation de 21%. Si on double ce rayon (soit 5 km), on englobe 22 villages de plus (le total des villages est donc de 42), ce qui donne une "couverture" de 28 932 personnes au total, soit 76% de plus que la population des 14 villages pris au départ.

Dans le contexte du PSR, la notion de "couverture" est, pour mettre cela au mieux, plutôt floue. Nous avons noté plus haut que 17% de toutes les consultations d'H-S dans les 21 villages étudiés par Letarte (d'où étaient exclus quatre villages qui ne spécifiaient pas l'origine des patients) étaient faites par des consultants extérieurs. Par ailleurs, de nombreux observateurs, y compris la plupart des personnes qui ont participé à l'évaluation à mi-terme de mai 1980, mettent l'accent sur la sous-représentation

---

<sup>47</sup> Letarte (février 1981), pp.41, 43. Le médecin-chef a déclaré aux auteurs qu'il était d'accord avec cette vue.

des femmes et des enfants parmi les patients qui consultent les H-S.<sup>48</sup> Dès lors, il se pourrait fort bien que les femmes et enfants résidant dans un village bénéficient d'une "couverture" moindre que certains consultants extérieurs, hommes adultes, qui font de fréquentes visites et sont bien connus dans le village. Ce qu'on peut dire c'est que, quel que soit le degré d'intérêt et de réussite de l'H-S pour ce qui est de la promotion, dans son propre village, des objectifs du PSR au-delà du traitement de maux simples--notamment la sensibilisation de la communauté à l'importance de l'environnement dans les maladies afin qu'elle réponde favorablement aux initiatives de l'H-S pour des actions correctives--il y a lieu de croire que son impact à cet égard dans d'autres villages, à travers ceux de ses patients qui en proviennent, sera bien moindre.

Considérons maintenant brièvement la composante AT. Pour des raisons évidentes, la portée de cette catégorie d'ASV au-delà de leur propre village est bien moindre que celle des H-S et, dans la plupart des cas, négligeable. Dans certains villages, chaque quartier ou cellule familiale a sa ou ses propres AT.<sup>49</sup> La configuration actuelle du PSR fait apparaître une exception à cet état de choses : l'AT du PSR à Kaniana est très réputée pour ses compétences dans le traitement des grossesses difficiles, et certaines femmes viennent--nous a-t-on dit à l'AM--de 40 km à la ronde pour accoucher avec son assistance. Les 22 naissances qu'elle a assistées pendant les six mois qui ont suivi son recyclage représentent un chiffre

---

<sup>48</sup> Cf. Cissé, p. 7, et Correze, p. 21.

<sup>49</sup> Au cours de la visite de l'un des auteurs à Tinsagou en décembre 1980, les AT formées par le PSR se sont plaintes que les femmes du village ont recours aux AT qui ne font pas partie du PSR à cause des 200 FM de frais d'accouchement qui fait payer le projet.

de deux à trois fois plus élevé que celui justifié par la population du village, qui est de 250 habitants.<sup>50</sup>

En dernière analyse, il reste à trouver une raison convaincante pour pouvoir définir la "couverture" comme englobant plus que la population des villages mêmes des ASV. Nous recalculerons donc les dépenses récurrentes additionnelles par personne du PSR, tel qu'il fonctionne actuellement, sur la base d'une population de 37 073 (recensement de 1976), obtenant ainsi 95 FM ou 19 cents U.S. par personne.

#### Incidence de l'équilibrage de la couverture AT et H-S sur les coûts

Il a été noté à plusieurs reprises que le nombre des villages ayant une AT recyclée par le PSR/Koro est de 40% par rapport à celui des villages avec des H-S (16 par rapport à 42 = 0,38). En premier lieu, ceci reflète le fait que la composante AT a été mise en route beaucoup plus tard, deux stages d'AT seulement ayant été organisés jusqu'ici, le premier un an et demi après que le premier stage d'H-S ait eu lieu. Mais la différence reflète aussi la proportion très réduite de femmes parmi le personnel de l'AM, les femmes ne représentant qu'un quart environ du personnel actif--les cinq matrones rurales figurant à l'état nominatif de la coopérative étant incluses. En avril 1981, trois femmes seulement participaient à la supervision, l'une étant une VCP dont le service arrivait à terme, une autre une matrone rurale basée à Madougou qui avait été réaffectée à Toroli, la matrone de cet arrondissement étant enceinte et ne pouvant plus voyager à motolette.

<sup>50</sup>-----  
Calculé par les auteurs d'après des données fournies par Y. Touré. Au taux de naissances vivantes généralement accepté de 49 pour une population de 1 000, un village de 250 habitants pourrait escompter 6 naissances vivantes pour un semestre moyen.

Avec le régime de supervision actuel, une équipe composée d'une femme et d'un homme peut couvrir deux villages par jour, chaque village ayant deux AT et deux H-S, soit huit ASV en tout, pour les mêmes frais de déplacement qu'une équipe de deux hommes couvrant deux villages n'ayant que des H-S, c'est-à-dire quatre ASV seulement. (Au premier coup d'oeil, il semble que dans ce cas la présence d'un second superviseur soit un luxe, mais le médecin-chef soutient qu'elle est justifiée pour assurer une aide mutuelle dans le cas, assez courant, d'une panne de véhicule). Dès lors, en dehors de la question des effectifs, l'élargissement du programme du PSR/Koro pour assurer que tous les villages participants soient servis par des H-S ainsi que par des AT recyclées n'augmenterait pas les dépenses récurrentes de façon appréciable, surtout que la formation pour le remplacement des AT est moins importante et que le prix d'achat de 8 000 à 9 000 FM de la trousse qui leur fournit le PSR sera probablement compensé par les 200 FM de frais d'accouchement perçus.

Toutefois, il semble que des frais de personnel supplémentaire ne puissent pas être évités. Sur les 48 personne-sorties du programme mensuel de supervision du PSR/Koro, onze sont actuellement effectuées par des femmes. Un programme AT/H-S équilibré couvrant les mêmes villages requerrait que la moitié des sorties soient faites par des femmes, ce qui supposerait que la charge périodique de travail du personnel féminin pour le PSR soit plus que doublée. Compte tenu du rôle actuel joué par la VCP, et en supposant que l'on puisse compter sur la matrone rurale de chaque arrondissement pour faire un travail de supervision, il faudrait adjoindre trois femmes de plus au personnel basé à Koro. Vu ce qui se passe lorsqu'une employée devient enceinte, elle est dispensée de déplacements pour aussi longtemps qu'elle choisit

d'allaiter son enfant --il est bon de "suraffecter" cette catégorie dans une proportion d'environ un tiers.

Nous concluons donc que le programme AT en question nécessiterait un total de cinq nouvelles employées, trois basées à Koro suppléées par 33% du personnel féminin basé à Koro, plus trois matrones rurales au niveau des arrondissements. Pour partager les responsabilités administratives assumées par l'infirmière obstétricienne, l'une de celles-ci devrait être engagée à un niveau de salaire annuel de 600 000 FM et plus; nous supposons, avec une certaine hésitation, que les quatre autres seraient des matrones rurales salariées avec un salaire tournant autour de 250 000 FM par an. Les frais de salaire supplémentaires seraient donc d'environ 1,6 million FM, augmentés, selon le budget de l'AM/Koro pour 1981, de 38% pour les avantages sociaux et les frais supplémentaires,<sup>51</sup> ce qui donne un total annuel d'environ 2,2 millions FM.

Nous sommes donc parvenus à l'estimation suivante des dépenses récurrentes additionnelles totales (c'est-à-dire sans compter les salaires actuels avec charges sociales) que le gouvernement du Mali aurait à assumer pour la prise en charge d'un PSR/Koro, avec un effectif complet d'équipes AT et H-S dans 43 villages compris dans trois arrondissements, et le programme actuel de supervision, de :

---

<sup>51</sup> Gouvernement du Mali, Direction Nationale du Budget, Sous-Ordonnancement Mopti, pp. 140-42.

Millions FM

Frais matériels de supervision	3,0
50% des frais du stage bisannuel pour le remplacement d'H-S	0,2
Frais généraux et frais imprévus	0,3
Frais du personnel supplémentaire pour l'élargissement du programme AT	<u>2,2</u>
Total	5,7

Divisé par une population totale de plus ou moins 37 000 calculée dans la section précédente, ceci nous donne une dépense récurrente additionnelle d'environ 154 FM, soit 31 cents U.S., par habitant de village servi par des ASV.

Incidence de l'extension du PSR à de nouveaux arrondissements sur les coûts

Avant de considérer l'incidence qu'aurait l'extension du PSR à de nouveaux arrondissement du cercle sur les coûts de Koro, il convient d'examiner le degré actuel de "couverture" du cercle comme défini ci-dessus. Le tableau 6, tiré pour une grande part d'un rapport en préparation du docteur Letarte, montre que dans trois arrondissements de Koro le PSR a établi un accès direct aux soins de santé primaires pour 35 à 57% de la population qui n'en bénéficiait pas auparavant, quoique dans ces mêmes arrondissements entre 38 et 56% de la population totale n'y ait toujours pas accès. Le PSR n'a fait aucune intervention en matière de soins de santé primaires dans trois des arrondissements de Koro, et n'a formé des H-S que pour un village du quatrième, Koporo-kénié-Na (compris dans le tableau 6).

Grâce à ses interventions à ce jour dans quatre arrondissements, le

PSR a fourni un accès direct aux soins de santé primaires à environ 20% de la population totale du cercle de Koro (185 000 habitants en 1976), élevant à environ 30% la part de la population qui réside dans des localités desservies par un centre de santé, un dispensaire ou des ASV.<sup>52</sup> La question se pose de savoir ce qu'entraînerait l'extension de cette couverture pour qu'elle atteigne 50%.

Tableau 6

Population avec et sans accès direct aux soins de santé primaires organisés par le gouvernement dans quatre arrondissements de Koro

	<u>Central</u>	<u>Koporo-kenié-Na</u>	<u>Madougou</u>	<u>Torof</u>	<u>Total</u>
1. Population totale de l'arrondissement	45 218	26 480	25 966	20 781	118 445
2. Population des villes desservies par un centre de santé ou dispensaire	6 091	3 368	3 493	2 224	15 176
3. Population autre que (2) (= (1) - (2))	39 127	23 112	22 473	18 557	103 269
4. (Nombre de villages desservis par des H-S au mois de mars 1981)	(14)	(1)	(11)	(16)	(42)
5. Population des villages desservis par des H-S	16 141	2 151	7 971	10 613	36 876
6. Pourcentage de (5) par rapport à la population autre que (2) (= (5)/(3))	41%	9%	35%	57%	36%

<sup>52</sup> Les chiffres du tableau 6 de 15 176 (point n° 2) et 36 876 (point n° 5) plus un chiffre notionnel de 6 000 pour les trois autres chefs-lieux d'arrondissement desservis par des dispensaires donnent  $58\ 000 \div 185\ 000 = 0,31$ .

92x

Population avec et sans accès direct aux soins de santé primaires  
organisés par le gouvernement dans quatre arrondissements de Koro

(suite)

	<u>Central</u>	<u>Koporo-kenié-Na</u>	<u>Madougou</u>	<u>Toroli</u>	<u>Total</u>
7. Population autre que (2) et (3) (= (3) - (5))	22 986	20 961	14 502	7 944	66 393
8. Pourcentage de (7) par rapport à la population de l'arrondissement (= (7)/(1))	51%	79%	56%	38%	56%

Source : C. Letarte, "Le Projet Santé Rurale--Trois ans après--  
Réflexions et recommandations", avant-projet, avril 1931.  
Toutes les données démographiques proviennent du recensement  
de 1976.

Les distances moyennes entre la ville de Koro et les centres de population de Koporo-kenié-Na correspondent plus ou moins à celles entre Koro et Toroli; la même chose est vraie de Dioungani et Madougou, dont certaines sections sont considérablement plus éloignées que les deux arrondissements les plus proches, mis à part l'arrondissement central. Ainsi, la plus grande partie de Koporo-kenié-Na et Dioungani pourrait être incorporée au PSR sans une augmentation des dépenses globales de voyage qui ont été encourues jusqu'à maintenant. Certes, ceci ne s'applique pas aux arrondissements le plus au nord et le plus à l'est, à savoir Diankabou et Diangourou.

La mise en place d'ASV dans les 25 villages les plus importants de Koporo-kenié-Na, à l'exclusion de (i) Pel, qui est desservi par le dispensaire de la mission catholique, (ii) le chef-lieu de l'arrondissement qui a un dispensaire, et (iii) Koporo-kenié-Pé où une équipe d'ASV est déjà en

place, donnerait accès à une population d'environ 16 500 habitants (chiffre 1976). Par ailleurs, environ 13 000 personnes habitent dans les 15 plus grands villages de Dioungani, exclusion faite une fois de plus du chef-lieu d'arrondissement. La participation de ces 40 villages, qui équivaldrait à presque doubler le réseau actuel d'ASV, incorporerait donc 30 000 personnes de plus et ferait passer le chiffre de la population qui a accès aux soins de santé primaires à 88 000 environ (voir renvoi 52) soit 48% de la population du cercle de Koro.

Toutefois, si l'on considère la possibilité d'une participation dans d'autres arrondissements, il faut faire face à la question des contraintes d'effectifs soulevée par le médecin-chef. A son avis, les ressources en personnel de l'AM sont actuellement utilisées à leur limite compte tenu des conditions qui règnent à Koro. C'est dans ces circonstances-là que l'expansion d'un programme nécessite des dépenses additionnelles de personnel, qu'il n'est pas question de ne pas inclure dans les dépenses récurrentes.

En premier lieu, tout nouveau personnel engagé dans le but d'étendre le PSR à d'autres arrondissements travaillerait essentiellement à la sensibilisation, au recrutement et à la formation des ASV. L'une des conclusions du rapport Club du Sahel/CILSS sur les dépenses récurrentes est que les organismes donateurs devraient être disposés à financer tout et tous éléments de dépenses liés au développement ou à l'établissement d'un programme, y compris les salaires et avantages sociaux des fonctionnaires. Mais, à la longue, comme c'est d'ailleurs déjà le cas pour l'équipe actuelle du PSR/Koro, le temps du personnel sera absorbé par le maintien de la capacité ainsi établie, et la question se posera : le gouvernement du Mali peut-il

absorber ces frais de personnel dans le cadre des dépenses récurrentes additionnelles associées au PSR ?

Supposons que le projet se soit élargi de façon telle que 40 nouvelles équipes d'H-S--25 à Koporo-kenié-Na et 15 à Dioungani--et 16 nouvelles équipes d'AT ont été mises en place et requièrent une supervision. L'équipe de trois techniciens sanitaires qui est affectée à la plupart des dispensaires, mais qui à l'heure actuelle dispose de très peu de moyens pour travailler, pourrait théoriquement être utilisée pour des tournées de supervision dans son propre arrondissement, comme c'est le cas de leurs confrères à Toroli et Madougou.

Combien de personnes basées à Koro, en plus de la dizaine déjà en place, seraient nécessaires pour effectuer les tournées de supervision ? Le meilleur moyen de répondre à cette question est d'examiner la charge totale de travail impliquée par la supervision de, disons, 83 équipes d'ASV dans cinq arrondissements--soit tout le cercle de Koro à l'exception de Diankabou et Diangourou--et d'estimer les effectifs requis pour compléter le personnel actuel du PSR/Koro, renforcé comme suggéré précédemment pour élargir le programme AT.

On peut supposer que les 40 nouveaux villages ajouteront 44 personnes--sorties mensuelles aux 48 actuellement faites (cf. programme de supervision du PSR/Koro pour le mois d'avril), donnant un total de 92, moitié hommes moitié femmes. Les effectifs existants (ceux relevés au mai 1981 plus le nouveau personnel féminin recommandé) peuvent être résumés comme suit :

### Composante H-S

Base Koro : neuf employés hommes (dont 2 VCP) assurant actuellement la supervision

Base arrondissement : deux employés hommes (infirmier plus auxiliaire) dans chacun des quatre arrondissements, à savoir Dioungani, Koporo-kenié-Na, Madougou et Toroli, total de huit

Total : 17

### Composante AT (non compris les 33% de "sur affectation")

Base Koro : deux infirmières obstétriciennes plus deux matrones rurales

Base arrondissement : une matrone rurale dans chacun des quatre arrondissements

Total : 8

Pour la composante H-S, nous avons ainsi 17 employés existants pour effectuer  $92/2 = 46$  personne-sorties, ce qui donne une moyenne de 2,7 par personne par mois, une charge qu'on peut difficilement qualifier de lourde. Ce qui s'est passé, bien sûr, c'est que l'élargissement supposé de la composante AT du programme existant a réduit le nombre actuel des sorties faites par les hommes de 37 à 24, laissant pour les employés hommes un potentiel non utilisé qui peut facilement couvrir les 40 équipes H-S supplémentaires.

En revanche, pour la composante AT nous avons huit employées actives, compte tenu de celles en congé de maternité officiel ou de fait, qui devraient faire en moyenne presque six ( $46/8 = 5,75$ ) sorties par mois, ce que le PSR/Koro considère être un fardeau trop lourd. Pour réduire cette moyenne à quatre, nous aurions à engager trois ou quatre employées supplémentaires, plus une de réserve. Une de celles-ci devrait être au niveau d'infirmière

obstétricienne pour partager les responsabilités administratives entraînées par les 40 villages additionnels. Pour les trois autres, nous supposons que ce sont des matrones rurales.

Pour aborder la question des frais généraux, les auteurs pensent qu'une expansion majeure du PSR/Koro ne saurait se faire sans l'adjonction d'un assistant administratif au médecin-chef (une autre option, purement théorique, serait d'avoir un autre médecin comme chef-adjoint du cercle, mais il semble qu'il serait encore plus difficile de distinguer Koro de cette manière-là que d'adjoindre au médecin-chef un cadre non médical). Nous attribuons à cet assistant un salaire notionnel équivalent à celui d'un infirmier d'état.

Les frais de personnel additionnels découlant de l'adjonction de 40 villages à Koporo-kenié-Na et Dioungani se récapitulent comme suit :

<u>Composante AT</u>	<u>Salaire en espèces</u> (FM par an)
Infirmière obstétricienne	693 000
Trois matrones rurales à 250 000 FM/chaque	750 000
<u>Assistant administratif du médecin-chef</u>	<u>666 000</u>
	2 109 000 (disons 2,1 millions)

A cette somme il faut ajouter 38% pour les avantages sociaux et frais supplémentaires de personnel, ce qui donne un coût additionnel total de 2,9 millions FM, soit 97 FM par personne (= 19 cents U.S.) pour la population-cible de 30 000 personnes estimée précédemment.

Pour compléter la discussion des dépenses récurrentes d'un programme élargi, considérons brièvement les conséquences implicites de la super-

vision d'équipes ASV dans les deux arrondissements restants les plus éloignés, Diankabou et Diangourou. Les chefs-lieux de ces arrondissements sont à respectivement 85 et 120 km de Koro. Ces distances excluent la pratique établie de voyages d'un jour à mobylette à partir de Koro. Pour pouvoir passer suffisamment de temps dans les villages, le personnel devrait faire des tournées de plusieurs jours, et par conséquent passer la nuit quelque part. Peu de superviseurs seraient disposés à faire cela au taux actuel de 1 000 FM d'indemnités journalières. Supposons que ces frais reviennent à 3 000 FM par jour. La supervision de, admettons, 30 villages dans les deux arrondissements au rythme de deux villages par jour coûterait alors  $15 \times 2 \text{ superviseurs} \times 3 000 \text{ FM} = 90 000 \text{ FM}$  par mois, plus peut-être six personnes-jours de voyage et séjour dans le chef-lieu d'arrondissement avant la tournée des villages, soit un total d'environ 110 000 FM par mois ou 1,3 million par an pour les indemnités journalières seulement. Ceci représente en gros un million de plus que le coût des indemnités journalières pour la supervision du même nombre d'équipes d'ASV dans des arrondissements proches de Koro, ce qui constitue une dépense récurrente additionnelle substantielle même en supposant que les voyages de plusieurs jours, en éliminant les retours quotidiens à Koro, n'affectent pas le total des frais de transport.

Une expansion de cette sorte créerait également des besoins en personnel supplémentaire, disons trois autres matrones rurales plus deux hommes basés à Koro, pour un coût annuel total d'environ 2 millions de FM, charges sociales comprises.

## Analyse récapitulative des coûts de l'approche de supervision actuelle

Le tableau 7 réunit les résultats de l'analyse des dépenses récurrentes additionnelles (A) du PSR/Koro comme il fonctionnait en avril 1981, ainsi que des trois phases successives d'expansion supposées, qui comprennent : (B) l'élargissement du programme existant (principalement avec des AT recyclées) afin que des équipes complètes fonctionnent dans les 43 villages participant au PSR à l'heure actuelle, (C) la mise en place d'équipes complètes dans 40 villages des arrondissements adjacents de Koporo-kenié-Na et de Dioungani et (D) la même chose dans 30 villages des arrondissements plus éloignés de Diankabou et de Diangourou. La section E du tableau représente les dépenses récurrentes additionnelles totales du PSR/Koro après les trois phases d'expansion, au terme desquelles 60% de la population du cercle sera censée résider soit dans des villes desservies par des centres de santé ou dispensaires soit dans des villages desservis par des ASV.<sup>53</sup> Pour ce qui a trait aux coûts de supervision durant les seconde et troisième phases d'expansion, nous divergerons du chiffre de base de 95 FM par personne établi à la page 71 pour le programme de supervision actuel. Durant la troisième phase d'expansion, (D), les coûts de supervision qui n'affèrent pas au personnel sont ajustés vers le haut pour tenir compte de l'accroissement des frais d'indemnités journalières; sinon, toutes les dépenses récurrentes additionnelles figurant au tableau correspondent

<sup>53</sup> Calculé en divisant le total de la population couverte (92 000 pour les villages desservis par des ASV, selon le tableau 7, plus 15 000 pour les villes desservies par des centres de santé, etc., selon le tableau 6, plus un chiffre notionnel de 6 000 pour les villes également desservies dans les trois arrondissements restants, soit un total de 113 000) par la population du cercle, soit 185 000:  $113/185 = 0.61$ .

à des augmentations nécessaires d'effectifs.

Le tableau 7 montre que la dépense récurrente additionnelle moyenne par personne passe de 95 FM (= 19 cents U.S.) pour le programme actuel à 154 FM (= 31 cents U.S.) une fois que la composante AT a été élargie, et à 183 FM (= 37 cents U.S.) une fois que 60% de la population est couverte dans les sept arrondissements. Le coût marginal par personne, qui est le coût additionnel pour une expansion donnée divisé par la population des villages couverts durant l'expansion en question uniquement, n'est que de 85 FM (= 17 cents U.S.) pour la phase I, puisqu'il ne comprend que les frais de personnel du personnel féminin supplémentaire de supervision et pas de frais de transport étant donné que la quantité des déplacements demeure constante, les femmes se substituant aux hommes. Pour la phase II, le coût marginal passe à 193 FM (= 39 cents U.S.) par personne, et pour la phase III, durant laquelle les arrondissements les plus éloignés sont incorporés au programme, à 216 FM (= 43 cents U.S.) par personne.

Il est intéressant de comparer ces estimations et projections de coût unitaire avec celles de l'Etude de Projet de l'USAID, données aux pages 45-46. Le tableau 8 facilite les comparaisons, à la fois absolue et en pourcentage, entre les quatre catégories de dépenses récurrentes additionnelles du PSR/Koro à maturité--à savoir, des équipes H-S/AT réparties dans les sept arrondissements et couvrant 113 villages avec une population totale de 92 000 habitants--et les catégories correspondantes du tableau 2. Il ne comporte pas les deux dernières catégories du tableau 2, médicaments et services de santé existants, dont il n'est pas tenu compte dans les estimations de dépenses additionnelles du tableau 7.

Tableau 7

Récapitulation des dépenses récurrentes additionnelles  
estimées ou projetées du PSP/Koro

Rubrique de dépenses	(1) (2) Nombre et population des villages où ont été mis en place des ASV	(3) (4) Dépenses récurrentes additionnelles annuelles	
		Total (millions de FM)	Par personne (3)/(2) (FM)
<b>A. <u>PSR/Koro, couverture en avril 1981</u></b>			
(H-S dans 42 villages, AT recyclées dans 15 de ces villages plus un autre)			
Transport (p. 65 )		3,0	81
Formation pour le remplacement des H-S (p. 67 )	43..37 000	0,2	5
Dépenses imprévues (10% des éléments ci-dessus)		<u>0,3</u>	<u>8</u>
Sous-total, couverture avril 1981		3,5 m.	95 (= 19€)
<b>B. <u>PSR/Koro, expansion Phase I</u></b>			
(Même couverture qu'en avril 1981 avec la composante AT élargie afin d'avoir des H-S et des AT recyclées dans chacun des 43 villages)			
Frais de personnel, personnel féminin supplémentaire (p.73 )	27..26 000	2,2	85
Sous-total, couverture avril 1981 plus expansion Phase I	43..37 000	5,7 m.	154 (= 31€)
<b>C. <u>PSR/Koro, expansion Phase II</u></b>			
(Mise en place d'équipes ASV dans les arrondissements de Koporo-kenië-Na et Dioungani)			
Transport, formation pour le remplacement des H-S et imprévus, calculés sur la base du coût par personne du programme existant (95 FM)	40..30 000	2,8	95
Frais de personnel, personnel féminin supplémentaire plus assistant administratif		<u>2,9</u>	<u>97</u>
Sous-total, expansion Phase II		5,8 m.	193 (= 39 €)

Tableau 7

Récapitulation des dépenses récurrentes additionnelles  
estimées ou projetées du PSR/Koro

Rubrique de dépenses	(suite)	(1)	(2)	(3)		(4)
		Nombre et population des villages où ont été mis en place des ASV		Dépenses récurrentes additionnelles annuelles		
				Total (millions de FM)		Par personne (3)/(2) (FM)
<b>D. PSR/Koro, expansion Phase III</b>						
(Mise en place d'équipes ASV dans les arrondissements de Diankabou et Diangourou)						
Transport, etc., à 95 FM/personne				2,4		
Indemnités journalières supplémentaires pour la supervision (p.81 )		30..25	000	1,0		
Frais de personnel, personnel féminin et masculin supplémentaire (p. 81 )				2,0		
Sous-total, expansion Phase III				5,4		216 (= 43¢)
<b>E. PSR/Koro à maturité</b>						
(ASV actifs dans tous les arrondissements) 113..92 000						
<u>Transport</u>						
Couverture d'avril 1981				3,0		
Expansion Phase II et une partie de la Phase III, estimée à 81 FM x 55 000				4,5		
Indemnités journalières supplémentaires de l'expansion Phase III				1,0		
Sous-total, transport				8,5		92
<u>Formation pour le remplacement d'H-S</u>						
Couverture d'avril 1981 0,2 million						
5 FM x 55 000 population pour l'expansion Phases II et III				0,5		5
<u>Imprévus</u>						
Couverture d'avril 1981 0,3 million						
8 FM x 55 000 pour l'expansion Phases II et III				0,7		8
<u>Personnel (personnel supplémentaire seulement)</u>						
Expansion Phases I (2,2 millions), II (2,9 millions) et III (2.0 millions)				7,1		77
<b>TOTAL</b>				16,8		183 (= 37 ¢)

Tableau 8

Comparaison entre  
les estimations de coût par personne du PSR/Koro à maturité (tableau 7)  
et celles de l'arrondissement de démonstration selon l'Etude de Projet  
de l'USAID de 1976 (tableau 2)

<u>Catégorie de dépenses</u>	<u>Francs maliens</u> <u>par personne</u>		<u>Pourcentages</u>	
	<u>Etude de</u> <u>Projet*</u>	<u>Tableau 7</u>	<u>Etude de</u> <u>Projet</u>	<u>Tableau 7</u>
Transport	14	92	11%	50%
Personnel	20	77	16%	42%
Equipement et fournitures**	90	8	73%	4%
Formation pour le remplacement d'H-S	—	5	—	3%
Total	124	183	100%	100%

\*Sous-totaux du tableau 2, p. 45, divisés par la population estimée à 20 000 de l'arrondissement de démonstration.

\*\*Comme estimé dans ce rapport, cette catégorie représente un pourcentage notionnel de 10% du coût de transport de base de 81 FM par personne et couvre, outre les fournitures, des dépenses diverses.

Le tableau 8 fait clairement ressortir le contraste entre l'importance accordée par l'Etude de Projet à l'équipement et aux fournitures, qui incluaient (1) l'amortissement annuel d'un pèse-bébé par village, (2) "des feuilles de courbe du poids et autre matériel d'enregistrement", et (3) "matériel promotionnel et fournitures", ces deux derniers éléments étant chiffrés à 40 FM par personne par an, et l'allocation symbolique qui leur est faite dans nos propres estimations. Cette dernière est liée au fait que, à la date d'avril 1981, aucun village n'avait reçu de pèse-bébé bien que des préparations aient été en cours pour la démonstration de leur utilisation aux AT.<sup>54</sup> En outre, aucun matériel didactique n'était utilisé dans les villages, et le seul matériel

<sup>54</sup> En mars 1981 l'auteur étranger a apporté lui-même un pèse-bébé au Mali à cette fin.

d'enregistrement était des cahiers, diagrammes et stylos à bille avec lesquels les ASV inscrivait leurs consultations, dans beaucoup de cas à l'aide de symboles (pour les ASV illettrés). Si le PSR devait commencer à faire un usage intensif des feuilles de courbe de poids et de matériel didactique, les auteurs seraient heureux que leurs estimations de coût soient ajustées en conséquence.

Entre-temps, en tant qu'activité récurrente--c'est-à-dire distincte de ses premières fonctions de sensibilisation et de formation--le PSR/Koro s'avère être axé sur les tournées mensuelles de supervision des villages participants faites par le personnel de l'AM. D'où le gros poids des frais de transport, déjà signalé pp. 60-61, ainsi que les dépenses de personnel d'accroissement qui deviendront importantes si et lorsque les phases d'expansion envisagées au tableau 7 seront entreprises.

Un dernier mot à propos des comparaisons faites au tableau 8 : en mettant l'inflation des prix depuis 1976 à environ 60%, comme calculé à la page 48, le coût total de 124 FM calculé d'après l'Etude de Projet devient de 198 FM en prix 1981, ce qui n'est pas sensiblement différent du coût moyen de 183 FM estimé au tableau pour 113 villages répartis dans les sept arrondissements du cercle de Koro.

#### Possibilités de réduction du coût

D'un point de vue extérieur, une dépense récurrente par personne de 37 cents U.S. (= 183 FM) pour des soins de santé primaires est si basse que l'on est plutôt enclin à étudier des moyens d'améliorer la qualité des services, même si cela coûte un peu plus cher, qu'à essayer de réduire encore davantage les dépenses du PSR. Dans cet esprit, on est tenté de considérer

des moyens d'améliorer l'intervention du PSR dans le domaine des soins préventifs par des initiatives des ASV pour promouvoir l'hygiène familiale et l'assainissement du milieu, services qui ont été énumérés à la page 5.<sup>55</sup>

Toutefois, comme nous le verrons à la Section IV, les dépenses additionnelles données au tableau 8 équivalent à 90% du budget total de l'AM/Koro pour 1981, et il est impossible que le gouvernement malien puisse allouer les ressources locales supplémentaires correspondantes dans un avenir prévisible. D'où la nécessité d'explorer toute possibilité de réduire les coûts.

Trois voies possibles peuvent être identifiées dans ce domaine, à savoir :

- 1) La réduction de la fréquence des visites de supervision d'ASV faites par le personnel de l'AM.
- 2) L'accroissement du nombre mensuel moyen de visites de supervision par superviseur.
- 3) La réduction du nombre des mobylettes utilisées par le projet et/ou des frais mensuels par mobylette.

Nous étudierons chacune de ces possibilités à tour de rôle.

#### Réduction de la fréquence des visites de supervision d'ASV

Puisque la supervision des ASV représente une part écrasante des dépenses récurrentes du PSR/Koro, il est clair que toute réduction du

---

<sup>55</sup> Les nombreux rapports d'évaluation à mi-terme de 1980 ainsi qu'une grande partie du reste de la littérature concernant le PSR sont unanimes pour relever que les ASV ont, à ce jour, joué un rôle minime à cet égard. Le personnel de l'AM/Koro a signalé aux auteurs quatre ou cinq H-S, dont presque tous faisaient en même temps office d'agents d'alphabétisation, qui avaient pris des initiatives dans ce domaine, comme le creusement de latrines, et cherchaient à faire prendre conscience autour d'eux de la responsabilité générale en matière de santé publique.

niveau de cette activité aura un effet direct sur les coûts. Ainsi, par exemple, un programme de visites bimestrielles au lieu de mensuelles réduirait de moitié le montant des indemnités journalières payées et la consommation de carburant. Dans le cas d'un programme de visites mensuelles assuré par pas moins de quatre personnes utilisant les mobylettes du PSR, le passage à des visites bimestrielles permettrait de réduire cet effectif de moitié et de n'affecter des véhicules qu'à l'effectif en question. (Ceci ne serait pas possible dans le cas de la composante AT actuelle pour laquelle trois employées de l'AM assurent la supervision dans 16 villages.)

Une supervision bimestrielle au lieu de mensuelle réduirait également les frais de personnel additionnels des trois phases d'expansion supposées résumées au tableau 7. Le programme élargi final couvrant 113 villages requerrait, disons, 60 personne-sorties par mois, au lieu de 120, si l'on compte comme une sortie chaque visite de village effectuée lors des tournées de plusieurs villages faites dans les arrondissements de Diankabou et de Diangourou. Si la moitié de ces sorties sont assignées aux hommes, ceux-ci auraient donc une charge de travail encore plus légère que celle prévue au programme de supervision du PSR/Koro pour le mois d'avril, qui était de 37 sorties pour les hommes. En revanche, les femmes auraient maintenant à faire trois fois plus de sorties que les onze prévues au même programme. Les matrones rurales en place dans les quatre nouveaux arrondissements à couvrir (il se peut qu'à l'heure actuelle il n'y en ait en fait que trois) assumeraient une partie de la tâche. Compte tenu de la nécessité d'une "sur affectation" pour assurer que l'on dispose du nombre voulu d'effectif féminin pour les visites à mobylette, et de

l'utilité d'adjoindre une assistante administrative à l'infirmière obstétricienne en place, l'expansion se ferait en ajoutant une infirmière obstétricienne et deux matrones rurales pour un coût total annuel de 1,6 million FM.

Quelle que soit la fréquence de la supervision, l'expansion envisagée requerrait l'adjonction d'un assistant administratif au médecin-chef. Comme nous l'avons calculé à la page 80, ceci fait passer le total des frais de personnel additionnels du programme élargi, avec supervision bimestrielle, à 2,5 millions FM, par rapport à 7,1 millions FM pour le même programme, avec supervision mensuelle, prévu au tableau 7.

Nonobstant les économies de coût réalisées par la réduction de la fréquence des visites de supervision, cette formule ne peut être recommandée que si l'on a la certitude que la réduction correspondante d'avantages ne l'emportera pas sur les économies faites. Actuellement, certains membres du personnel du PSR craignent que la réduction de la fréquence de supervision n'entraîne des désavantages qui pourraient saper le fonctionnement effectif des ASV. Une crainte est qu'en réduisant de moitié la fréquence de leur contact avec l'AM l'enthousiasme des ASV pour leur travail soit sensiblement affecté, cet enthousiasme provenant du sentiment qu'ils ont de participer à une oeuvre commune impliquant tous les niveaux du gouvernement ainsi que de nombreux villages avoisinants. En second lieu, on craint qu'un plus grand nombre d'H-S épuisent leur provision de certains médicaments entre deux tournées de supervision et se trouvent ainsi dans la situation décourageante de ne pouvoir répondre aux besoins de leurs patients ou d'avoir à se déplacer jusqu'à la ville de Koro pour se ravitailler. (Les AT viendront aussi à manquer de certaines des fournitures qui composent leur trousse, bien que

l'absence d'un produit particulier ne les empêche guère de remplir leurs fonctions traditionnelles.)

Un troisième problème est que si l'on réduit le contact entre le personnel et les ASV, on réduit également les occasions qu'a le personnel de contrôler si les ASV ont bien retenu ce qu'ils ont appris au cours de leur stage, de leur rappeler les "tuyaux" qu'ils ont oubliés, et de les conseiller ou de les exhorter pour ce qui est des problèmes de santé communautaire à résoudre. Le personnel pense que ceci est particulièrement important dans le cas des AT les plus âgées, qui ont plus de difficulté à retenir ce qu'on leur a appris. Durant la visite des auteurs à Koromatintin et à Sansagou-Pin, l'infirmière obstétricienne de l'AM a interrogé les deux équipes d'AT sur les causes de la malaria; une des AT a attribué la malaria à des aliments contaminés, les trois autres ont dit qu'elles avaient oublié. Toutes ont prétendu se rappeler les explications données durant leur cours du mois d'août, une fois que l'infirmière les leur a répétées. En faisant passer un examen spécial à 20 H-S à Yélimané, Daulaire et Taylor ont découvert une corrélation positive entre les connaissances médicales des H-S et la fréquence de leur supervision.<sup>56</sup>

Finalement, une réduction de la fréquence de supervision affectera la façon dont les ASV tiennent leurs cahiers d'enregistrement et leur rappel des faits qu'ils ont négligé d'enregistrer--problème qui, manifestement, se posera surtout dans le cas des ASV illettrés. Le personnel du PSR a constaté qu'il ne fallait pas qu'il espace ses visites de beaucoup plus de 30 à 31 jours pour être en mesure d'attribuer correctement les faits à une

---

<sup>56</sup> Daulaire-Taylor, p. ---

période mensuelle donnée, L'arrêt virtuel de la supervision à Yélimané a conduit à une négligence totale dans la tenue des cahiers de consultations, quoique Daulaire et Taylor aient constaté que l'enregistrement des ventes et des recettes se soit poursuivi normalement dans sept pharmacies villageoises, dans la plupart des cas avec une marge d'erreur de moins de 10%.

L'exactitude des données de production a probablement moins d'importance une fois qu'un projet est établi et qu'il doit subsister avec un financement local. En revanche, elle est très importante durant une phase expérimentale, comme celle que connaît le PSR, et peut de façon justifiée être considérée comme un investissement méritant un financement de l'extérieur.

Donc, si l'on envisage de réduire les coûts en diminuant la fréquence de supervision, ce sont les trois premiers désavantages qu'il faut évaluer. Il convient alors de se poser des questions telles que : dans quelle mesure le personnel de supervision de l'AM prend-il actuellement des initiatives--et quel effort peut-on escompter de sa part à l'avenir une fois que les opérations du projet seront stabilisées--pour établir avec les ASV une bonne communication telle que ses visites servent à transmettre connaissances et enthousiasme plutôt qu'à remplir simplement des fonctions de ravitaillement en médicaments et fournitures, d'encaissement des espèces et/ou d'enregistrement des données ? Les défaillances de mémoire des ASV durant les longs intervalles qui séparent les visites de supervision sont-elles graves, et dans quelle mesure l'efficacité des ASV sur le terrain est-elle liée à la fréquence des visites de supervision ? Existe-t-il des moyens acceptables, autres que les visites de personnel, pour assurer un ravitaillement en médicaments et en équipement de maternité ?

Etant donné qu'elle est liée au problème du financement local éventuel des opérations récurrentes futures du PSR, la question du ravitaillement en

médicaments est étudiée longuement à la Section IV. En attendant, le PSR/Koro a pris lui-même l'initiative de tester les désavantages d'une supervision moins fréquente. Les auteurs ont été informés que l'AM a l'intention d'amorcer dans quelques semaines, une fois que la campagne de nivaquinisation aura été lancée, une supervision bimestrielle des H-S en place depuis au moins 15 mois, et d'essayer de faire d'ici un an une comparaison systématique de l'efficacité des H-S sous les deux différents régimes de supervision (mensuelle et bimestrielle).

L'expérience de Yélimané, comme l'ont d'abord signalé Daulaire et Taylor en février 1980 puis Baudoy un an plus tard, indique que, virtuellement sans supervision, les ASV continuent à exercer à un niveau minimum d'activité et que les pharmacies villageoises continuent à fonctionner. Les auteurs pensent que, dans le cadre de l'évaluation du PSR qui sera faite prochainement, il serait bon d'entreprendre une comparaison systématique des connaissances et de la production de services des H-S de Koro et de Yélimané, qui comporterait nécessairement une vérification de la satisfaction de leur clientèle.

#### Accroissement du nombre mensuel des visites de supervision par superviseur

Il a été mentionné, page 64, que le programme de supervision du PSR/Koro pour le mois d'avril 1981 comportait 48 personne-sorties pour douze employés maliens plus trois VCP. Il avait été assigné deux, trois et quatre sorties, respectivement, aux trois VCP;<sup>57</sup> le personnel malien était réparti comme suit selon le nombre de sorties :

---

<sup>57</sup> Un peu moins que leur charge de travail normale du fait qu'ils ont passé la première quinzaine d'avril à Bamako en mission pour le Corps de la Paix.

Nombre de sorties en avril 1981 :	2	3	4	5	(sorties)
	-	-	-	-	
Nombre de personnes du PSR/Koro :	5	1	4	2	(personnes)

Un plafond physique/légal (en éliminant les vendredis, qui sont des demi-journées de travail, et les dimanches) pour les voyages de supervision serait de 22 personne-sorties pour un mois moyen; à ce taux, trois personnes, y compris une femme pour assurer huit sorties de deux villages avec AT chaque, suffiraient amplement pour faire le travail, en supposant pour le moment que la formule de la supervision mensuelle de chaque village est retenue. En principe, trois mobylettes suffiraient également au lieu de quelque 15 véhicules différents qui étaient utilisés en avril, y compris trois véhicules du Corps de la Paix et quatre autres véhicules non inclus dans ceux couverts par l'accord location-vente. L'estimation que nous avons faite page 65 des frais de transport entraînés par le programme actuel de supervision du PSR/Koro supposait huit mobylettes bénéficiant des paiements forfaitaires mensuels de 15 000 FM. Avec trois mobylettes seulement, ces paiements mensuels passent de 120 000 FM à 45 000 FM, réduisant le coût annuel de 3,0 millions FM de 30%, soit 2,1 millions FM par an. (Les frais de carburant et les indemnités journalières du coût total mensuel restent bien sûr les mêmes.)

Cependant ce cas limite ne vaut pas la peine d'être étudié davantage car non seulement il faudrait prévoir des mobylettes de réserve et les frais de réparation dépasseraient largement les paiements forfaitaires (puisque l'on demanderait à trois mobylettes les mêmes services qu'aux 15 actuelles) mais surtout il ne serait pas raisonnable d'avoir le personnel en déplacement en permanence. En premier lieu, il n'aurait pas le temps de faire des comptes rendus de visites, d'aller au ravitaillement et de

///

contrôler les comptes, sans parler de remplir ses fonctions en dehors du PSR.

Une formule un peu plus réaliste serait d'allouer les mardi, jeudi et samedi aux visites, le fonctionnaire consacrant les lundi, mercredi et le vendredi matin au travail de l'AM. Ceci permettrait de 12 à 13 voyages de supervision par mois, soit plus du double du nombre de visites effectuées actuellement par quiconque à l'AM (quoique certains fonctionnaires fassent actuellement des sorties en plus, soit pour le PSR soit dans d'autres buts). Sur cette base, quatre personnes pourraient assurer la charge de travail actuelle, dont toujours une seule femme pour les huit visites à faire aux villages avec AT.

En passant directement au scénario "pleine expansion", les 113 villages nécessitant 120 personne-sorties, moitié hommes moitié femmes, pourraient être couverts par cinq hommes et cinq femmes. En tenant compte de l'effectif d'arrondissement déjà en place, matrones rurales comprises, il ne faudrait pas augmenter les effectifs de beaucoup : du côté hommes, seulement un assistant administratif pour le médecin-chef, du côté femmes une infirmière obstétricienne plus une ou deux matrones rurales suffiraient. Les frais de personnel additionnels s'élèveraient ainsi à 2,6 millions FM au lieu des 7,1 millions FM envisagés au tableau 7. Les frais de transport pourraient être réduits de, disons, entre 15 et 20%, et passeraient de 7,7 millions FM (tableau 7) à environ 6,5 millions FM. Le total des dépenses récurrentes additionnelles s'élèverait donc à 11,1 millions FM, soit une économie de 5,7 millions FM par rapport au total de 16,8 millions FM figurant au tableau 7.

Cependant, avant de s'enthousiasmer pour ce procédé très prometteur de réduction des coûts du PSR, il nous faut tenir compte des réserves faites par le médecin-chef et d'autres personnes quant à la praticabilité d'affecter

des programmes de voyage "en brousse" chargés (trois ou même deux par semaine) au personnel, au taux d'indemnités journalières actuel de 1 000 FM. Ceci est une réalité malienne--le fait que l'on dépende du bon vouloir du fonctionnaire moyen à faire des efforts vu les récompenses et sanctions associées au service public et vu la paralysie qu'il peut observer autour de lui, qui est en partie due à la compression des appropriations budgétaires pour des dépenses non liées au personnel.

Dès lors, une partie de l'économie de 5,7 millions FM calculée plus haut devrait être sacrifiée pour des indemnités journalières plus élevées (mise à part la question de savoir si le gouvernement malien pourrait autoriser des indemnités journalières de plus de 1 000 FM pour le personnel d'échelon moyen). En supposant que celles-ci passent à 2 000 FM par jour pour tout le monde, elles coûteraient : 120 personne-sorties x 12 mois (en supposant toujours une supervision mensuelle) x 2 000 FM = 2,9 millions FM, soit en gros la moitié de l'économie réalisée.

#### Réduction des frais de véhicules (mobylettes)

Le PSR a, à diverses reprises, fait des essais ou envisagé sérieusement d'appliquer trois formules différentes pour la gestion de l'important parc mobylettes du projet. La première formule appliquée consistait à affecter quotidiennement les mobylettes, selon les disponibilités, à partir d'un parc central. Avant longtemps, la direction du projet fut préoccupée par la détérioration rapide du parc, attribuée en grande partie au fait que le personnel n'étant pas propriétaire des véhicules il négligeait d'en prendre soin.

Ceci résulta, au début de l'année 1979, en l'instauration d'une nouvelle formule selon laquelle des mobylettes particulières étaient attribuées aux fonctionnaires régulièrement affectés au PSR, pour leur usage personnel ainsi

que professionnel, dont ils pouvaient devenir propriétaires avec 24 paiements mensuels de 5 000 FM, qui correspondaient alors au 24ème du prix caf d'importation de 120 000 FM. A Koro, le personnel recevait une dotation hebdomadaire de mélange de trois litres pour l'usage personnel des mobylettes; tous les frais d'entretien et de réparation étaient à la charge du projet, quel que soit le degré d'usage personnel ou la cause du dommage. Le plan était qu'au bout de deux ans le fonctionnaire était libre de vendre son véhicule et, s'il était prévu qu'il continue à travailler pour le projet pour une période assez longue, d'acheter un nouveau véhicule sous les mêmes conditions.

Le personnel bénéficiait ainsi de l'achat, sans intérêt et hors taxes, d'une mobylette. Avec un système de paiements égaux, un intérêt de 15% leur aurait coûté 820 FM par mois; les droits d'importation étant de 100% du prix caf, l'économie réalisée équivalait à 120 000 FM. Puisque les véhicules étaient financés par les fonds étrangers alloués au PSR, ni l'intérêt perçu ni l'exonération de taxes ne devraient être considérés comme des coûts d'opportunité du projet. Par contre, la dotation hebdomadaire de mélange est éminemment un coût d'opportunité du projet. Chiffré par Sissoko-Kelly à 400 FM/litre et donc à 62 400 FM par personne par année sur la base du prix à Mopti (voir tableau 3, p. 50), mais déjà plus correctement chiffré au prix à Koro de 500 FM/litre, ce prix a été relevé à 450 FM (550 FM pour le prix à Koro) au cours de l'année 1980, et serait de 550 FM (Mopti) ou 650 FM (Koro) depuis l'augmentation du prix de l'essence d'avril 1981. Au prix de Koro au mois d'avril, trois litres de mélange valent 1 950 FM, et une allocation annuelle par véhicule aurait coûté au projet 101 400 FM si le système n'avait pas été changé en janvier 1981.

Ce changement est survenu par suite de l'inquiétude de la direction face à l'augmentation foudroyante des frais d'entretien et de réparation, dont on pense qu'ils étaient fonction non seulement de la responsabilité illimitée du projet pour ces frais mais aussi de la difficulté inhérente pour le médecin-chef de vérifier les besoins et la valeur réelles. Selon les calculs du docteur Letarte, le PSR/Koro a payé en moyenne 6 066 FM par véhicule par mois pour les 22 premiers mois d'opération, soit environ 73 000 FM par an. Au prix des pièces détachées en 1981--le prix caf du véhicule lui-même est maintenant de 165 000 FM, soit une augmentation de 38%--le taux annuel actuel pourrait facilement être de 100 000 FM, ce qui, ajouté à la dotation hebdomadaire, coûterait au PSR/Koro 200 000 FM par an en frais directs par véhicule, soit 1,6 million FM pour huit véhicules.

Vu ces frais, la direction du projet a décidé provisoirement de supprimer la dotation hebdomadaire, de rendre chaque fonctionnaire responsable des réparations de son propre véhicule et de limiter la responsabilité du projet à un paiement forfaitaire mensuel de 15 000 FM, avec lequel les fonctionnaires qui n'avaient pas encore fini de payer leur véhicule (en avril, trois personnes à Koro avaient terminé leurs paiements) continueraient à payer leurs mensualités--5 000 FM pour ceux dont les mobylettes avaient coûté 120 000 FM, et 6 875 FM pour ceux dont les mobylettes avaient été achetées à 165 000 FM. Ainsi, le coût direct annuel par machine pour le PSR serait limité à 180 000 FM (12 x 15 000). En avril, cette nouvelle formule n'avait pas encore été approuvée, et les paiements forfaitaires mensuels n'avaient pas commencé.

Etant donné les contraintes financières discutées dans la section qui suit, la question est de savoir si les frais d'entretien du parc mobylettes

du projet ne pourraient pas être réduits. A l'avis des auteurs, il conviendrait d'envisager la réinstitution de la formule d'un parc véhicules contrôlé par le projet, et affecté d'un mécanicien à plein temps. Avec le programme actuel du PSR/Koro, il n'y a jamais plus de quatre véhicules utilisés pour la supervision pour un jour donné. En incluant deux véhicules de réserve, l'entretien de six véhicules par le projet ne devrait pas coûter plus de  $8 \times 180\ 000 = 1\ 440\ 000$  FM par an.

#### IV. FINANCEMENT DU PSR

##### Introduction

La présente section examinera les preuves relevant de l'objectif que s'est fixé le PSR d'établir si, selon les termes de l'Etude de Projet de l'USAID, "l'expansion et la duplication de ces services (par le Gouvernement du Mali est) financièrement faisable."<sup>58</sup>

Notre étude des dépenses récurrentes à la Section III reflétait notre conviction que s'il semblait probable qu'à l'avenir il y ait suffisamment de ressources maliennes pour faire fonctionner et maintenir une capacité à fournir des soins de santé primaires comme celle établie jusqu'ici dans le cadre du PSR, l'USAID et les autres organismes donateurs seraient prêts à prendre à leur charge les dépenses d'établissement entraînées par l'expansion de cette capacité à Koro et Yélimané ainsi qu'à d'autres cercles du Mali. En revanche, s'il semblait que la capacité en question, une fois établie, ne pourrait fonctionner et être maintenue que par un apport continu d'aide étrangère, la position des organismes donateurs serait probablement que la valeur sociale créée par des services du type de ceux qu'offrait le PSR au Mali était insuffisante pour compenser le coût d'opportunité entraîné par leur fourniture, même sans tenir compte des dépenses non récurrentes (c'est-à-dire dépenses de mise en place ou de développement). Les organismes donateurs en concluraient dès lors que l'affectation de ressources d'aide limitées à une activité du type du PSR n'est pas justifiable.

-----  
<sup>58</sup> USAID, op. cit., p. 13.

De plus, les organismes donateurs ne seraient pas les seuls à faire ce genre de calcul; il serait logique que les dirigeants maliens tirent la même conclusion. Appliquant les leçons tirées de l'étude du CILSS/Club du Sahel sur les dépenses récurrentes, les auteurs ont même été obligés de considérer la possibilité que les autorités maliennes, avant même que le PSR soit lancé, aient jugé, implicitement sinon explicitement, que les avantages sociaux de soins de santé primaires étaient insuffisants pour compenser le coût d'opportunité d'une allocation des ressources maliennes soit à l'établissement d'une capacité du type du PSR, soit à son fonctionnement ou son maintien. Selon cette hypothèse, leur raison pour néanmoins donner leur accord au projet aurait été que l'approche dite de "projet spécifique" de l'USAID réduisait, du point de vue malien, le coût social d'opportunité du PSR à une petite fraction de la valeur nominale en francs maliens de la contribution de l'USAID.

Lorsqu'un organisme donateur offre à un pays un montant X de fond d'assistance non affectés, le pays en question affectera cette somme comme il le ferait pour tout accroissement équivalent du revenu intérieur, en effectuant des dépenses supplémentaires dans différents secteurs de sorte que l'avantage social anticipé d'une dépense Y pour le Projet A est au moins égal à celui qu'aurait la même dépense Y si elle était faite plutôt pour le Projet B. Par conséquent, le coût social d'opportunité de la dépense Y pour le Projet A est l'avantage du Projet B auquel on renonce du fait que l'argent est dépensé pour A et non pour B.

Par contre, lorsqu'un organisme donateur exprime le désir de financer une approche expérimentale des soins de santé primaires, disons, et ne laisse pas entendre au pays récipiendaire que, s'il refuse cette offre, l'argent sera à sa disposition pour être utilisé selon les propres priorités de son gouvernement -- en fait, donne même l'impression opposée, à savoir que l'argent ne serait autrement disponible qu'à des fins auxquelles le récipiendaire attache une priorité peu élevée ou, cas extrême, que les fonds pourraient être alloués à un autre récipiendaire -- les avantages alors sacrifiés en renonçant aux autres usages possibles de ces ressources sont très réduits. L'approche de projet stricte que l'USAID, ainsi que la plupart des autres donateurs, a en fait appliquée au Mali, a précisément conduit à cette situation: du point de vue malien, le coût d'opportunité d'une dépense de 3,7 millions de dollars en ressources étrangères pour des services de santé primaires ruraux est considérablement moins élevé que la dépense équivalente de deux milliards de francs maliens de ressources intérieures pour ces mêmes services.<sup>59</sup>

Il a été clairement dit aux auteurs, par des responsables maliens ainsi que par des observateurs étrangers experts en affaires maliennes, que le gouvernement malien n'aurait pas, dans un avenir prévisible, alloué suffisamment de ressources budgétaires intérieures pour établir la capacité de prestation de services de santé primaires ruraux qui maintenant existe sous la forme du PSR, même en supposant que le Ministère de la Santé Publique ait pu reproduire la capacité actuelle

-----  
<sup>59</sup> La multiplication de 3,7 millions de dollars par un taux d'échange de 500 FM pour un dollar donne 1,85 milliard FM.

à un coût substantiellement moindre que celui qui a été encouru du fait de la participation de l'USAID et de HIID. Pour expliquer cela, il ne suffit pas de dire que le Mali ne pouvait pas "se permettre" d'établir le PSR avec des ressources intérieures, même à un coût moins élevé. Le Gouvernement du Mali a indiscutablement le droit souverain de réduire les allocations d'autres projets et secteurs, en débauchant par suite quelques centaines de fonctionnaires, et d'obtenir ainsi les ressources nécessaires à la sensibilisation des villages, au recrutement et à la formation d'agents de santé villageois et à la mise en route d'un programme de supervision et de distribution de médicaments. Le fait que le gouvernement n'ait pas utilisé ses propres ressources à cette fin indique qu'il a jugé que les avantages sociaux résultants ne justifieraient pas le coût d'opportunité en terme d'avantages sacrifiés avec d'autres usages possibles des revenus intérieurs.

Ceci peut sembler une manière euphémique de dire que la stabilité politique du pays serait menacée s'il commençait à licencier des fonctionnaires, à revenir sur ses promesses d'emploi aux diplômés de l'enseignement supérieur ou à supprimer les bourses de frais d'existence des étudiants au niveau secondaire et supérieur. Mais il n'y a pas un gouvernement au monde qui n'attribue pas une valeur sociale plus élevée à la stabilité politique, en d'autres termes à sa propre préservation, qu'à beaucoup d'autres utilisations possibles, ayant pour but le développement, des ressources en jeu. Il faut donc tenir compte des objectifs politiques lorsqu'on décrit le calcul,

implicite si ce n'est explicite, avantages-coût, auquel se livrent les gouvernements lorsqu'ils établissent leurs budgets.

Outre la réticence du gouvernement à allouer des revenus ordinaires à l'établissement de programmes du type du PSR, des responsables maliens ont également dit aux auteurs qu'il était hors de question, dans un avenir prévisible, de financer avec les budgets national ou régional les dépenses récurrentes additionnelles de ces programmes à un niveau qui se rapprocherait un tant soit peu de celui déterminé à la Section III, et ce même à l'échelle d'activité la plus réduite dans le cercle de Koro (soit la supervision d'H-S dans 43 villages et celle d'AT dans 16 villages). Toutefois, les responsables consultés étaient prêts à considérer toute formule qui pourrait être trouvée pour réunir d'autres ressources locales afin de couvrir les dépenses récurrentes.

Dans les sections qui suivent nous examinerons les raisons pour lesquelles un appui financier des dépenses récurrentes additionnelles du PSR par le budget gouvernemental semble avoir été exclu. Nous étudierons deux autres sources possibles pour le financement local de ces dépenses, à savoir: (1) une contribution spéciale des populations rurales servies par le projet, et (2) la marge bénéficiaire actuelle appliquée aux médicaments vendus par l'entremise du projet. Enfin, nous étudierons les implications des conclusions tirées dans ce domaine pour le mode opératoire du PSR.

## Financement du PSR par les budgets national et régional maliens

Notre objet ici est de déterminer le coût d'opportunité qui serait perçu par les autorités maliennes si elles destinaient une part des revenus intérieurs, lesquels sont librement allouables à la discrétion du gouvernement, à d'autres usages publics (ce qui distingue les ressources en question de la plupart des subventions d'aide étrangère), au financement des dépenses récurrentes additionnelles du PSR.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, ce coût d'opportunité comprend les avantages sacrifiés en renonçant à d'autres utilisations possibles du fait que le quantum X des revenus intérieurs est alloué au PSR plutôt qu'à ces autres utilisations (l'une de ces utilisations étant, bien entendu, de permettre aux unités économiques de consommer ou d'économiser les ressources en question comme elles l'entendent plutôt que de transférer celles-ci sous forme d'impôts au gouvernement). La mise en équation de "l'utilité sociale marginale" de différentes utilisations des fonds publics représente un autre procédé analytique pour envisager le même phénomène. Les gouvernements cherchent à mettre en équation l'utilité sociale de la dernière unité de ressources -- dans le cas présent, disons, un million de francs maliens -- allouée à chaque utilisation. Car dans la mesure où le schéma de dépense planifié du gouvernement n'a pas encore atteint cet équilibre, un avantage social net peut être créé en transférant un million de francs des fonds budgétaires de l'utilisation A où il produira moins d'utilité sociale (c'est-à-dire des avantages moindres) à l'utilisation B où il produira plus d'utilité ou d'avantages. Du point de vue du financement du PSR, la question devient alors: peut-on prévoir qu'à un moment donné les

autorités maliennes verront une plus grande utilité sociale à donner au PSR les 3,5 millions FM requis pour la supervision mensuelle de 113 ASV dans 43 villages du cercle de Koro qu'à allouer cette somme à d'autres utilisations ?

Pour répondre à cette question, il faut examiner certains paramètres des finances publiques du Mali. Les cadres maliens parlent de leur budget national comme d'un "budget de salaires". Cela est-il plus vrai au Mali que dans d'autres pays pauvres ? Pour voir si ceci est justifié, nous nous référerons à la publication du FMI, Government Finance Statistics Yearbook, édition de 1979, qui présente les paramètres budgétaires de 109 pays sous une forme comparable.<sup>60</sup> Pour les pays en voie de développement dont 26 en Afrique et 29 en Asie et dans l'hémisphère occidental, le tableau du FMI donne les rémunérations et salaires sous forme de pourcentage des dépenses totales du gouvernement central, crédit net inclus, pour une année donnée entre 1973 et 1978 (dans la plupart des cas 1977). Parmi ces 55 pays, le pourcentage du Mali est le plus élevé: 54,15%; la Haute-Volta vient en seconde place avec 51,44%. Aucun autre pays africain n'atteint 40%.

Afin de pouvoir travailler de manière productive, les fonctionnaires ont besoin d'intrants complémentaires -- biens et services achetés à l'extérieur du gouvernement. Le même tableau du FMI nous permet de comparer "les autres achats de biens et de services" (c'est-à-dire autres que les rémunérations et salaires) comme un ratio de ceux-ci. Le ratio du Mali (0,255) est, après celui de l'Ile Maurice (0,226), le

<sup>60</sup> FMI, op. cit., pp. 17 et 19.

plus bas en Afrique. Si l'on compare la taille de l'Ile Maurice et son accès facile aux ressources de pétrole avec l'étendue du Mali et son éloignement de celles-ci, il est immédiatement manifeste qu'une intensité donnée de contact entre les autorités gouvernementales et la population peut être maintenue pour un coût de transport beaucoup plus bas à l'Ile Maurice qu'au Mali.

Il est peut-être plus pertinent de comparer le ratio de ces autres biens et services aux rémunérations et salaires des pays du Sahel qui ont un héritage colonial français commun en ce qui concerne les finances gouvernementales. Nous donnons ci-dessous ce ratio pour les quatre pays francophones du Sahel compris dans le tableau du FMI:

Mali	0,255
Niger	0,964
Sénégal	0,682
Haute-Volta	0,296

L'impact au Niger des revenus croissants provenant de l'uranium est clair, comme l'est également le stade de développement plus avancé atteint par le Sénégal avec ses 340 dollars de PNB par habitant en 1978 par rapport à 120 dollars pour le Mali et 160 dollars pour la Haute-Volta.<sup>61</sup>

Le ratio très bas de ces autres biens et services aux dépenses de personnel indique l'existence d'une quantité substantielle de potentiel humain non utilisé dans tout le secteur public -- personnel sous-utilisé en raison du manque d'intrants complémentaires -- de sorte que des accroissements de production (c'est-à-dire la prestation de services supplémentaires au public) peuvent être obtenus à relativement bon

<sup>61</sup> Banque mondiale, World Development Report, 1980, p. 110

marché par l'achat d'intrants sans une augmentation des dépenses de personnel. En fait, nous avons déjà vu que cette situation s'applique aux services sanitaires des cercles, comme illustré par Koro. Les exemples d'immobilisation de fonctionnaires du fait du manque d'intrants achetés abondent dans l'administration malienne. La plupart des parcs de véhicules des organismes publics ont cessé de fonctionner. Ce n'est que dans les projets dont les dépenses de transport sont financées par une aide étrangère que l'on trouve des encadreurs agricoles et des fonctionnaires de la santé circulant parmi la population ou des équipes de l'Opération Puits effectuant des creusements de puits. L'efficacité des soins sanitaires dans les dispensaires d'arrondissement, centres de santé de cercle et hôpitaux régionaux est gravement entravée par une pénurie de médicaments de base (les auteurs ont pu eux-mêmes l'observer au dispensaire de Toroli et au centre de santé de Koro). Le phénomène est à son paroxysme au Ministère du Plan où la reproduction et la distribution des rapports statistiques subissent de longs retards parce que les fonds manquent pour acheter du papier.

Comme on peut s'y attendre, le resserrement des ressources fiscales que connaît le Mali depuis 1977 n'a fait qu'aggraver cette situation. Les salaires de l'état nominatif du secteur public et du secteur militaire ont un droit prioritaire sur les ressources du gouvernement; pour y faire face, le Mali a dû détourner des fonds alloués à d'autres utilisations. Au 31 décembre 1980, les impayés pour les factures de fournisseurs excédaient 5 milliards FM. En 1978, le système de Comptes de chèques postaux a cessé de fonctionner pendant

un certain temps, le Trésor Public profitant du délai d'encaissement du système pour payer les salaires. Depuis deux ans (1980 et 1981), le budget des dépenses de matériel de chaque service public, à l'exception du Ministère de la Santé, a été maintenu à son niveau de 1979. Avec une inflation annuelle entre 10 et 15% -- supérieure pour l'essence qui a augmenté de 43% en moins de deux ans -- ceci signifie une baisse réelle des biens et services achetés.

En 1980, la pression exercée par la Fonction publique pour récupérer le pouvoir d'achat perdu à cause de l'inflation a conduit le gouvernement à accroître les salaires de 10% et à avancer chaque employé de deux échelons, ce qui a provoqué un dépassement substantiel du budget alloué au personnel. Ceci a été financé essentiellement de deux façons: premièrement en annulant l'allocation pour les dépenses de matériel du quatrième trimestre (1980) de chaque organisme public, à l'exception du Ministère de la Santé, et deuxièmement en puisant dans les fonds alloués au budget 1981. Malgré cet effort pour faire face aux salaires, en avril 1981 les paiements de salaires étaient en retard de 20 jours en moyenne (à la mi-avril, l'auteur malien n'avait toujours pas reçu son salaire de février).

La conclusion à tirer de ces indicateurs de resserrement fiscal est que, du point de vue du gouvernement national, l'utilité marginale sociale d'une dépense supplémentaire de 3,5 millions FM faite à sa discrétion, équivalente au coût d'opportunité social de la dépense de cette somme pour les achats de matériel du PSR, correspond d'abord et surtout au sentiment de soulagement bureaucratique créé par un retard moindre dans le paiement des salaires mensuels des fonctionnaires,

et, en second lieu, à l'accroissement sensible d'activité qui peut être obtenu dans presque chaque secteur du gouvernement en mettant à la disposition de celui-ci une petite portion d'intrants achetés supplémentaires. C'est avec ces avantages marginaux très perceptibles au niveau national que le PSR est en concurrence pour l'obtention d'une part plus grande du budget gouvernemental malien. Pas étonnant dès lors que des cadres dignes de foi du Ministère des Finances aient dit aux auteurs que ce serait un exercice futile pour le PSR de demander que le budget national assume, dans un avenir prévisible, les dépenses récurrentes actuellement couvertes par l'USAID.

Le coût d'opportunité social d'une augmentation des dépenses budgétaires nationales pour le PSR devient encore plus clair lorsqu'on examine le budget régional de Mopti et les implications du resserrement fiscal pour les activités administratives au niveau régional et à celui du cercle. Dans son introduction au budget prévisionnel pour 1981, le gouverneur avertit que si l'on n'augmente pas l'appropriation faite pour la réception des délégations officielles, dont il prétend que le nombre est plus élevé à Mopti que dans toute autre région, "la région sera exposée à de graves difficultés financières, qui la forceront à l'occasion à faire des acrobaties fiscales peu orthodoxes et à ne pas recommander."<sup>62</sup> Sur cette base, le budget prévisionnel inclut pour 1981 une appropriation de 13 millions FM (28 000 dollars U.S.) pour "fêtes et cérémonies publiques" comparée à une allocation de 1,2 million FM en 1980; en l'occurrence, comme toutes les autres appropriations non liées au personnel, celle-ci aussi est restée à son niveau de 1979.

---

<sup>62</sup> Gouvernement du Mali, Sous-Ordonnancement Mopti, op. cit., Note de présentation du Gouverneur.

Note du traducteur: La traduction de cette citation ainsi que celles qui suivent est approximative, le texte français original n'étant pas disponible.

Le gouverneur se plaint ensuite de la pénurie de logements de fonction, déclarant que la plupart des chefs de service et cadres régionaux sont "contraints de vivre de façon indécente", et cite le quasi écroulement de certains des bureaux à Mopti (que les auteurs ont pu eux-mêmes observer). Le budget prévisionnel inclut 34,7 millions FM pour l'entretien des bâtiments et logements; une fois de plus, le plafond de 3,8 millions FM (moins de 6 000 dollars U.S.) de 1979 a été maintenu.

Passant aux services économiques, le gouverneur signale l'inflation presque journalière qui affecte les coûts d'entretien des routes et de l'hydraulique rurale, et décrit les appropriations actuelles dans ce domaine comme "insignifiantes" par rapport aux coûts réels. Le budget prévisionnel demande 19,7 millions FM en dépenses de matériel pour l'entretien des routes et 11,6 millions FM pour l'hydraulique rurale, comparé à 11,8 millions FM de dépenses de personnel pour les deux services réunis, visant ainsi un ratio matériel/personnel de 2,65. En l'occurrence, les appropriations de 1980 de 4,1 millions et 1,7 million FM (8 200 et 3 400 dollars américains), respectivement, ont été conservées, maintenant donc ces deux services fondés sur un usage intensif de matériel à un ratio matériel/personnel de 0,49.<sup>63</sup> Ainsi, l'entretien des routes et de l'hydraulique rurale est pratiquement limité aux projets d'assistance financés en dehors du budget.

---

<sup>63</sup> Les chiffres pour les appropriations 1980 représentent les fonds réellement transférés de Bamako, lesquels, selon la note du gouverneur, ont toujours été inférieurs aux allocations budgétaires approuvées -- autre source de mécontentement. Chiffres obtenus d'après les Mandats de Délégation particuliers, 3<sup>ème</sup> trimestre 1980, au Sous-Ordonnancement de Mopti, et multipliés par quatre.

Dans le secteur de l'enseignement de premier cycle, le budget prévisionnel demandait 31,5 millions FM pour les achats de fournitures scolaires, mais là encore la région n'a obtenu que l'appropriation de 1980, 8 millions FM, soit un peu moins de 16 000 FM (31 dollars U.S.) par enseignant pour ses 511 enseignants. Dans ce secteur, une somme plus importante est disponible pour les dépenses de matériel grâce aux cotisations prélevées par l'Association des Parents d'Elèves, mais il n'existe pas de document quant à sa répartition entre le matériel pédagogique proprement dit et le mobilier (pupitres et bancs), l'entretien et les réparations et la construction de nouveaux locaux. Dans l'arrondissement de Toroli, les populations locales ont construit trois classes mais celles-ci sont vides depuis trois ans ou plus en raison du manque d'enseignants; le chef d'arrondissement a déclaré qu'il n'y avait pas de plan concret pour affecter un effectif à ces écoles dans un avenir proche.

Au total, la région de Mopti avait proposé des dépenses budgétaires de matériel s'élevant à 123 millions FM pour 1981, avec un ratio de dépenses matériel/personnel de  $123/928 = 0,133$ ; comme les six autres régions du Mali, son budget a été maintenu à son niveau d'appropriation pour les dépenses de matériel de 1980, soit 65,5 millions FM. Avec 912,1 millions FM de dépenses de personnel approuvés par le gouvernement central (ce qui équivaut à 98% de ce que la région avait demandé pour cette catégorie), la région est tenue à un ratio de dépenses budgétaires matériel/personnel de  $65/912 = 0,071$ . Il convient de répéter que les dépenses de matériel réelles comportent une somme sensiblement plus importante financée en dehors du budget par l'aide étrangère; toutefois,

ce qui importe dans le cadre de cette section c'est la disponibilité des fonds provenant des budgets national et régional.

Enfin, venons-en au secteur santé. Ici, la région avait prévu au budget 201,2 millions FM en frais de personnel pour 339 employés, par rapport à 15,2 millions FM pour le matériel, y compris les médicaments, ce qui donne un ratio de dépenses matériel/personnel de 0,07. Pour le cercle de Koro même, le budget de l'Assistance Médicale pour 1981 est le suivant:

	<u>milliers de FM</u>
Soldes nets et allocations de résidence	12 861
Autres dépenses de personnel	4 943
Dépenses de matériel à l'exclusion des médicaments*	448
Médicaments (estimation**)	<u>380</u>
Total, budget de l'AM	18 630

Si l'on inclut les médicaments, le ratio des dépenses matériel/personnel pour Koro est de  $828/17\ 804 = 0,047$ .

\* Ce chiffre est égal à quatre fois le montant réellement remis chaque trimestre au médecin-chef, qui est de 112 000 FM, ce qui ne représente que 77% du montant de 583 000 FM qui est prévu au budget.

\*\*L'allocation pour les achats de médicaments inscrite au budget régional n'est pas répartie par cercle. Ce chiffre suppose que l'AM de Koro reçoit la même portion de l'allocation du budget régional 1981 pour les achats de médicaments (3,8 millions FM) que l'allocation prévue au budget pour les autres dépenses de matériel du cercle (soit 10%).

Selon le médecin-chef, le schéma de dépenses de matériel non pharmaceutique pour le premier trimestre de 1981, présenté ci-dessous, est typique:

<u>Fonctionnement de l'AM</u>	<u>FM</u>
<u>Transport</u>	
100 litres d'essence x 450 FM (prix de détail à Koro avant l'augmentation de 100 FM par litre d'avril 1981)	45 000
Huile	13 400
Réparation de la Land Rover	3 100
<u>Fournitures de bureau</u>	
Cahiers	18 000
50 Bic bleus	2 500
<u>Service d'hygiène</u>	
57 litres de pétrole (pour le réfrigérateur)	19 950
Allumettes	50
<u>Protection maternelle et infantile</u>	
Dix sacs de charbon de bois	10 000
Puisette (caoutchouc)	1 000
<b>Total</b>	<b>113 000</b>

Selon la procédure normale, le médecin-chef se rend au siège régional une fois par trimestre. Le voyage aller-retour Koro-Mopti en Land Rover consomme 80 litres d'essence, ce qui laisse 20 litres par trimestre, permettant de couvrir environ 100 kilomètres, pour les voyages en Land Rover dans le cercle. (Au nouveau prix de l'essence de 550 FM le litre, 80 litres coûtent 44 000 FM soit 39% du budget

total pour le matériel non pharmaceutique).

Le budget ne comprend aucune allocation pour le transport autre qu'avec la Land Rover de l'AM (achetée avant l'arrivée du PSR avec des fonds donnés par les travailleurs migrants de Koro en exode en Côte-d'Ivoire), ou pour les indemnités de déplacement. Les responsables gouvernementaux consultés par les auteurs, tant au sein du Ministère de la Santé Publique qu'ailleurs, sont de l'avis unanime que si le financement des dépenses récurrentes du PSR par l'USAID venait à cesser, les règlements applicables dans tous les secteurs gouvernementaux, dictés par le resserrement fiscal mentionné plus haut, ne permettraient pas d'utiliser les fonds budgétaires de l'AM pour les paiements mensuels pour mobylettes ni pour le paiement d'indemnités au personnel.

La question se pose de savoir si le budget de matériel de l'AM de Koro est inférieur à ce qu'il serait sans le financement extra-budgétaire fourni par l'entremise du PSR. Le tableau 9 montre que Koro se situe à la troisième place parmi les huit cercles de la région de Mopti pour ce qui est du budget de matériel par poste d'emploi. Les allocations plus élevées de Ténenkou et Youvarou ne compensent que partiellement les dépenses de transport extraordinaires de ces cercles résultant de leurs fréquentes inondations. La moitié des cercles bénéficient de la même allocation absolue que Koro, deux autres cercles ne reçoivent que 6% de plus (543 000 FM).

Comment justifier alors, du point de vue de l'équité, une augmentation du budget de matériel de l'AM de Koro seule de 700% -- soit de 3,5 millions FM en plus de 511 000 FM ou 880% en plus des 448 000 FM effectivement transférés à l'heure actuelle -- pour que le PSR puisse

Tableau 9

Allocation budgétaire pour matériel, pour 1981, par poste d'emploi,  
Assistance médicale des huit cercles de la région de Mopti

Assistance médicale	(1) Allocation pour matériel (à l'exclusion des médi- caments), budget régio- nal de Mopti pour 1981 (milliers de FM)*	(2) Nombre de postes d'emploi, budget régional de Mopti pour 1981	(3) Allocation par poste d'emploi (1) / (2) (milliers de FM)
Bandiagara	542	37	15
Bankass	511	32	16
Djenné	543	37	15
Douentza	511	38	13
Koro	511	32	16
Mopti	1 098	93	12
Ténenkou	511	29	18
Youvarou	619	21	29

\* Les chiffres ne portent que sur l'Assistance Médicale et n'incluent pas des allocations mineures (à certains cercles uniquement) pour les services d'hygiène et la protection maternelle et infantile.

continuer la supervision mensuelle de 113 ASV dans 43 villages une fois que les fonds de l'USAID seront épuisés (ou seront restreints au financement des dépenses non récurrentes d'expansion du programme) ? Quelle est la probabilité que le gouvernement accepte dans un avenir proche d'allouer à Koro 16,8 millions FM de plus pour couvrir les dépenses récurrentes d'un PSR qui fournit des soins de santé primaires à 60% de la population (cf. Tableau 8, p. 86) ? Comment le gouvernement

pourrait-il justifier cela aux yeux des 45 autres assistances médicales du Mali, lesquelles ne manqueraient pas de signaler toutes les activités supplémentaires qu'elles pourraient entreprendre si on leur attribuait un budget de matériel additionnel de 373 000 FM (= 16,8 millions FM/45 cercles, ce qui équivaut à 70% du budget de matériel moyen actuel des sept cercles périphériques de la région de Mopti) ?

C'est ce genre de considération que les cadres financiers ont en tête lorsqu'ils disent que le budget gouvernemental ne peut pas prendre à sa charge les dépenses récurrentes du PSR actuellement financées par l'USAID. C'est à eux qu'il incombe d'assister le Conseil des Ministres à mettre en équation l'utilité marginale sociale de dépenses budgétaires dans différents secteurs et pour différents usages utilitaires, et donc à connaître à peu près l'urgence des besoins restant à satisfaire à la limite des dépenses de chaque service. Ils savent ce que les 45 assistances médicales pourraient faire avec 373 000 FM de plus en dépenses de matériel, tout comme ils savent ce que 450 différents services nationaux, régionaux et de cercle pourraient faire avec juste 37 300 FM de plus en intrants achetés. Mais ils sont tenus de rester dans les limites établies: pour la région de Mopti un ratio matériel/personnel de 0,76, pour l'AM de Koro un ratio de 0,047, et pour l'ensemble du gouvernement un ratio qui maintenant pourrait fort bien être inférieur à 0,20, comparé à celui de 0,255 dérivé des calculs du FMI pour l'année 1977 (si l'on tient compte de la stagnation des dépenses nominales de matériel depuis 1979 par rapport à l'augmentation annuelle de 15% pour les dépenses de personnel). Car agir autrement signifierait

accroître le retard dans le paiement des salaires de la Fonction publique, avec les risques politiques que ceci comporte.

Sous ce jour, il convient de réexaminer les chiffres de dépenses par personne obtenus à la Section III. Au tableau 7 (pp. 84-85), nous avons montré comment une couverture de 60% du cercle de Koro (dans le sens où la population a accès aux soins de santé primaires dans la ville ou le village même) pourrait être obtenue pour une dépense récurrente additionnelle de 183 FM, soit 37 cents U.S. par personne. Par comparaison, les dépenses de matériel additionnelles pour le maintien du programme actuel ont été estimées à 95 FM (19 cents U.S.) par personne. Considérées en dehors du contexte du budget du cercle, ces dépenses paraissent ridiculement basses. Mais rapprochons ces chiffres de ceux du budget total de l'AM de Koro pour 1981 (sans les dépenses du PSR qui sont financées par l'USAID) figurant à la page 113. Pour un total de 18,6 millions FM, cela fait presque exactement 100 FM, ou 20 cents U.S., par personne pour la population de Koro. Dès lors, on voit que la solution la moins ambitieuse étudiée à la Section III - soit le maintien du réseau actuel d'ASV -- double presque la dépense budgétaire par personne pour la population des 43 villages concernés. L'extension de la couverture à 60% de la population, soit 92 000 personnes couvertes par le PSR (outre les quelque 20 000 couvertes en dehors de celui-ci), entraîne une dépense budgétaire par personne presque triple pour cette population (183 FM qui s'ajoutent aux 100 FM actuels).

Le contraste est encore plus frappant lorsqu'on considère que le budget de matériel non pharmaceutique de l'AM de Koro représente une dépense de 2,4 FM par personne pour la population du cercle (448 000

FM/185 000 personnes), et qu'une dépense de 95 FM par personne donnerait un total quarante fois plus élevé pour la population concernée.

Nous concluons que de telles augmentations dans les allocations budgétaires destinées aux populations rurales ne sont pas réalistes vu la situation fiscale du Mali.

#### Financement du PSR par une contribution spéciale de ses bénéficiaires

Ayant exclu la possibilité de la pleine prise en charge des dépenses récurrentes additionnelles du PSR par le budget national, nous étudierons maintenant les possibilités d'obtenir des revenus complémentaires auprès des populations rurales qui bénéficient de ses services.

La section suivante traitera de la possibilité de financer le PSR grâce à la marge bénéficiaire appliquée aux prix de vente des médicaments. Dans celle-ci, nous nous concentrerons sur les possibilités d'attirer une contribution directe de la population bénéficiaire en dehors de cette marge.

Lorsqu'on analyse la capacité d'une population donnée à payer pour des services sanitaires, le point de départ est de tenter de mesurer les revenus en espèces de celle-ci. Les auteurs n'ont pu trouver qu'un seul rapport systématique sur les revenus en espèces à Koro, celui préparé par la VCP, B. Lambl, en juin 1978, lequel est résumé au tableau 10. Les chiffres de Lambl ne portent que sur les revenus des récoltes et représentent des moyennes estimatives fournies par des encadreurs agricoles de l'Opération Mil et les chefs de trois villages de Toroli. Il n'existe pas d'estimation du revenu moyen provenant de la vente

de bétail, qui tend à être sporadique et à obéir à des besoins occasionnels ou imprévisibles »

Tableau 10

Estimations de B. Lambl de la production et des ventes de récolte d'une famille Dogon moyenne (12 à 15 personnes dont 6 ou 7 sont actives)

Récolte	Production (kg)	Consommation de subsistance (kg)	Ventes		
			Volume (kg)	Prix (FM/1000 kg)	Produit FM
Mil	2 500 <sup>+</sup>	1000-2000	650* 750**	7 000* 3 600**	45 500* 27 000**
Fonyo	600 700	400	300	10 000	30 000
Arachides	500 600	150	450	10 000	45 000
Haricots	200-300	100	100-200	?	?
Pois de terre	200-300	100	100-200	?	?
Oseille	175	50	125	?	?
Total					147 500

\* Ventes sur le marché libre

\*\* Commercialisation par l'intermédiaire de l'OPAM

Le chiffre de Lambl pour la production de mil correspond à peu près à celui qui a été donné aux auteurs lors de leur rencontre avec le chef de village et les anciens de Koromatintin, lesquels ont déclaré qu'une famille normale, au cours d'une saison normale, remplit un de ses trois greniers, d'une contenance de 20 sacs (2 000 kg). Par contre, l'information rassemblée à Koromatintin et à Sansagou-Pin indiquait que l'OPAM avait requis pour chaque village, pour 1980/81,

une commercialisation d'environ un demi-sac seulement par imposable, le nombre des imposables correspondant à peu près au nombre des actifs. Dès lors, la commercialisation pour l'année en cours d'une famille avec 6 à 7 actifs aurait été de 300-350 kg seulement contre les 750 kg cités par Lambl. La vente de la différence sur le marché libre produirait de 13 à 15 000 FM de plus, soit 10% qui sont à ajouter à l'estimation faite par Lambl pour le revenu en espèces provenant de la vente des récoltes.

Il convient de noter que les prix du mil cités par Lambl pour 1978, tant celui du marché libre que celui de l'OPAM, sont virtuellement identiques à ceux cités par les villageois et les fonctionnaires au cours de la tournée des auteurs presque trois ans plus tard. Les prix de détail dans les villes ont bien entendu augmenté mais, avec une augmentation beaucoup plus rapide des dépenses liées à la commercialisation (notamment frais de transport), les revenus des producteurs n'ont guère changé, ce qui signifie que les termes d'échanges des paysans se sont détériorés.

L'enquête de Lambl donnait la décomposition suivante des dépenses en espèces annuelles par famille Dogon<sup>64</sup>:

	<u>Milliers de FM</u>
Impôts et cotisations scolaires	30
Fêtes, mariages, baptêmes	20
Nourriture en période de soudure	60

<sup>64</sup> Lambl, page 8. Il semble que le terme "condiments" désigne, outre les épices, des denrées telles que sucre, sel, noix de kola et autres aliments d'appoint d'un régime consistant essentiellement en hydrates de carbone.

138x

	<u>Milliers de FM</u>
(Report page précédente)	110
Condiments	20
Habillement	10
Maladies	<u>10</u>
Total	150

Etant donné un revenu en espèces des récoltes supérieur à 147 500 FM, des ventes occasionnelles de bétail et le fait que les impôts et autres cotisations paraissent être de 5 à 10 000 FM inférieurs à ceux indiqués par Lambl (voir ci-dessous), les autres catégories de dépenses devraient normalement être un peu plus élevées que ce qu'elle a estimé.

Les auteurs ont eu la possibilité de relever les chiffres des avertissements d'impôts (ou rôle fiscal) des deux villages qu'ils ont visités en avril 1981; ceux-ci sont donnés au tableau 11. En supposant 6 à 7 imposables par cellule familiale, le fardeau fiscal annuel par famille s'élèverait à 20-26 000 FM, soit de l'ordre de 15% des revenus bruts en espèces.

A la Section III, nous étions parvenus à une fourchette de 95-183 FM pour les dépenses récurrentes additionnelles par personne que le PSR occasionnerait pour l'Assistance Médicale, médicaments exclus. Si ces dépenses devaient être assumées par la population, elles représenteraient un fardeau annuel de 1 100-2 750 FM par cellule familiale de 12 à 15 personnes. Manifestement, cette somme serait dans les moyens d'une famille ayant le revenu en espèces estimé par Lambl au tableau 10.

Tableau 11

Avertissements d'impôts pour 1981 des villages de Koromatintin et  
Sansagou-Pin, arrondissement de Toron

Article	Taux (FM/unité)	Koromatintin			Sansagou-Pin		
		Nbre d'unités	Valeur (milliers FM)	% du total	Nbre d'unités	Valeur (milliers FM)	% du total
<b>Impôts</b>							
Minimum fiscal (par imposable)	1 275	169	215	37%	209	266	34%
Taxe de développement (par imposable)	225	169	38	7%	209	47	6%
Taxe armes de traite	1 250	7	9	2%	9	11	1%
Taxe sur le bétail							
Sous-total			62	11%		145	19%
Bovins	400	80			220		
Chèvres	70	360			641		
Anes	150	21			20		
Chevaux	1 300	1			7		
Sous-total, impôts			324	57%		469	60%
<b>Cotisations (par imposable)</b>							
CAC	500	169	84	15%	209	104	13%
Jeunesse et Scolaire*	1 000	169	169	29%	209	209	27%
Comité d'action sociale de Koro**	-	169	-	-	209	-	-
Sous-total, cotisations	1 500	169	253	44%	209	403	40%
Totaux			577	100%		783	100%
Moyenne payable par imposable (FM)			417			3 747	

\*Etait de 500 FM en 1980, dont 300 FM pour l'Association des Parents d'Elèves et 200 FM pour l'Union Nationale de la Jeunesse Malienne. Au 1er avril, l'allocation pour 1981 n'avait pas été annoncée.

\*\*Créé pour promouvoir la construction d'un bloc opératoire au centre de santé de Koro. La cotisation obligatoire de 500 FM prélevée en 1980 n'a pas été renouvelée en 1981 bien que la catégorie figure toujours sur l'avertissement d'impôts.

De fait, elle correspondrait, au maximum, à un simple quart de ce que les villageois Dogons dépensent déjà pour les maladies au cours d'une année normale, selon ce qui a été rapporté à Lambl. Si l'on ajoute à cela la moyenne des estimations faites par Sissoko-Kelly-Letarte pour les achats de médicaments par personnes (p. 33), soit environ 100 FM, on obtient une dépense maximum par famille de 4 250 FM, laquelle représente toujours moins que la moitié des dépenses supposées.

En conséquence, dans le sens où le gouvernement malien pourrait "se permettre" de prendre à sa charge les dépenses récurrentes additionnelles des opérations existantes du PSR à Koro, d'une version élargie de celui-ci couvrant 60% de la population du cercle ou même d'un effort similaire à l'échelle nationale (voir pp. 103-104), de même les villageois de Koro pourraient aussi "se permettre" de prendre à charge les dépenses additionnelles du PSR au moyen, disons, d'une cotisation sanitaire s'ajoutant aux deux cotisations actuelles inscrites au tableau 11. Une cotisation se situant entre 190 et 370 FM par imposable, disons entre 200 et 400, prélevée uniquement dans les villages desservis par des équipes d'ASV, suffirait. (Les imposables ne constituant que la moitié de la population, il suffit de doubler le chiffre du coût par personne.) Ceci est moins élevé que la cotisation de 500 FM prélevée l'an dernier pour le bloc opératoire du centre de santé de Koro, qui n'a pas été renouvelée en 1981 (quoique le fardeau des imposables n'en ait pas été allégé pour autant puisque la cotisation "jeunesse et scolaire" est, elle, passée à 1 000 FM).

Il pourrait fort bien s'avérer que ce soit la seule façon possible

de financer un programme de supervision continu une fois que l'aide étrangère ne sera plus là pour couvrir les dépenses récurrentes (ou que le gouvernement décide de procéder à une expansion du programme qui excède l'aide disponible pour le secteur). Toutefois, l'introduction de cette cotisation modifierait les règles sur lesquelles le PSR a été fondé à Koro et diminuerait la réceptivité de la population. A l'heure actuelle, on laisse entendre aux villages qui sont recrutés dans le programme qu'ils n'ont qu'à désigner des ASV et, par l'achat des médicaments dont ils ont besoin, à payer ensuite pour la reconstitution du stock de médicaments initial. La population est encouragée à fournir un appui à ses ASV, notamment en les aidant dans leur travail aux champs, mais, comme nous l'avons vu plus haut (pp.35-36), les villageois découvrent en général que ceci n'est pas nécessaire pour que les ASV continuent à exercer.

Par contre, si on fait entendre aux nouveaux villages que leur participation au PSR signifie accepter de payer une cotisation annuelle supplémentaire de 400 MF par imposable (nous choisissons le montant le plus élevé car il s'applique au schéma d'expansion complète), il est probable, vu que même maintenant certains villages déclinent l'offre de participer, que moins de villages se rallieront volontairement au programme. Comme autre solution, si le gouvernement décidait que la réalisation de biens publics -- c'est-à-dire d'avantages dont chacun profite qu'il participe directement et paye pour des services personnels ou non -- par l'intermédiaire du PSR le justifie, il pourrait imposer une cotisation à tout ou tous villages, auquel cas les facteurs pour lesquels un village-

décide de participer ou non sont les mêmes qu'avant.

On peut imaginer plusieurs formules possible pour recouvrer auprès des villageois les cotisations permettant de financer les dépenses récurrentes additionnelles du PSR, qui comprennent la supervision, la livraison des médicaments et du matériel des trousseaux d'AT, la formation pour le remplacement d'H-S, et certains frais généraux associés. Le gouvernement pourrait (1) accroître le Minimum Fiscal qui est déterminé individuellement pour chaque cercle (depuis 1977 celui de Koro est de 1 275 FM, ce qui est inférieur à celui de tout autre cercle de la région de Mopti à l'exception du taux spécial appliqué aux nomades des cercles de Douentza et Youvarou); (2) imposer une cotisation spéciale qui apparaîtrait au bas de l'avertissement d'impôts de chaque village (voir tableau 11), et serait prélevée par la filière normale (c'est-à-dire par le chef de village qui la transférerait ensuite au chef d'arrondissement); ou (3) le conseil du village pourrait déterminer la population imposable et, court-circuitant le chef d'arrondissement, transmettre l'argent directement à l'AM. Pour cette dernière formule, on peut concevoir deux bases d'imposition possibles: (i) le chef de village prélève un montant fixe pour chaque imposable ou famille du village, ou (ii) les familles adhèrent volontairement au programme de santé en payant une cotisation annuelle à un trésorier désigné par le chef de village, et les membres des familles non adhérentes ne peuvent se prévaloir des services des ASV.<sup>65</sup>

---

<sup>65</sup> Cette formule, une sorte de programme d'assurance analogue aux programmes dits de santé communautaire aux Etats-Unis (community health plans), est en train d'être testée au Sénégal. Voir M. Over, "Five Primary Health Care Projects in the Sahel", Groupe de travail du Club du Sahel/CILSS sur les Dépenses Récurrentes des Programmes de Développement au Sahel, 1980.

A l'avis des auteurs, seule la seconde formule, celle de la cotisation spéciale, serait possible au Mali. L'augmentation du Minimum Fiscal serait tout simplement canalisée dans les trésors régional et national (l'impôt est réparti entre le gouvernement central et la région dans la proportion 60/40) où elle disparaîtrait vu la crise chronique d'espèces que connaît le gouvernement. Les auteurs ont été prévenus par des cadres du Ministère des Finances même que tous fonds étrangers destinés à couvrir les dépenses de matériel du PSR ne l'atteindraient jamais s'ils étaient versés aux comptes d'espèces réguliers du gouvernement.

La formule (3) ne peut pas être écartée aussi aisément, mais les auteurs sont d'avis qu'imposer au personnel de l'AM, en plus de ses autres fonctions, la tâche de prélever les cotisations dissiperait l'énergie de celui-ci et minerait aussi la solidité financière du PSR. (S'il devait prélever la redevance de santé, le personnel de supervision remplirait un rôle très différent de celui qu'il a actuellement, lequel consiste à fournir de nouvelles quantités de médicaments en échange du produit des ventes précédentes.) Le système normal de recouvrement des impôts s'appuie sur la force publique de l'Etat, et les auteurs ont vu de nombreux indices de l'efficacité de celui-ci. Ils se trouvaient être dans le bureau du chef d'arrondissement alors que celui-ci comptait l'argent qui lui avait été remis par un chef de village et a donné à ce dernier une date limite pour la remise du solde dû par le village. Ils ont entendu parler maintes fois de villageois se prêtant de l'argent entre eux et partant même en exode temporaire en Côte-d'Ivoire pour pouvoir payer leurs impôts. Le budget régional ne tolère qu'un déficit de 4% sur le recouvrement des impôts directs

auprès des villageois.<sup>66</sup>

En revanche, si le personnel de l'AM est chargé de recouvrer la redevance de santé lors de ses tournées de supervision, il trouvera souvent que le chef est absent lors de ses visites; s'il est là, il cherchera probablement à obtenir des délais avec l'excuse que les impôts sont écrasants ou que la récolte a été mauvaise. Le chef lui-même aura du mal à recouvrer la redevance si les H-S sont en exode temporaire ou si les superviseurs de l'AM ne passent pas pendant deux mois ou oublient d'apporter la quantité nécessaire d'un comprimé quelconque lors de leur passage. Les villageois qui n'ont pas profité des services des ASV, ou qui n'ont pas été satisfaits de ceux-ci lorsqu'ils l'ont fait, répugneront à payer.

L'autre possibilité d'une formule de souscription volontaire dépend du niveau de discipline que l'on peut escompter de la part des ASV. Il serait dans l'intérêt financier immédiat des ASV de servir les clients non adhérents qui offrent un paiement modeste pour leurs services, lequel ne contribuerait presque pas ou pas du tout aux dépenses de supervision de l'AM. En réalité, il est difficile d'imaginer comment un ASV pourrait refuser de donner conseil à un voisin malade, que celui-ci soit adhérent ou non -- en supposant que les adhérents dans leur ensemble choisissent de payer un montant fixe à l'AM. (Si nous appliquons notre coût estimatif pour une expansion maximum de 183 FM par habitant pour les deux villages figurant au tableau 10, Koromatintin (population: 333) et Sansagou-Pin (population: 380), nous obtenons un montant annuel d'environ 61 000 FM et 80 000 FM respectivement, soit environ 10% de l'avertissement d'impôts annuel.) Tous comptes

<sup>66</sup> Déterminé d'après deux articles du budget prévisionnel de 1981 intitulés "remises sur impôts directs" et "remises sur taxe de développement".

faits, les auteurs craignent que la recette provenant d'une souscription volontaire sur laquelle pourrait compter l'AM serait trop volatile d'une année à l'autre, les villages décidant d'adhérer au programme ou de ne plus y adhérer selon les caprices de la récolte, pour soutenir un programme régulier du supervision avec tous les coûts fixes afférents, tant de transport que de personnel.

En dernier ressort, il nous reste la formule (2), une cotisation destinée à des fins spécifiques semblable aux trois cotisations figurant au tableau 11 (dont la dernière, destinée au Comité d'action sociale de Koro pour la promotion d'un bloc opératoire pour le centre de santé, a été introduite en 1980 mais suspendue pour l'année en cours). Ces cotisations ont même force de loi, que ce soit de jure ou de facto, que les impôts directs (la partie supérieure du tableau 11). Si le gouvernement devait décider d'imposer une cotisation pour le PSR dans les cercles participants, il ne fait aucun doute que l'administration serait capable de la recouvrer au niveau de l'arrondissement et de l'acheminer jusqu'au médecin-chef par l'entremise du bureau du commandant de cercle. Par conséquent, ne reste plus qu'à examiner les facteurs pour et contre que l'administration du cercle, avec l'accord du Gouverneur régional et, au-dessus de celui-ci, de la Présidence de la République, envisagerait certainement pour décider si oui ou non il faut instituer une cotisation pour le PSR.

Tout d'abord, du côté pour, il y a l'aspect, "bien public" déjà mentionné du PSR, qui est l'ultime justification de presque toute taxation. Le bien public le plus tangible associé au PSR est l'accès qu'il fournit à des formes rudimentaires de soins sanitaires en cas de besoin. Un individu

peut ne jamais ou rarement consulter l'H-S de son village et ne rien contribuer à l'entretien de celui-ci (notamment supervision et réapprovisionnement par l'AM), néanmoins l'H-S et son stock de médicaments sont là si besoin est, représentant une forme d'assurance dont l'existence même améliore les conditions de vie de chaque membre de la communauté.<sup>67</sup>

Une autre forme de bien public théoriquement produit par le PSR est la réduction des risques d'infection pour les autres membres de la communauté du fait des traitements et des évacuations de patients dûs au H-S. Là encore, un villageois peut protester contre le fait d'être taxé pour financer le PSR et insister qu'il ne consultera jamais un ASV, mais il bénéficie néanmoins de cette réduction de risque. Les ASV réduisent également les risques d'infection pour toute la communauté dans la mesure où ils sensibilisent la population aux questions de santé et améliorent l'hygiène communautaire, un domaine dans lequel, assurément, on note peu de progrès par rapport aux espérances exprimées au départ dans l'Etude de Projet de l'USAD.

Une dernière notion de bien public pertinente dans ce contexte est le principe, fermement établi dans la doctrine politique du parti dirigeant du Mali, l'UDPM, que la communauté partage le bien-être ainsi que les souffrances de ses membres individuels. Dès lors, la prestation de soins sanitaires à un individu profite à toute la communauté, indépendamment de la réduction du risque d'infection ou de l'augmentation de la productivité.

---

<sup>67</sup> Voir M. Over, op. cit., et le rapport sur les Dépenses récurrentes des Programmes de Développement au Sahel, du Club du Sahel/CILSS, p.169.

L'existence de ces aspects "bien public" justifie que l'on impose à tous les membres économiquement actifs du village l'obligation de contribuer au coût du programme dans cette communauté. Dans cette lignée, les administrations locale et nationale pourraient fort bien conclure qu'une cotisation annuelle de 400 FM de la part des imposables de Koro est justifiée pour maintenir un programme qui a été mis en place presque sans aucune participation financière locale.

En même temps, l'administration ne voudrait pas prélever une telle cotisation sans sonder au préalable l'opinion publique au moyen d'une consultation effectuée auprès d'un échantillon des chefs de village et des dirigeants locaux du parti UDFM. Il ne fait aucun doute que ces personnes tiendraient compte des considérations "bien public" exposées ci-dessus ou de variantes de celles-ci. D'un autre côté, elles penseraient aussi sérieusement à (1) ce que la cotisation est destinée à payer exactement, et (2) ce que seraient les avantages tirés au regard de l'utilité marginale actuelle des dépenses en espèces des villageois de Koro.

La façon dont les chefs de village interpréteront l'utilisation finale d'une cotisation pour le PSR dépendra dans une mesure importante de leur perception des avantages qui sont dérivés du programme de supervision des ASV et des possibilités d'obtenir ces avantages à meilleur marché. La fonction de réapprovisionnement en médicaments, et dans une mesure moindre, de réapprovisionnement des trousseaux d'AT assurée par les superviseurs de l'AM recevra certainement une note élevée. Les notables de Koro comprendront que la seule autre manière d'obtenir des médicaments,

vu les lois actuelles (voir la section qui suit), est que l'H-S se déplace jusqu'au chef-lieu de cercle le plus proche.<sup>68</sup>

Par contre, il n'est pas clair quelle valeur ils attacheront aux autres fonctions des visites de supervision. Certains chefs de village sauront que certains superviseurs de l'AM -- mais en aucune façon tous -- saisissent l'occasion d'une visite de supervision pour une interaction avec les ASV telle que les compétences et le mode opératoire de ces derniers en sont améliorés. D'autres sont susceptibles d'avoir une impression moins favorable; ils trouveront que les visites sont une pure formalité et rejetteront l'idée de faire payer à la population une cotisation supplémentaire pour couvrir les frais de fonctionnement de mobylettes associés. De l'avis des auteurs, il serait bon que dans le cadre de l'évaluation approfondie du PSR prévue on sollicite l'assistance des administrations du cercle et de l'arrondissement pour qu'elles fassent un sondage auprès des chefs de village sur la possibilité d'une cotisation PSR comme dernier recours pour maintenir le programme actuel en fonctionnement.

Le principe d'une comparaison des avantages présentés par une cotisation PSR avec d'autres moyens qu'a un imposable de dépenser 400 FM -- en d'autres termes une évaluation implicite de l'utilité marginale des dépenses de consommation -- est tout aussi pertinente pour déterminer si une cotisation PSR est acceptable aux chefs locaux que l'était le même calcul pour déterminer si les gouvernements national et régional sont disposés à prendre en charge les dépenses récurrentes du PSR dans leurs budgets respectifs. A cet égard,

68 Dans certains autres cercles du Mali, les magasins de détail du CAC dans les chefs-lieux d'arrondissement stockent des produits pharmaceutiques mais certains se plaignent que le CAC tend à négliger cet aspect-là de son commerce au profit d'articles s'écoulant plus rapidement, tels que sel, sucre, piles.

plusieurs indicateurs ont été fournis aux auteurs:

1. Le fait que le Minimum Fiscal soit resté fixe depuis quatre ans, malgré une inflation des dépenses de l'administration gouvernementale de l'ordre de 50 à 60% durant la même période associée au resserrement fiscal décrit dans la section précédente, suggère de la part du gouvernement la perception que la population est trop pauvre pour supporter un élargissement des services publics. Sans tenir compte des impôts indirects ou subsides (qui sont très rares si tant est qu'il y en ait) sur les biens de consommation achetés par les villageois de Koro, aux charges fiscales directes de 20 à 26 000 FM, soit environ 15% du revenu en espèces brut (voir p.122), il faut ajouter le subside alimentaire d'une valeur de 14 à 28 000 FM (selon la période de l'année et le niveau correspondant du prix sur le marché libre) que chaque famille paysanne, comme définie au tableau 10, fournit sous la forme des 3 sacs ou 3 sacs et demi de mil qu'elle est contrainte de commercialiser par l'entremise de l'OPAM. De ce fait, la charge fiscale effective devient 20 à 30% du revenu brut en espèces (consommation de subsistance exclue).<sup>69</sup> Selon les normes applicables aux pays en voie de développement, les villageois de Koro ne peuvent

---

<sup>69</sup> Aux fins de ce calcul, le dénominateur du revenu en espèces doit être augmenté par la différence entre la valeur sur le marché libre et celle de l'OPAM.

pas être considérés comme étant légèrement taxés.

2. Les auteurs ont été informés par le commandant du cercle de Koro que la Présidence avait récemment interdit toute nouvelle cotisation imposée par le gouvernement, ce qui, tout au moins dans le cercle de Koro, exclu toutes cotisations autres que celles pour le CAC et les associations Jeunesse et Scolaire (UNJM et APE). Alors que cette mesure n'a pas empêché de doubler la cotisation Jeunesse et Scolaire cette année, elle semble avoir prévenu une répétition de la cotisation imposée en 1980 pour le bloc opératoire du centre de santé, la question étant maintenant de savoir où le Comité d'action sociale de Koro trouvera le financement nécessaire pour mener à bien ce projet.<sup>70</sup> Avec cette mesure, le gouvernement répondait non seulement aux plaintes sur les charges fiscales provenant de la base mais aussi aux accusations de détournement de fonds par le personnel local de l'APE, et essayait peut-être également de protéger l'intégrité des budgets des gouvernements central et régional contre la prolifération d'impôts affectés.

3. Le fait que les familles Dogon aient des fêtes et célèbrent les mariages et les baptêmes -- ce qui, d'après Lambl, absorbe en moyenne presque 15% de leur revenu en espèces brut -- ne diminue en rien la pauvreté de cette population. Ajoutée à son estimation des ventes de récolte, la consommation de subsistance de la famille moyenne, décrite au tableau 10,

---

<sup>70</sup> Par rapport à l'estimation initiale de 75 millions FM pour la construction seulement, les dirigeants de l'UDPM de Koro ont dit aux auteurs que 55 millions FM avaient été recueillis à la fin de 1980, grâce à la cotisation 1980 (qui aurait apporté 46 millions FM si elle avait été perçue de tous les 92 000 imposables de Koro) et à des souscriptions bénévoles en 1978-79. Nos interlocuteurs nous ont dit que l'inflation avait fait passer le coût bien au-delà de 75 millions FM. En avril 1981, la construction s'était complètement arrêtée.

évaluée par Lambi à 160 000 FM, lui donne un revenu brut agricole, sans inclure la valeur du bétail vendu et consommé, d'environ 310 000 FM, soit 620 dollars U.S. au taux d'échange de 500 FM pour 1 dollar. Pour une famille de 12 à 15 personnes, ceci donne un revenu de 41 à 52 dollars par tête aux prix 1978, qui, comme noté plus haut, semblent être grosso modo les mêmes que les prix de producteur 1981 pour les produits en question.

Un autre indicateur de pauvreté est la pénurie de moyens de transport. Le tableau 11 montre que Koromatintin a 21 ânes et un cheval pour 333 habitants, et Sansagou-Pin 20 ânes et 7 chevaux pour 380 habitants. Durant leur visite, les auteurs n'ont pas remarqué beaucoup de bicyclettes. Le chef de Tinsagou (956 habitants selon le recensement de 1976) prétend que la plupart des bicyclettes introduites dans le village ont été amenées par des migrants revenant de Côte-d'Ivoire, et vendues à des personnes de l'extérieur dans les mois qui ont suivi. Il estime que le nombre des radios portatives dans le village est de six ou sept. Jamais, durant leurs deux visites de jour (l'une en décembre 1980 et l'autre en avril 1981), les auteurs n'ont entendu le son d'une radio dans aucun des villages.

4. En avril 1981, la priorité de développement la plus importante aux yeux de la population et du gouvernement était l'eau. Décrivant celle-ci comme "le problème des problèmes", le commandant de Koro, le lieutenant Kalil, a fait faire aux auteurs le tour de plusieurs puits abandonnés de la ville de Koro. Il prétendait que, durant cette saison sèche qui se terminerait en juin, quelque 200 hameaux seraient contraints de déménager à cause du manque d'eau. Le puits du centre de santé du cercle s'était

asséché en février. Les dirigeants locaux de l'UDPM, qui comprenaient un des trois députés de Koro à l'Assemblée Nationale, et le chef de l'arrondissement de Toroli, firent écho, lors de rencontres séparées avec les auteurs, aux préoccupations du commandant.

Le chef de l'Opération Puits de Koro a laissé entendre qu'il ne disposait pas d'un budget local pour entretenir ou surcreuser les puits qui s'asséchaient, et ne pouvait donc travailler que là où une aide étrangère était disponible (comme, par exemple, les fonds que CARE vient de débloquer pour surcreuser les puits de deux des villages du PSR), ou là où la population réussit à réunir la totalité de la somme nécessaire. Il est douloureux, nous a-t-il dit, de voir des villages se présenter avec des sommes en espèces qui pour eux sont élevées pour s'entendre dire qu'il leur faut trouver encore plus d'argent pour pouvoir couvrir la totalité du coût. Une estimation courante de coût pour surcreuser d'un mètre un puits existant est 300 000 FM (soit environ la moitié du montant de l'avertissement d'impôts annuel de Koromatintin, ou l'équivalent des dépenses actuelles pour la supervision des ASV à Koro pendant un mois). Les commentaires de certains représentants du gouvernement et chefs de village laissaient entendre, de façon à peine voilée, que s'ils étaient libres de suspendre temporairement le programme de supervision du PSR et de détourner les fonds en question pour surcreuser des puits de village ils n'hésiteraient pas à le faire.

Les auteurs ont eu un dialogue avec les notables de Koromatintin et Sansagou-Pin concernant leurs priorités et leur disposition à payer des cotisations pour le PSR, et pour l'entretien ou le surcreusement de puits.

A Koromatintin il leur a été carrément dit que les villageois accepteraient d'être taxés pour l'amélioration des puits et étaient prêts à payer le prix des médicaments, mais que l'eau était la priorité numéro un et qu'ils ne pouvaient pas en même temps être imposés aussi pour les frais administratifs du PSR. Le chef a ensuite demandé à ses visiteurs si 1.000 FM par tête suffirait pour réparer le puits cette année, ce à quoi le médecin-chef a répondu qu'une étude serait nécessaire.

A Sansagou-Pin, les villageois se sont plaints que le niveau d'eau baissait dans les trois puits. A la question "Quelle contribution le village pourrait-il faire ?", la première réponse a été que la récolte avait été mauvaise, qu'au 1er avril il leur restait encore des impôts à payer, et que, par conséquent, une taxation dans ce but en 1981 n'était pas possible. Les quinze hommes et quelques autres eurent alors une discussion animée entre eux à la fin de laquelle ils annoncèrent qu'ils pouvaient demander 1 000 FM par imposable. Un villageois a suggéré qu'ils pourraient réunir encore plus d'argent si chaque propriétaire de bétail était imposé d'une somme forfaitaire par animal.

A Coursindé, la population a réuni plus de 1 000 FM par imposable après que la remise des fonds promis par CARE en 1979 pour le surcreusement du puits principal ait été retardée de presque deux ans. Le chef du village a déclaré aux auteurs qu'il avait rassemblé 500 000 FM auprès d'une population imposable de 308 personnes,<sup>71</sup> et qu'avec 100 000 FM de plus le village aurait payé à lui tout seul le travail requis, mais qu'entre temps

---

<sup>71</sup> Un chiffre étonnamment élevé puisque le recensement de 1976 a donné pour Coursindé une population totale de 304 habitants.

les fonds de CARE étaient arrivés. Maintenant le village était en train de considérer comment utiliser cet argent (la possibilité de simplement le rendre aux contributeurs n'a pas été mentionnée). En avril 1981, le village avait deux AT recyclées par le PSR mais pas d'H-S en fonction, celui formé en 1979 (le fils du chef de village) étant en exode en Côte-d'Ivoire, et le village avait décliné l'invitation d'envoyer un second H-S au dernier stage de formation.

Comme l'a fait remarquer le personnel médical du PSR, alors que le surcreusement et la réparation d'un puits font incontestablement gagner du temps aux villageois et améliorent la qualité de leur vie, leur impact pour ce qui est de la prévention des maladies et de la mortalité est discutable puisque les pathogènes pénètrent dans l'eau aussi bien par un puits défectueux que durant la manutention et la conservation de l'eau à la maison. En revanche, il est très probable qu'une intervention du PSR comme la campagne de nivaquinisation prévue sauvera des vies.

Il faut espérer que les notables des villages prendront conscience de cette différence lorsque les résultats de la campagne de nivaquinisation se préciseront. Mais, en attendant, il y a de fortes indications que nombre d'entre eux présentent plus les avantages découlant d'un surcreusement d'un mètre de leurs puits que ceux découlant d'une dépense équivalente pour le programme de supervision du PSR.

#### Financement du PSR par la marge bénéficiaire du prix de vente des médicaments

La possibilité d'un financement substantiel des coûts du projet à l'aide de la marge bénéficiaire provenant de la vente des médicaments

du PSR par l'entremise des pharmacies villageoises est étudiée dans le rapport Sissoko-Kelly de février 1980.

Conformément à la politique du gouvernement malien qui veut que le prix des médicaments soit le même dans tout le pays, les prix de détail des médicaments du PSR ont été fixés de sorte qu'ils soient identiques à ceux de produits pharmaceutiques équivalents distribués par la Pharmacie Populaire, tels qu'approuvés par la Direction Nationale des Affaires Economiques. Comparant ces prix aux prix d'achat fournis par HIID/Cambridge, caf Bamako (par avion), pour la version générique américaine des quatre médicaments distribués à travers le PSR/Koro, Sissoko-Kelly ont calculé le pourcentage que représente la marge bénéficiaire brute par rapport au prix de détail. Leurs calculs sont reproduits au tableau 12.

Les colonnes (4) et (5) du tableau donnent les marges bénéficiaires brutes dans le sens où il n'est pas tenu compte des frais intérieurs (maliens) de transport et de manutention, sur lesquels Sissoko-Kelly n'avaient pas de données. Néanmoins, ils avaient supputé que ces frais additionnels n'excèderaient pas 50% de la marge bénéficiaire brute.<sup>72</sup>

D'après les dossiers de supervision, Sissoko-Kelly rapportent les ventes de médicaments suivantes par les pharmacies villageoises du PSR/Koro pour la première année du projet (mars 1979 - février 1980):<sup>73</sup>

72 Op. cit., p. 19.

73 Op. cit., p. 21

Tableau 12

Estimation par Sissoko-Kelly de la marge  
bénéficiaire brute du PSR sur les ventes  
unitaires de médicaments

Médicament	Spécifications	Prix de détail PSR (FM)	Prix caf Bamako (prix de gros U.S. plus frêt aérien)		Marge bénéficiaire brute (= prix de détail ou 100% moins (2) ou (3) et remise de 15% destinée au village)	
			(FM)	(% du prix de détail)	(FM)	(% du prix de détail)
Pénicilline	1000 comprimés 250 mg chaque	100 000	8 904	8,9 %	76 096	76,1%
Aspirine	1000 comprimés 324 mg chaque	12 500	1 671	13,4 %	8 954	71,6 %
Sulamyde de sodium	flacon de 15 ml, solution à 15%	700	311	44,4%	284	40,6 %
Chloroquine	1000 comprimés 250 mg chaque	20 000	12 117	60,6 %	4 883	24,4 %

Source: Sissoko-Kelly, février 1980, pp. 18-19.

Pénicilline	248 000 FM
Aspirine	162 875 FM
Chloroquine	33 700 FM
Sulamyde de sodium	<u>67 200 FM</u>
Total	511 775 FM

Sur la base des pourcentages du tableau 12, le coût caf de ce dosage de médicaments est estimé à 99 583 FM, soit 19% de la valeur de détail; la remise de 15% aux villages représente 76 766 FM, et la marge bénéficiaire brute pour le PSR serait de 335 426 FM, soit 66% de la valeur de détail. Si l'on affecte la moitié de cette somme pour couvrir les frais de transport et de manutention, il reste encore une marge bénéficiaire de 33% de la valeur de détail pour le PSR.

Appliquée à l'estimation de Sissoko-Kelly (voir p.33) d'une dépense annuelle de 118 FM par personne pour les médicaments, une marge de 33% donne 39 FM, soit 41% des dépenses récurrentes additionnelles par personne pour le PSR calculées à la Section III sur la base du programme de supervision actuel. Pour un programme élargi avec une dépense récurrente additionnelle par personne de 183 FM (voir p.83), la marge supposée de 39 FM représente 21% du financement requis.

Comme noté à la Section II, l'étude faite par Letarte des dossiers de prescriptions pour 25 pharmacies villageoises pour la période janvier-septembre 1980 donne une estimation un peu plus basse des achats de médicaments annuels par personne, à savoir 85 FM environ. Ses chiffres montrent également un dosage différent pour les médicaments vendus, la chloroquine avec une marge bénéficiaire inférieure représentant une part plus importante des revenus (quoique toujours inférieure à la pénicilline ou à l'aspirine) que les 7% reflétés ci-dessus par les données de Sissoko-Kelly. En appliquant les marges bénéficiaires du tableau 12 au dosage de médicaments de Letarte, on obtient une marge brute globale d'environ 60%. Affectons la moitié de ce pourcentage aux frais de transport et

de manutention locaux et multiplions l'autre moitié par le chiffre de ventes par personne et nous obtenons  $30\% \times 85 \text{ FM} = 26 \text{ FM}$  pour la contribution des ventes de médicaments par personne au financement du PSR. Ceci représente 27% de la dépense récurrente additionnelle actuelle de 95 FM et 14% de la dépense estimée de 183 FM pour un programme élargi — une contribution utile mais loin d'être décisive.

Avant d'élaborer pour le PSR un plan financier qui inclut la marge bénéficiaire sur les ventes de médicaments, il convient de considérer l'origine de cette marge et de se demander si elle constituerait une source future de revenus stable. Les frais de manutention et de distribution intérieurs (que nous estimerons plus loin sur une base différente des 50% supputés par Sissoko-Kelly) pris en compte, la marge découle du fait que les prix de détail des médicaments au Mali, y compris ceux du PSR, sont fixés en vue d'assurer à la Pharmacie Populaire un revenu modeste avec des coûts qui comprennent (i) des prix d'achat fob, surtout de spécialités médicales de laboratoires pharmaceutiques français, substantiellement plus élevés que ceux payés pour des équivalents génériques achetés aux Etats-Unis, et (ii) des paiements d'impôts au gouvernement malien, essentiellement (92% en 1979) en droits de douane sur les médicaments importés, qui en 1979 ajoutaient 25% au prix d'achat fob.

Les auteurs ont approfondi cette question en interrogeant des cadres de la Pharmacie Populaire et les personnes chargées du contrôle des prix à la Direction Nationale des Affaires Economiques, et en étudiant les données contenues dans le rapport annuel 1979 de la Pharmacie Populaire. La plupart des prix de la Pharmacie Populaire sont contrôlés et fixés à

un niveau équivalent à une fois et demie le "prix de vignette" français en vigueur, c'est-à-dire le prix de détail au public que la Sécurité Sociale française remboursera au client. Il est estimé qu'entre 75 à 80% des produits qui constituent la gamme de choix de la Pharmacie Populaire sont affectés du prix de vignette français; pour ceux qui ne le sont pas, le bureau malien du contrôle des prix permet à la Pharmacie Populaire d'appliquer une marge de 170% sur le prix ex-laboratoire (soit un facteur de multiplication de 2,7). Un autre principe de contrôle des prix est de limiter les frais intérieurs de la Pharmacie Populaire, bénéfice inclus, à 40% du prix fob de ses produits.

Le barème des prix de la Pharmacie Populaire donné au tableau 13 est basé sur le rapport annuel de la société pour 1979. Les colonnes (2) et (3) représentent une vue différente de la majoration par rapport aux prix de détail tels que ceux appliqués pour les quatre médicaments du PSR ou des médicaments équivalents comme ceux figurant au tableau 12. La colonne (2) montre les majorations en pourcentage d'un prix fob/ Europe basé sur 100, alors que la colonne (3) montre le pourcentage que représente chaque composante pour un prix de vente final de 100.

Le tableau est incomplet dans la mesure où il exclut la part du chiffre d'affaires qui correspond à la marge de 15% que les pharmacies privées et les coopératives (agrées par la Pharmacie Populaire dans les localités où elle n'a pas de magasin) sont autorisées à conserver. Ces 15% sont calculés sur le prix de détail contrôlé, ce qui signifie que, là où elle n'intervient qu'en qualité d'importateur et de grossiste,

la Pharmacie reçoit 85% de ce prix pour couvrir ses frais d'achat et de distribution. Les auteurs croient savoir que la Pharmacie Populaire elle-même assure la vente au détail de largement plus de la moitié de ses produits. L'inclusion de ces 15% de commissions d'agents augmenterait le chiffre de l'article 13, produit des ventes, qui de ce fait ne représenterait plus exclusivement les recettes mêmes de la Pharmacie.

L'article 16, colonne (2), (39,1%), montre que la Pharmacie fonctionne juste au-dessous de la limite de 40% du prix d'achat fob fixée pour les frais intérieurs bénéfice inclus.

Dans la mesure où la règle de contrôle des prix de 1,5 fois le prix de vignette est respectée, le prix d'achat fob de la Pharmacie serait de 16 à 17% inférieur au prix de vignette français, obtenu de la façon suivante:  $180/1,5 = 1,2$ ;  $100,0/120,0 = 0,833$ , soit 16-17% de moins que l'unité. De toute évidence, les pharmacies françaises reçoivent une remise plus importante; la Pharmacie Populaire doit probablement payer les frais de transport et de manutention jusqu'au port de sortie.

En comparant les données pour le PSR du tableau 12 à celles du tableau 13, on voit que les chiffres dans la colonne (3) du premier tableau (prix caf Bamako comme pourcentage du prix de détail PPM) correspondent à celui de l'article 3, colonne (3), du tableau 13, soit 63,6%. Manifestement, ce n'est que dans le cas de la chloroquine que le prix caf Bamako du produit américain acheté par l'entremise du PSR avoisine celui du produit français correspondant, la nivaquine, (60,6 représente 95% de 63,6). Le prix caf de la pénicilline utilisée dans

le cadre du PSR n'est que de 14% de celui du produit français équivalent (= 8,9/63,6), tandis que l'aspirine et le sulamyde de sodium ne coûtent respectivement au PSR que 21 et 70% des prix des produits français correspondants.<sup>74</sup>

En passant à la marge bénéficiaire brute qui figure dans la dernière colonne du tableau 12, il convient de noter que ces chiffres sont nets de la commission d'agent de 15% qui, dans le cas du PSR, reste au village pour qu'il en dispose comme il l'entend. Pour obtenir une valeur correspondante au tableau 13, nous devons soustraire 15% du chiffre final du tableau, soit les 36,4% de la valeur de détail représentés par les frais impôts intérieurs, ce qui laisse un résidu de 21,4% dont presque deux tiers (14% - voir article 4) représentent les impôts et taxes maliens.

Ainsi la marge restant à la Pharmacie Populaire pour couvrir les frais de gestion et de distribution (transport exclu, celui-ci étant couvert par l'article 2) n'est que de 7,4% de la valeur de détail. En supposant que les frais de transport intérieurs constituent au moins 1 point du pourcentage de 6,3 correspondant principalement au fret international, la marge de la Pharmacie pour les frais intérieurs relatifs aux produits distribués par des agents, par opposition à ses propres magasins, n'est toujours que d'environ 8 1/2% de la valeur de

---

<sup>74</sup> Le PSR utilise de la pénicilline en comprimés alors que le produit français distribué par la Pharmacie Populaire se présente sous forme injectable et est donc plus coûteux pour un contenu pharmaceutique donné. Etant donné la controverse autour de l'usage de pénicilline dans le PSR, et le fait qu'il n'existe aucune preuve sur l'efficacité des comprimés du PSR en milieu rural malien, il ne convient pas d'attacher trop d'importance à cette comparaison de prix particulière.

Tableau 13

Barème de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM)  
(voir note méthodologique ci-dessous)

<u>Article</u>	(1) Transactions effectuées en 1979 selon le rapport annuel de la PPM (millions FM)	(2) Composantes de majoration en pourcentage d'un prix fob, France, égal à 100	(3) Composantes d'un prix de détail au Mali égal à 100
1. Prix d'achat fob	2 970	100,0	57,3
2. Transport et déplacement aux différents magasins	<u>327</u>	<u>11,0</u>	<u>6,3</u>
3. Sous-total (approx. égal au prix caf Bamako)	3 297	111,0	63,6
4. Impôts et taxes, total	728	24,5	14,0
5. ...dont droits de douane	(672)	(22,6)	(12,9)
6. Sous-total (approx. égal au prix caf impôts payés)	4 025	135,5	77,6
7. Sous-total (ditto) pour produits vendus en 1979	3 376	135,5	77,6
8. Personnel	365	14,7	8,4
9. Travaux, fournitures & services extérieurs	248	10,0	5,7
10. Frais divers de gestion	75	3,0	1,7
11. Frais financiers	16	0,6	0,4
12. Dotation aux amortissements de l'exercice	<u>65</u>	<u>2,6</u>	<u>1,5</u>
13. Sous-total, articles 7-12	4 145	166,4	95,3
14. Produit des ventes 1979	<u>4 350</u>	<u>174,6</u>	<u>100,0</u>
15. Résultat d'exploitation	205	8,2	4,7
<u>Articles récapitulatifs</u>			
16. Sous-total, articles 8-12 & 15 (frais intérieurs de la PPM bénéfice compris)	974	39,1	22,4
17. Sous-total, article 16 + 611 FM d'impôts estimatifs sur les produits vendus en 1979 (égale les frais intérieurs plus impôts)	1 585	63,6	36,4

Note méthodologique:

Les articles 1-5 de la colonne (1) concernent les achats effectués en 1979, dont 649 millions FM (prix fob plus impôts et transport) représentent un accroissement des stocks. Les articles 1-6 de la colonne (2) sont calculés en pourcentage de la valeur d'achat totale de 2970; en revanche, les articles 8-12 et 15-17 sont calculés par rapport à la valeur fob des produits vendus en 1979, obtenue en multipliant 2970 par 3376/4025, ce qui donne 2491.

Les articles 1-6 de la colonne (3) sont calculés sur un dénominateur de 4350 (produit des ventes 1979), les numérateurs étant les valeurs correspondantes de la colonne (1) multipliées par 3376/4025.

détail. Il est permis de penser que la Pharmacie Populaire subventionne ces transactions à l'aide des bénéfices réalisés sur les ventes faites par ses propres magasins. Même dans ce cas, les 50% de la marge bénéficiaire brute du PSR que Sissoko-Kelly ont alloués pour la manutention et le transport intérieurs -- cette marge correspondant à 33% des ventes effectuées par les pharmacies villageoises du PSR/Koro pendant la première année (voir page 141) -- semblent largement excessifs.<sup>75</sup>

Une supposition raisonnable serait que le coût moyen que la Pharmacie alloue entièrement à la manutention et la distribution intérieures des médicaments est de 10 à 12% de la valeur de détail. La question se pose de savoir ce que le PSR/Koro devrait payer à long terme pour un approvisionnement régulier des magasins de l'AM, et, plus généralement, ce qu'il coûterait à un PSR fonctionnant dans tout le pays pour approvisionner les services de santé au niveau des cercles.

Ce serait une tâche incroyablement complexe que de chercher à établir les frais encourus actuellement pour la manutention et la distribution des médicaments du PSR entre l'aéroport de Bamako et les AM de Koro et de Yélimané. Le transport de l'aéroport de Bamako à la ville de Bamako est un coût marginal mesurable, mais à partir de là toute

---

<sup>75</sup> Ils ne seraient pas excessifs si Sissoko-Kelly parlaient des frais de distribution à l'intérieur du PSR/Koro même. Mais, implicitement, ils parlent des frais qui ne sont pas inclus dans leur propre décomposition, qui est résumée au tableau 3, pp. 49-50. En d'autres termes, les 50% supputés correspondent aux frais encourus pour transporter les médicaments de l'aéroport de Bamako à l'AM de Koro, avec, en route, leur stockage à Bamako et à Mopti.

la manutention est assurée par le PSR et par le personnel d'assistance technique, une de leurs responsabilités parmi tant d'autres, et les envois au terrain sont presque toujours "convoyés" par un transport dont le but primordial est le mouvement de personnel de projet. On est donc confronté à un choix qui va de l'affectation d'un coût marginal de zéro à l'attribution de temps et d'espace sur la base d'étude de temps et de mouvement.

Cependant, si l'on essaie de projeter un équilibre futur, on peut dire avec assurance qu'un PSR qui financerait ses dépenses récurrentes localement devrait inventer un système selon lequel un personnel malien tiendrait les stocks, acheminerait les commandes et expédierait les médicaments par l'entremise d'un réseau de transport fiable faisant payer le prix complet pour ses services. Les coûts unitaires d'un tel système seraient-ils supérieurs ou inférieurs à ceux de la Pharmacie Populaire ? Il est certain que si la Pharmacie fonctionne avec une certaine efficacité, vu le volume de ses transactions et le fait qu'elle concentre ses efforts dans cette branche uniquement, elle devrait pouvoir fonctionner à un coût inférieur à celui que le PSR pourrait jamais espérer atteindre. D'un autre côté, à partir d'un certain niveau de chiffre d'affaires, les économies d'échelle apparentes de la Pharmacie pourraient devenir des déséconomies par l'adjonction d'une bureaucratie onéreuse à la distribution pharmaceutique au Mali. A moins d'entreprendre une analyse d'efficacité de l'entreprise, les auteurs ne sont pas en mesure de répondre à ces questions.

Un coût administratif qui, pour autant que le sachent les auteurs, n'a jamais été considéré dans les discussions de la composante pharmaceutique du PSR est celui des achats. A l'heure actuelle, les achats sont faits pour le compte de l'USAID/Mali par une agence du gouvernement américain intervenant dans un marché de produits génériques dont la compétitivité est assurée en partie par ses efforts. Il est clair qu'une des raisons pour lesquelles la Pharmacie Populaire reste liée à des fournisseurs très chers de spécialités médicales françaises (du moins pour trois des produits distribués par le PSR/Koro) est que ses achats se font avec un minimum d'effort par des filières bien rodées.

En l'absence de données plus précises, les auteurs supposeront, de façon plutôt notionnelle, que le PSR se verrait obligé de prévoir 15% de la valeur de détail pour les frais intérieurs pour lesquels la Pharmacie Populaire ne reçoit actuellement que 8 1/2%, comme décrit à la page 145. Appliqué à une structure de ventes telle que celle rapportée par Sissoko-Kelly, ceci donne au PSR une marge de  $66 - 15 = 51\%$  -- disons la moitié -- de la valeur de détail de 118 FM par personne, soit 59 FM, disons 60, qui constituent 63% de la dépense récurrente additionnelle actuelle de 95 FM par personne, et environ un tiers de la dépense estimative de 183 FM par personne pour un PSR élargi comme décrit au tableau 7, pp. 84-85.

Si l'on utilise le chiffre plus bas de 85 FM par personne pour la dépense en médicaments et la marge bénéficiaire brute de 60% dérivés des données de Letarte, la déduction de 15% (à ne pas confondre avec la remise de 15% au village, qui reste en vigueur) laisse une marge nette de 45% sur 85 FM = 38 FM, soit 40% de la dépense récurrente additionnelle actuelle

du PSR/Koro et un cinquième de la dépense pour le projet élargi.

En conclusion, même avec ces résultats plus favorables que la marge nette découlant de la supputation de Sissoko-Kelly pour les frais de manutention et de transport intérieurs, la marge bénéficiaire sur la vente des médicaments est loin d'être suffisante pour couvrir les dépenses récurrentes additionnelles du PSR.

En outre, reste la question de politique générale: peut-on compter sur la marge actuelle même pour un financement partiel du PSR ? Cette question a deux aspects: premièrement, la question des droits d'importation et autres taxes sur médicaments, et, deuxièmement, la question de la politique du gouvernement malien envers l'industrie pharmaceutique.

Pour la question des droits et taxes, nous avons vu au tableau 13 que ceux-ci représentent actuellement 14% de la valeur brute des ventes de la Pharmacie Populaire, et une proportion inférieure (mais pas au-dessous de 13%) de la valeur totale de détail dans la mesure où la Pharmacie vend en gros une portion de son volume. Le total de 728 millions FM payé en impôts et taxes par la Pharmacie Populaire en 1979 s'élevait à 1,3% des revenus ordinaires du gouvernement pour cette même année et à 1,0% de la dépense totale.<sup>76</sup>

En revanche, la Pharmacie d'Approvisionnement (Pharmapp), l'organisme gouvernemental chargé d'approvisionner les hôpitaux, centres de santé et dispensaires publics en médicaments pour une distribution gratuite aux

---

<sup>76</sup> Le Budget d'Etat 1981 du Gouvernement du Mali donne, pour 1979, des revenus ordinaires de 54,9 milliards FM et une dépense totale de 72,5 milliards FM.

patients, importe ses médicaments hors taxes. En 1979, l'allocation budgétaire de la Pharmapro pour les achats de médicaments était de 750 millions FM, soit exactement 3% de plus que ce que la Pharmacie Populaire a payé en impôts et taxes, et l'équivalent de 23% de la valeur caf des importations de médicaments de la Pharmacie Populaire cette année-là. Ainsi, quoique les auteurs n'aient jamais entendu parler d'une politique expressé à cet effet, par le fait, le gouvernement finance les médicaments fournis aux établissements sanitaires grâce aux impôts et taxes prélevés sur les 80% des importations de médicaments du pays (valeur caf) qui sont vendus à travers la Pharmacie Populaire.

Toutefois, le consensus est que ce système double, d'une part médicaments vendus commercialement à travers la Pharmacie Populaire, de l'autre, médicaments distribués gratuitement aux patients par les établissements sanitaires, ne marche pas. Les établissements sanitaires connaissent une pénurie chronique des médicaments de base et les médecins doivent conseiller à leurs patients d'acheter leurs médicaments (ou d'envoyer un membre de la famille à leur place) au magasin local de la Pharmacie.<sup>77</sup> Au lieu de recevoir, en réponse à leurs commandes, les médicaments de base nécessaires à une pratique quotidienne, les

77

Un des responsables de la Pharmapro a déclaré aux auteurs qu'au maximum 10% des patients des hôpitaux recevaient actuellement des médicaments gratuits.

médecins trouvent dans les colis qu'ils reçoivent de Bamako des médicaments ésotériques, restes de stocks que la Pharmapro a du mal à écouler.<sup>78</sup>

En conséquence, le gouvernement a décidé de créer l'Office Malien de Pharmacie (OMP) pour approvisionner les établissements sanitaires en médicaments fournis au prix de revient et hors taxes, les établissements recouvrant le prix des médicaments en même temps que les frais d'hospitalisation des patients mêmes. En se référant au tableau 13, et en supposant que les frais administratifs de l'OMP soient couverts par le budget national et que cet organisme utilise les mêmes sources d'approvisionnement que la Pharmacie Populaire, les patients des hôpitaux paieraient environ 60% des prix de détail contrôlés. Le système continuera à être double mais il y a lieu de croire que les fuites diminueront et que les hôpitaux et centres de santé seront mieux approvisionnés.

Inévitablement, la Pharmacie Populaire continuera à insister, comme elle l'a fait avec succès jusqu'à maintenant, que tous les médicaments vendus au détail sur le marché libre par une filière telle que le PSR devraient être vendus aux prix approuvés par le gouvernement qu'elle-même applique. Sinon le danger de concurrence déloyale pour les magasins de détail et les agents de la Pharmacie est évident. Dans la situation que nous examinons, le motif pour l'exonération d'impôts -- à savoir que

---

<sup>78</sup> Hormis quelques flacons d'antiseptiques, le seul médicament en stock au dispensaire de Toroli lors de la visite des auteurs le 1er avril était de l'hydergine, un oxygénateur cérébral.

les importations de médicaments du PSR sont financées par une aide étrangère -- ne sera plus applicable. Si la Pharmacie Populaire devait reprendre la fonction d'approvisionnement en médicaments du PSR, l'exonération devient non seulement une exception discutable mais elle ajoute un nouveau fardeau administratif.

Si au contraire cette tâche est confiée à l'OMP, le Ministère des Finances accordera-t-il une exonération d'impôts pour des médicaments qui finalement seront vendus aux prix de détail maximums permis ? Même si la Direction Nationale de la Santé Publique devait reprendre elle-même la fonction d'approvisionnement en médicaments du PSR -- une allocation discutable de ses ressources administratives, soit dit en passant -- le Ministère des Finances pourrait faire objection à une exonération d'impôts pour les médicaments du PSR, considérant celle-ci comme une érosion de l'intégrité fiscale. L'allocation des 14% correspondants (de la valeur de détail) devrait se faire dans le cadre budgétaire, pourrait-il argumenter, et non par décision unilatérale d'une agence d'exploitation.

La question de politique générale à long terme qui se pose dans ce contexte a trait à l'achat de médicaments par à la fois la Pharmacie Populaire et Pharmapro ou l'OMP, et à son rapport avec la structure de l'industrie de distribution pharmaceutique malienne. De l'avis des auteurs, l'écart de prix entre les médicaments achetés par l'entremise du PSR et ceux importés par la Pharmacie Populaire, tel que révélé d'abord par Sissoko-Kelly et étudié plus en détail ci-dessus, pose un défi sérieux à la stratégie économique du Mali. Pour parler carrément, la poli-

tique gouvernementale est que le consommateur malien paye 50% de plus que le consommateur français pour n'importe quel médicament,<sup>79</sup> et qu'environ 20 de ces 50 points correspondent à des taxes.<sup>80</sup> Mais le consommateur français paye lui aussi une taxe par le biais de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) d'environ 15%. On peut donc toujours dire que la politique officielle accepte, comme un fait inévitable, que les consommateurs malien payent 50% de plus que les consommateurs français, prix hors taxes dans les deux cas.

Là-dessus arrive le PSR, qui montre au gouvernement que des produits équivalents pour trois médicaments de base peuvent être importés des Etats Unis, par avion, pour un prix considérablement plus bas. Ni les Etats-Unis ni la France ne sont généralement considérés comme des fournisseurs de médicaments à prix compétitifs sur le marché mondial. Pourquoi les autorités maliennes ne se servent-elles pas de ces informations pour prospecter le marché pour des médicaments meilleur marché afin d'alléger un fardeau oppressif imposé à l'une des populations les plus pauvres

---

<sup>79</sup> La formule de contrôle des prix de 1,5 a été adoptée en 1978. Pour plusieurs années avant cela elle était de 1,38.

<sup>80</sup> En ajoutant 5% aux ventes de la PPM pour 1979, soit 4350 (tableau 13), pour inclure les marges des détaillants non PPM, on obtient 4567. En divisant ce chiffre par 1,5 on obtient le prix de vignette français équivalent, soit 3045; divisé par les paiements d'impôts estimatifs de 611 sur les ventes de 1979, ceci donne 20%.

du monde ? La réponse, de l'avis des auteurs, réside dans la position de monopole occupée par la Pharmacie Populaire, qui est une entreprise d'état, jointe à la politique de contrôle des prix destinée à limiter les marges de la Pharmacie. La direction de la Pharmacie Populaire n'a pas grande motivation à chercher des sources d'approvisionnement moins chères puisque, une fois qu'elle en aura trouvées, les prix contrôlés baisseront mais la marge de la Pharmacie, elle, restera aussi réduite qu'avant.<sup>81</sup>

Le personnel de la Pharmacie justifie ses liens étroits avec des fournisseurs français par le fait que les docteurs maliens connaissent bien les produits de ceux-ci (bien qu'aujourd'hui plus de la moitié des médecins du pays n'aient reçu aucune formation en France et aient fait leurs études à l'école de médecine de Bamako), et que les représentants de médicaments français ont plus ou moins investi le marché. On a dit aux auteurs que la Pharmacie a essayé une fois de passer commande en Yougoslavie mais que les Yougoslaves n'avaient pas accepté ses conditions de paiement. La Yougoslavie est bien connue pour être un exportateur dynamique de médicaments génériques. Le fait que la Pharmacie n'ait pu mener à bien cette transaction est plus révélateur de son peu d'enthousiasme à sortir des sentiers battus, et familiers, du marché français que de la rigueur des conditions de paiement de la Yougoslavie.

---

<sup>81</sup> Comme le montre le tableau 13, la Pharmacie fait un bénéfice d'environ 5% sur son chiffre d'affaires. Dans la mesure où la dotation aux amortissements de l'exercice est calculée sur la base d'un coût d'acquisition primitif qui est inférieur à la valeur de remplacement, sa marge de bénéfice réelle est encore plus basse.

La question se pose: que faire à cet égard ? Essentiellement, deux voies sont possibles: (1) le gouvernement relâche le monopole de la Pharmacie et autorise les commerces privés à pénétrer sur le marché où ils chercheront des fournisseurs étrangers moins chers de sorte à augmenter leur part du marché et leurs bénéfices, ou (2) le gouvernement établit une capacité, probablement au sein de la Direction Nationale des Affaires Economiques du Ministère des Finances (quoique la Direction du Plan du Ministère de la Santé Publique serait une autre possibilité), qui identifierait des sources bon marché de médicaments génériques fiables et exercerait une pression sur la Pharmacie Populaire pour qu'elle s'approvisionne auprès de celles-ci.

Aucune de ces deux solutions n'est une panacée. La privatisation du marché des produits pharmaceutiques présente plusieurs écueils. Les compagnies pharmaceutiques multinationales disposent de ressources importantes et ont toute l'expérience voulue pour établir un contrôle sur les importateurs locaux et bloquer l'accès aux fournisseurs de produits génériques meilleur marché. Ces mêmes ressources peuvent être et sont utilisées pour inciter les médecins à ne prescrire que des spécialités médicales, et brandir le spectre d'une concurrence bon marché qui fournit des produits peu sûrs et même dangereux. Par ailleurs, en l'absence de toute réglementation gouvernementale, un marché libre attire des exploitants sans scrupules qui bazzardent des produits de contrefaçon ou périmés, et les médecins tout comme leurs patients préfèrent se fier aux spécialités médicales, ce qui est justifié.

La seconde option, une intervention du gouvernement pour trouver des sources d'approvisionnement bon marché et pousser le monopole pharmaceutique national à les utiliser, a ses propres désavantages. Car il s'agit là d'un domaine hautement spécialisé où des fonctionnaires inexpérimentés, mutés avec la fréquence qui caractérise ce secteur dans la plupart des pays, peuvent facilement être induits en erreur. De plus, pour qu'ils se tiennent au courant des développements de ce marché en évolution permanente des intrants complémentaires sont requis (services de télécommunication, voyages par avion fréquents, consultants étrangers) qu'aucun organisme malien n'a la ressource d'obtenir.

Les termes de référence des auteurs n'incluent pas la possibilité de réorganiser le système d'importation de produits pharmaceutiques du Mali et, de ce fait, ils s'abstiendront de toute recommandation spécifique à cet égard. Néanmoins, ils émettent l'opinion que si le PSR a ouvert une filière pour un approvisionnement en médicaments génériques à des prix substantiellement inférieurs à ceux que le Mali paye par ailleurs, le système d'approvisionnement normal du pays devrait envisager d'exploiter ces sources d'approvisionnement, ainsi que d'autres encore meilleur marché. Aux différentiels de prix trouvés par le PSR, des problèmes tels que la résistance des consommateurs et des médecins, les différences de dosage, l'étiquetage en langue étrangère, etc., peuvent et devraient être rapidement surmontés. En tout état de cause, le PSR ne devrait pas être forcé de dépendre financièrement de la persistance de ces différentiels de prix à longue échéance.

### Conclusions sur le financement du PSR

Les sections précédentes ont exclu l'hypothèse d'un financement des dépenses récurrentes additionnelles du PSR par les budgets national et régional et déconseillé que le projet dépende financièrement des différentiels de prix actuels entre les médicaments importés par le PSR et la Pharmacie Populaire, lesquels, de toute façon, ne suffisent pas à couvrir les coûts estimés à la Section III. La seule option étudiée dans cette section qui n'ait pas été exclue est l'imposition par le gouvernement d'une cotisation (affectée spécifiquement au PSR) aux imposables semblable à celles apparaissant dans la partie inférieure du tableau 11, p.123. Si l'on accepte les coûts estimatifs de la Section III, une cotisation de 200 FM par imposable, appliquée uniquement aux villages desservis par des ASV, couvrirait les dépenses récurrentes additionnelles actuelles du PSR, et une cotisation de 400 FM permettrait au projet de s'élargir de sorte à donner à 60% des villageois du cercle de Koro accès à des soins de santé primaires dans leurs propres localités.

Il a été également noté que, alors qu'il serait bon que le gouvernement consulte les autorités villageoises et essaye d'évaluer à quel degré elles sont satisfaites des avantages du PSR avant de décider d'imposer une cotisation, le projet ne serait pas viable financièrement si les villages avaient la latitude de ne pas payer cette cotisation chaque fois qu'ils pensent que ces avantages tombent au-dessous de l'utilité marginale d'autres utilisations possibles de cet argent. Sous ce rapport, nous avons passé en revue un certain nombre d'indicateurs suggérant que, vu les conditions actuelles à Koro, l'acceptation d'une cotisation pour

le PSR soit par le gouvernement soit par les villages participants n'était en aucun cas acquise d'avance; par contre, elle n'a pas non plus été exclue.

La présente section traite la question: quel résidu du programme PSR actuel pourrait survivre ou pourrait être aidé à survivre par des actions spécifiques des organismes qui parrainent le PSR, au cas où le gouvernement se prononcerait contre une cotisation pour le PSR, où les fonds de l'USAID ne seraient plus disponibles pour couvrir les dépenses récurrentes additionnelles, et, en conséquence, comme le prédisent les auteurs, le programme de supervision décrit à la Section II viendrait à s'arrêter?

Les auteurs n'ont pas eu l'occasion d'observer personnellement les sites d'autres interventions de soins de santé primaires au Mali, fondées comme le PSR sur une formation organisée d'agents de santé villageois suivie par la mise en place de pharmacies villageoises rudimentaires. Ce genre d'activité a démarré dans plusieurs cercles, habituellement avec un apport de fonds étrangers pour la formation, l'approvisionnement initial des pharmacies et l'achat des véhicules du personnel.

L'effort de loin le plus important est celui entrepris en 1979 par la Compagnie Malienne de Développement Textile (CMDT) dans les zones productrices de coton de la région de Sikasso, à l'aide du financement de la BADEA (Banque Arabe pour le Développement Economique Africain); il a été dit aux auteurs que 400 ASV avaient été formés par des stages de deux semaines et que des pharmacies dispensant

dix produits différents (par rapport aux quatre de Koro) avaient été mises en place dans 110 villages. Les H-S se réapprovisionnent en médicaments aux magasins des coopératives d'arrondissement (gérés par les Fédérations des Groupements Ruraux ou FGR). Les visites de supervision sont trimestrielles et se limitent à contrôler la distribution des médicaments. Tous les H-S sont censés savoir lire et écrire le Bambara et tiennent un enregistrement des médicaments dispensés. Une étude sur le terrain destinée à évaluer les résultats du projet a été prévue. Il serait utile, du point de vue du PSR, que soit étudié, entre autres, le succès du système de réapprovisionnement en médicaments.

Les auteurs ont parlé à des personnes qui avaient observé d'autres programmes, moins ambitieux, dont certains avaient eu des débuts très prometteurs mais qui, depuis, dit-on, sont devenus relativement inactifs. Selon certains interlocuteurs bien informés, l'obstacle majeur à la persévérance des H-S était les difficultés de réapprovisionnement en médicaments. L'approvisionnement de la plupart des magasins FGR était sporadique et beaucoup d'H-S vivant relativement loin de leur chef-lieu de cercle étaient incapables de garder les pharmacies villageoises en service. Sans médicaments pour les appuyer, ces ASV ont perdu de leur crédibilité auprès de la population et se sont démoralisés.

Si les finances du PSR devaient jamais être telles qu'il faille dramatiquement réduire le programme actuel de supervision de Koro, la victime principale serait sans aucun doute le système de distribution des médicaments. Comme l'a montré notre discussion antérieure (pp. 88-93) d'une réduction possible du coût par une réduction de l'intensité de la

supervision, d'autres avantages seraient également sacrifiés, mais l'expérience de Yélimané, comme le rapportent Daulaire-Taylor et Baudouy, suggère que les H-S préservent certaines connaissances et continuent à fonctionner, quoiqu'avec une efficacité réduite, même en l'absence de toute supervision à condition qu'ils aient accès à des médicaments.

Tout ceci soulève la question de savoir s'il serait possible de trouver un système pour réapprovisionner les pharmacies villageoises de Koro autrement que par les visites de supervision du personnel de l'AM.

Une hypothèse, avancée notamment par l'auteur étranger de ce rapport, est que l'étroit contrôle actuel exercé par la Pharmacie Populaire sur la distribution commerciale des médicaments pourrait être relâché afin de permettre à des commerçants privés: (1) d'ouvrir des magasins dans les chefs-lieux d'arrondissement, même en concurrence avec les dépôts FGR existants, qui vendraient une gamme limitée de produits (certainement de l'aspirine, de la nivaquine, et des gouttes ou de la pommade de sulamyde de sodium; pour la pénicilline, nous posons un point d'interrogation), et/ou (2) en même temps qu'ils se rendent dans les villages pour le marché hebdomadaire où ils vendent d'autres marchandises, d'apporter des produits autorisés aux pharmaciens villageois. Les envois faits par les dépôts de la Pharmacie Populaire dans les chefs-lieux de cercle ou régionaux aux centres d'arrondissement seraient assurés par le réseau privé de transport routier existant, de manière efficace (les commerçants n'ont pas à encourir de dépenses de transport

plus élevées que prévues à recouvrer sur les ventes), alors que le coût de transport marginal de la distribution des médicaments aux pharmacies villageoises serait virtuellement nul puisque les commerçants transportent leurs marchandises sur bicyclette.

Lorsqu'il a observé les marchés hebdomadaires à Tinsagou en décembre, l'auteur étranger a été frappé par l'absence de tout produit médical, même l'aspirine, aux étals des marchands. Les contrôles rigoureux auxquels cette situation est due contrastent vivement avec la très grande demande pour l'aspirine, dont les ventes en terme de volume sont, comme le montrent les chiffres de Sissoko-Kelly et Letarte, de loin les plus élevées des quatre médicaments du PSR. D'autres pays d'Afrique occidentale permettent une plus grande participation du secteur privé dans la distribution pharmaceutique, dont l'impact sur la santé publique n'est pas connu.

Pour ce qui est de la concurrence faite aux magasins FGR dans les chefs-lieux d'arrondissement, on peut argumenter que celle-ci est souhaitable étant donné le manque d'intérêt et la performance médiocre de ceux-ci dans le domaine, signalés aux auteurs par de nombreux observateurs. Une fois de plus, l'auteur étranger a été frappé par l'incongruité d'une allocation des maigres ressources du secteur public du Mali à la monopolisation de secteurs commerciaux qui pourraient être exploités beaucoup plus efficacement par des commerçants privés dans un cadre concurrentiel.

Pour ce qui concerne cette proposition, une certaine attention devrait être accordée à la question des niveaux des prix de détail et des commissions. Si on conservait la remise de 15% accordée aux villages sur la vente de médicaments, il ne resterait plus de marge pour les commerçants, vu la politique de prix uniformes sur tout le territoire de la

Pharmacie Populaire. Il y a lieu de croire que les villages renonceraient à cette remise, de laquelle, apparemment, au mois d'avril 1981 aucun d'entre eux ne s'était encore servi, plutôt que de se passer de médicaments. Certainement les H-S préféreraient se passer de cette marge, dont il ne leur est pas permis de profiter personnellement, plutôt que d'avoir à faire des "descentes" non compensées aux magasins d'arrondissement pour se réapprovisionner. Une autre option possible serait de permettre aux pharmacies villageoises de rajouter 15% aux prix contrôlés en considération du coût réel additionnel impliqué par le transport des marchandises des chefs-lieux d'arrondissement aux villages périphériques.

Si ceci s'avérait inacceptable du point de vue du gouvernement ou de celui de la Pharmacie Populaire, un argument puissant pourrait être de demander à l'un ou à l'autre d'offrir une prime de 15% pour inciter les marchands à transporter les médicaments jusqu'aux villages. Au moins, ce serait moins cher que de maintenir le programme de supervision actuel du PSR.

Dans d'autres secteurs commerciaux, le gouvernement accepte comme inévitable un différentiel de transport dans les prix des produits dans les régions isolées. Voir, pour exemple, le supplément de 100 FM par litre sur le prix de l'essence à Koro, le gouvernement n'étant pas disposé à financer le coût du transport d'essence destinée à la vente publique à Koro, lequel consomme lui-même de l'essence comme noté à la Section III. Néanmoins les résidents de Koro veulent pouvoir acheter de l'essence localement. Ironiquement, ce sont les habitants des régions

isolées, ceux-là même que le gouvernement cherche à aider au moyen d'une politique de prix uniformes, qui le plus souvent sont les plus touchés parce qu'ils sont privés d'accès à des fournitures régulières que le secteur privé pourrait leur assurer, s'il était autorisé à couvrir ses frais réels de distribution.

Certes, les mesures proposées pour une privatisation partielle du commerce pharmaceutique intérieur présente des désavantages, certains d'entre eux étant analogues à ceux mentionnés plus haut à propos de la possibilité d'ouvrir l'achat et l'importation de médicaments à la concurrence privée. Les mêmes commerçants sans scrupules peuvent écouler des médicaments périmés ou de contrefaçon dans les villages, et peut-être même offrir une "remise" aux H-S comme compensation pour un devoir que, par ailleurs, ils remplissent bénévolement. Tous les H-S ne se laisseront pas tenter par ce genre d'offre, et la plupart des commerçants agréés par la Pharmacie Populaire, ou toute autre autorité appropriée, pour vendre des médicaments verront qu'il est dans leur intérêt d'établir un rapport de confiance avec à la fois les fournisseurs et les dispensateurs de médicaments. Mais, malgré tout, les organismes du secteur public concernés devront établir une capacité pour effectuer des contrôles par sondage des pharmacies villageoises et des stocks des commerçants; et même si cette capacité remplit bien sa tâche, certains abus auront probablement lieu.

Si l'on conclut que le tort fait par les abus occasionnels associés à une libéralisation du commerce pharmaceutique intérieur est susceptible de l'emporter sur les avantages d'un réapprovisionnement, en temps utile,

de la plupart des pharmacies villageoises, à peu de frais pour le gouvernement, l'autre option est alors d'améliorer la performance des FGR, en s'assurant qu'elles maintiennent des stocks adéquats pour servir les H-S venant se réapprovisionner. Avec le temps qui leur avait été alloué pour leur travail sur le terrain, les auteurs n'ont pas été en mesure d'examiner les registres des FGR et de leur organisme de tutelle, le CAC, en vue de déterminer les problèmes qui ont été soulevés par la vente de produits pharmaceutiques et d'envisager des moyens de surmonter ceux-ci. Si l'on confiait aux FGR le soin de réapprovisionner les H-S, le même problème de prix et de commissions se poserait. A l'heure actuelle, l'incitation primordiale qu'ont les FGR à vendre des médicaments est la marge de 15% qui leur est consentie par la Pharmacie Populaire; si on leur demandait de remettre celle-ci aux villages, leur intérêt dans ce domaine s'évaporerait à coup sûr complètement.

Même si un programme intensif de supervision n'était plus requis pour assurer le réapprovisionnement en médicaments, des tournées périodiques des villages par le personnel de l'AM -- au moins une fois l'an, de préférence plus souvent -- produiraient sûrement des avantages excédant leur coût, en permettant de déterminer les défections d'ASV, de vérifier l'opération du réseau de distribution de médicaments et de maintenir chez les ASV la conscience de leur rôle au sein d'un système de santé intégré. Des stages occasionnels de recyclage seraient aussi très utiles. Vus comme un moyen d'améliorer les compétences des ASV, ces stages pourraient être décrits comme une activité de formation du capital humain plutôt

qu'un simple entretien de la capacité existante, et pourraient dès lors bénéficier d'un financement par une aide étrangère.

## V. PROPOSITIONS CONCERNANT LES RECHERCHES ULTERIEURES SUR LE PSR

Cette section de conclusion rassemble certaines propositions pour des recherches ultérieures sur le PSR, principalement en ce qui concerne les aspects économiques et sociologiques du projet, soit qu'elles soient avancées de façon explicite à divers endroits dans les quatre sections précédentes soit qu'elles ressortent de façon implicite de la discussion dans le texte. Une partie de la recherche proposée pourrait être menée par des membres de l'équipe d'évaluation programmée à présenter un rapport en novembre 1981, sur la base duquel le gouvernement malien et l'USAID discuteront la possibilité de continuer le PSR pendant une deuxième phase, et, le cas échéant, quels changements doivent être retenus aux modalités actuelles. D'autres études, si elles sont acceptées, feraient partie du programme d'activités de l'année finale de la phase actuelle du PSR. Certaines pourraient être menées par les cadres nationaux et les coopérants étrangers au PSR, d'autres exigeraient l'utilisation de cadres maliens en dehors du projet, soit des fonctionnaires ou bien des consultants et, le cas échéant, avec un apport de consultants étrangers.

1. Enquêtes épidémiologiques. Le tableau 1 (pp. 8-10) résume les conclusions des enquêtes sur le terrain menées dans les cercles de Koro et Yélimané sous l'égide du PSR entre mai 1978 et avril 1981. Tout en reconnaissant l'imprécision qui caractérise une partie des diagnostics, les auteurs voient suffisamment de cohérence dans les conclusions des différents enquêteurs pour indiquer que certaines données de base pré-PSR existent bien.

Donc, nous proposons que des enquêtes similaires soient menées par les cadres du PSR pendant la prochaine saison de soudure (commençant en novembre dans les villages desservis par des ASV tant à Koro qu'à Yélimané). A la page 14, nous soulevons la possibilité d'inviter le Dr Sissoko à être consultant pour la construction des protocoles d'enquête, afin de maximiser la cohérence des critères diagnostiqués.

2. Enquête du paludisme à Koro. Qu'une enquête épidémiologique de grande envergure soit menée à Koro ou non, une nouvelle enquête sur le paludisme parmi le groupe d'âge cible de la prochaine campagne de nivaquinisation (entre 6 mois et 4 ans) est de la plus haute priorité afin de vérifier si ce type d'intervention est à même de réduire la fréquence actuelle d'environ 50% dans ce groupe-là (voir la page 13 ci-dessus) ainsi que sa mortalité.

3. Enquête de satisfaction des clients du P.S.R. Les auteurs sont d'avis qu'il y a eu manque d'attention en ce qui concerne la mesure dans laquelle les patients des H-S se sont sentis aidés par leurs conseils et les médicaments prescrits par eux (pp. 15-17). Nous croyons qu'un sociologue malien, accompagné d'un interprète, circulant de façon discrète dans un échantillon aléatoire des villages desservis et s'y présentant avec l'objectif avoué d'étudier l'efficacité des médicaments distribués, pourrait y recueillir des observations significatives.

4. Tests objectifs du niveau des connaissances des A.S.V. En janvier 1980, Daulaire et Taylor ont élaboré et mené un test des connaissances de 20 H-S à Yélimané. Les points étaient compris entre 6 et 20 pour un total maximum de vingt. Daulaire-Taylor ont constaté une forte corrélation entre les points obtenus et l'intensité de supervision par les cadres de l'AM (voir page 91 ci-dessus). Les auteurs sont de l'opinion qu'il vaudrait la peine de mener

un nouveau test uniforme auprès d'échantillons des H-S et AT de Koro et Yélimana, puis faire la comparaison des résultats entre les deux cercles et les mettre en corrélation avec l'activité de supervision.

5. Comparaison des ASV de Koro selon le rythme de supervision mensuelle et bi-mensuelle. A la page 93 on a cité l'intention du PSR/Koro d'entreprendre au milieu de 1981 la supervision bi-mensuelle des H-S qui sont en fonction depuis au moins 15 mois et d'ici 12 mois d'effectuer des comparaisons entre leurs activités et celles de leurs confrères toujours sous supervision mensuelle. D'ici la fin juin 1981, 42 H-S ou à peu près la moitié de ceux présumément en fonction en avril 1981 auront accompli au moins 15 mois de service, c'est-à-dire tous sauf les deux dernières formations. Pour que la comparaison ne soit pas biaisée par le facteur de longévité au travail, il serait peut-être mieux de ne réduire l'intensité de la supervision que dans la moitié des villages (à peu près dix) desservis par ce groupe d'H-S.

Un moyen de comparaison serait d'utiliser le test des connaissances retenu à (4) ci-dessus.

En outre, on pourrait faire l'analyse statistique des dossiers de consultation, prescriptions et ventes de médicaments, transcrits et remis à l'AM, par les superviseurs. Etant donné le nombre appréciable d'H-S analphabètes, ces comparaisons risquent d'être biaisées parce que les dossiers des H-S à qui on demande de se souvenir de deux mois d'activité au lieu d'un seul seront moins complets. Il faudra que les superviseurs prennent un soin particulier à faire bien comprendre aux H-S analphabètes la nécessité d'entretenir les dossiers spéciaux élaborés pour eux, lesquels, dit-on, sont assez négligés.

6. Questions sociologiques ayant besoin d'investigation. Sous ce titre, les auteurs proposent deux suppléments aux termes de référence du sociologue qui participera à l'évaluation de novembre 1981. D'ailleurs, avec l'enquête de satisfaction des clients proposée à (3) ci-dessus, ces questions nous paraissent mériter des apports professionnels au-delà de la brève période en question. Ces questions sont :

(1) En appliquant les leçons apprises dans le cadre de l'analyse sociologique des bureaucraties tant dans les pays industrialisés que dans les pays en développement, et compte tenu des problèmes particuliers quant au moral et à la productivité des cadres, posés par la situation tellement étreinte des finances publiques du Mali, qu'est-ce qu'on peut prédire concernant l'efficacité à long terme des cadres de l'Assistance Médicale dans l'accomplissement de leurs tâches dans le cadre du PSR, advenant le retrait des compléments spéciaux fournis par l'aide étrangère ? Sur quel degré d'initiative des superviseurs de l'AM pourra-t-on compter en ce qui concerne l'analyse des problèmes rencontrés par les ASV avec lesquels ils traitent ? Quel sera le degré de communication entre les superviseurs et ceux qu'ils supervisent ? Quelle image donnent les cadres de l'AM aux ASV et aux autorités villageoises ? Et, finalement, comment tout cela influencera-t-il la productivité du projet ? A l'extrême la plus pessimiste, on peut imaginer le scénario où les cadres du niveau en question seraient trop démoralisés, trop chargés des problèmes de leur propre survie quotidienne, pour pouvoir rendre des services proportionnés aux coûts de la stratégie actuelle de supervision. Les auteurs sont de l'opinion que les buts, les motivations, les compétences et l'énergie des cadres de l'AM sont aussi importants du point de vue de l'évaluation du PSR que ceux des ASV,

sur lesquels l'évaluation intérimaire de mai 1980 a correctement mis l'accent (voir spécialement les rapports de Cissé et Corrèze).

(ii) On a dit beaucoup, dont une bonne partie est enregistrée dans les rapports d'évaluation de mai 1980, concernant le rôle très restreint, en comparaison avec l'attente exprimée à la phase préparatoire du projet, qu'ont joué les ASV dans la sensibilisation de la population à la santé publique de même que dans la promotion de l'hygiène villageoise en vue de réduire l'incidence des maladies. A l'extrême, on dit parfois des H-S qu'ils ne sont guère que des commerçants de comprimés, tandis que la contribution des AT à l'assainissement du milieu est qualifiée d'imperceptible. Le défi posé à nos collègues sociologues par ces observations est de nous dire à quelles conditions on peut envisager que les ASV jouent un rôle significatif dans l'assainissement du milieu. Est-ce qu'il est réaliste d'attendre qu'ils circulent autour du village pour découvrir les conditions menaçant la santé publique tout en reprochant à leurs parents et voisins de les avoir créées et tolérées ? Quelles qualités personnelles motivent les ASV à jouer un rôle élargi quant à la santé communautaire et à y réussir ? Quelles voies alternatives de politique, dans ce domaine, sont ouvertes à la Direction du PSR, outre la promotion d'un processus de développement économique général, accompagné (ou précédé) de l'enseignement de base universel, ce qui prendra très longtemps et une quantité de ressources dont le Mali ne pourra disposer dans un avenir prévisible ?

7. Sonder l'attitude des autorités villageoises concernant une cotisation permanente à titre du PSR. Dans la discussion (page 132) des modalités de financement du PSR les auteurs ont proposé que l'assistance des administrations du cercle et des arrondissements soit sollicitée afin d'évaluer la disposition

des autorités villageoises à accepter une cotisation pour le PSR. Cette cotisation serait parallèle aux cotisations actuelles au titre du CAC, de l'UNJM et de l'APE, supplémentaires au minimum fiscal et constituerait le dernier ressort pour maintenir en fonctionnement l'actuel programme de supervision et ravitaillement pharmaceutique. Les auteurs ne pouvaient identifier aucune autre modalité pour assurer un financement à long terme du programme, donc ils sont d'avis qu'une telle enquête tôt ou tard sera nécessaire. Evidemment, on ne pourra croire sur parole toutes les réponses recueillies dans une telle enquête, mais un interrogatoire approprié devrait produire des impressions suffisamment justes sur la volonté des autorités villageoises à accepter une cotisation, conformément à la valeur qu'ils attachent au programme, plutôt que de le voir disparaître.

8. Alternatives au ravitaillement en médicaments par les superviseurs de l'AM. Sous ce titre, les auteurs ont posé plusieurs questions qu'ils proposent d'être soumises à l'investigation des économistes maliens, qu'ils soient affectés par la Direction Nationale de la Planification du Ministère de la Santé Publique ou bien engagés comme consultants extérieurs. Ces questions comprennent :

(i) Comment les pharmacies villageoises de Yélimané sont-elles ravitaillées, faute de supervision par l'AM ? (Page 92)

(ii) Enquête sur le terrain sur un échantillon de pharmacies villageoises, mises en place lors d'autres interventions de soins de santé primaire au Mali, qui ont cessé de fonctionner après avoir perdu l'accès à un approvisionnement commode en médicaments. (Pages 161-63)

(iii) Révision du fonctionnement d'un échantillon de Fédération de Groupements Ruraux, en ce qui concerne la distribution de médicaments et d'autres biens de consommation, afin de chercher des modalités pour faire de ces agences des sources fiables de ravitaillement pour les pharmacies. (Page 167)

(iv) Observations sur le terrain du commerce au détail des médicaments dans d'autres pays de l'Afrique de l'Ouest où les commerçants jouent un rôle dans la distribution des médicaments de base. Les auteurs ont entendu mentionner le Bénin à titre d'exemple, et ils supposent qu'on pourrait facilement identifier d'autres pays. (Page 164)

## BIBLIOGRAPHIE

- Abel, Jasmine, "Rapport d'Evaluation sur les Activités des Accoucheuses Traditionnelles du Cercle de Koro", 18 février 1981.
- Banque mondiale, World Development Report 1980.
- Baudouy, Jacques et Touré, Amadou, "Rapport Préliminaire - Séjour Kayes, Yélimané, Tambacara - 12/1/81", non daté.
- Cissé, Dr. Mahamoudou, "Evaluation of Rural Health Project", (traduction anglaise), mai 1980.
- Club du Sahel/CILSS, Groupe de travail sur les dépenses récurrentes, Dépenses Récurrentes des Programmes de Développement dans les pays du Sahel, août 1980.
- Corrèze, Annette, "Evaluation Report of the Projet Santé Rurale", (traduction anglaise), mai 1980.
- Daulaire, Nils et Taylor, Mary, "Activities of the Projet de Santé Rurale in Yélimané Cercle, 1978-1979", février 1980.
- de Geyndt, Willy, "Evaluation Report on Mali Rural Health Project", mai 1980.
- Fonds monétaire international, Government Finance Statistics Yearbook, 1979
- Fonds monétaire international, International Financial Statistics, mai 1981.
- Gouvernement du Mali, Bureau Central de Recensement, Recensement Général de la Population, Décembre 1976, 15 septembre 1980. Volume I, Série Population et Socio-Démographique; Volume II, Série Economique; Volume III, Répertoire de Villages.
- Gouvernement du Mali, Direction Nationale du Budget, Budget d'Etat - Récapitulation Générale, pour les années 1979-1981.
- Gouvernement du Mali, Direction Nationale du Budget, Sous/Ordonnancement Mopti, Région de Mopti- Projet 1981.
- GRM/USAID/Mali, Accord de Projet, Projet Santé Rurale, mai 1977.
- GRM/USAID/Mali, "Rural Health Development Services - Project Financial Plan", Annexe 1 à l'Accord de Projet, mai 1977.
- Hough, William, Cartes du Cercle de Koro (montrant l'emplacement des villages et des activités du PSR).
- Lamb, Barbara, "Preliminary Health and Socio-Economic Survey - Koro Cercle, Diankabou and Toroli Arrondissements", 18 juin 1978 (traduction anglaise).

- Letarte, Claude, "Enquête Epidémiologique Malaria, Projet Santé Rurale/Koro" janvier 1981.
- Letarte, Claude, "Performance des Hygiénistes-Secouristes", février 1981.
- Letarte, Claude, "Le Projet Santé Rurale - Trois Ans Après - Réflexions et Recommandations", avant-projet, avril 1981.
- Over, Mead, "Five Primary Health Care Projects in the Sahel", mémoire pour le Groupe de travail sur les dépenses récurrentes du Club du Sahel/CILSS, 1980.
- Pharmacie Populaire du Mali, Rapport Annuel 1979.
- Pharmacie Populaire du Mali, "Circulaire Portant Conditions d'Exploitation des Dépôts Agréés en République du Mali", 20 juillet 1976.
- Projet Santé Rurale, Actions Communautaires/Yélimané, "Sous-Projet Hydraulique Villageoise, Yélimané", janvier 1981.
- Projet Santé Rurale/Koro, Rapport du 1 Janvier au 31 Mars 1980, 1er avril 1980.
- Projet Santé Rurale/Koro, Rapport trimestriel, Vol. 3, N° 1, (1er juin - 31 août 1980).
- Projet Santé Rurale/Koro, "Programme de Contrôle et de Supervision - Avril 1981", 31 mars 1981.
- Sissoko, Filifing et Kelly, Patrick, "Projet Santé Rurale, Koro - Enquêtes Médicales Menées dans l'Arrondissement de Toroli du 1 décembre 1978 au 26 avril 1979 - Analyses et Interprétations", non daté.
- Sissoko, Filifing et Kelly, Patrick, "Le Projet Santé Rurale/Mali, Après 18 mois sur le terrain - Evaluation et Stratégie Préliminaires" 29 février 1980.
- Sissoko, Filifing et Kelly, Patrick, "Projet Santé Rurale/Koro, Documentation Supplémentaire", mai 1980.
- USAID/Mali, Rural Health Services Development Project Paper, 16 août 1976.
- Vedder, James N., "Evaluation Report on Project Santé Rurale/Mali".
- White, Dr. Michael K., "Evaluation of the Projet Santé Rurale - Report of the Public Health Physician of the Evaluation Team", mai 1980.