

Chapitre 14

Médecins Sans Frontières (MSF) et l'Alliance Médicale Contre le Paludisme (AMCP)

au Mali

Dans les pays en développement, les ONG du Nord sont présentes et actives dans tous les domaines dits de développement et particulièrement visibles dans ceux qui relèvent du social, à savoir l'éducation et la santé. Dans la santé, elles interviennent dans le cadre de la prévention (directement) et du curatif (timidement et de manière indirecte). Quelle que soit l'option, ces ONG agissent souvent dans le contexte de la politique nationale pour mettre en œuvre ou expérimenter des réformes. « Elles avaient vulgarisé la santé communautaire, puis les soins de santé primaires dans les années 70 et 80, les ONG ont contribué à la mise en œuvre de l'Initiative de Bamako (1987)... » (Hours, 2001 : 107). L'Initiative de Bamako ayant montré ses limites, en termes de capacité à favoriser l'accès aux soins du plus grand nombre, de nombreux spécialistes de la santé ont commencé à s'interroger sur sa pertinence dans un contexte de poursuite des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) : « *Il existe donc aujourd'hui un consensus scientifique sur les effets néfastes du paiement direct concernant l'accès aux soins.* » (Ridde et al. 2009 : 2). La majorité (59%) des acteurs de la santé mondiale (ASM) sont « *en faveur de l'abolition des paiements directs des soins de santé ou de la gratuité des soins au point de service.* » (Robert et Ridde, 2012 : b15). Parmi ces ASM, 86% des Organisations Internationales Non Gouvernementales (OING), dont Médecins sans Frontières (MSF), sont favorables aux soins de santé gratuits

Le projet d'exemption de paiement des soins du paludisme, initié par MSF dans le district sanitaire de Kangaba, au Mali, est donc l'aboutissement d'une réflexion sur la gratuité des soins de santé entreprise auparavant. Il a fait l'objet d'une recherche sur sa mise en œuvre et son fonctionnement en 2011. Quelques mois après la fin de ce projet et le retrait de MSF, une ONG locale, l'Alliance Médicale Contre le Paludisme (AMCP), qui a également fait l'objet d'une recherche, a pris la relève, suite aux difficultés de pérennisation, pour la prise en charge du paludisme et de la malnutrition. L'AMCP a inscrit son action dans la poursuite de l'œuvre de MSF dont elle semble être une réincarnation.

Cet article propose une analyse de l'organisation de la mise en œuvre de cette gratuité par MSF, son fonctionnement, les résultats obtenus et leur pérennisation, ainsi que l'intervention de AMCP comme relève.

MSF pour relever des défis

Diffuser les CTA

Des études menées dans les régions Sikasso par MSF/Epicentre en 2003/2004 et dans la région de Koulikoro par MRTC (**Malaria Research and Training Centre**) en 2003 ont révélé que la résistance aux antipaludéens, notamment à la chloroquine, est importante (MSF, 2007). Face à ce constat, en mars 2005, le Ministère de la Santé (MS) a opté pour les combinaisons thérapeutiques à base de dérivés de l'artémisinine (CTA). Cette option a été formalisée par les autorités maliennes dans la lettre circulaire du ministre de la santé datant du 18 décembre 2006 ayant pour objet : « *Retrait de la chloroquine de l'arsenal thérapeutique du Mali* ». Ce retrait n'entrera en vigueur qu'en juin 2007, mais avant, « *il était urgent de développer une expérience avec cette approche diagnostique et thérapeutique au Mali, afin de pouvoir préparer une adaptation future de l'approche actuelle et vaincre les réticences encore visibles chez certains partenaires financiers et médicaux.* » (MSF, 2007 : 6)

Expérimenter la gratuité

Avant l'introduction des CTA à Kangaba¹ par MSF, en août 2005, tous les usagers étaient soumis au paiement du ticket modérateur. Mais dès la mise en œuvre du projet, la gratuité des antipaludéens a été accordée aux enfants de moins de 5 ans. Les patients âgés de plus de 5 ans, en plus des frais de consultation, payaient les CTA à 85 FCFA, soit l'équivalent du prix d'accès à la chloroquine. Malgré les investissements en infrastructures, en matériel, en médicaments et en renforcement des capacités humaines, les améliorations sensibles enregistrées en termes de fréquentations, sans être décevantes, sont restées en deçà des attentes. Cette sous fréquentation, de l'ordre de 0,29 à la fin de la phase I en 2006 (Ponsar & al, 2011), était due aux barrières financières.

La léthargie de l'organe de gestion, l'Association de Santé Communautaire (ASACO), était avérée, le personnel de santé, mal et/ou irrégulièrement payé, n'avait plus le cœur à la tâche : « *Les ASACO et personnel de santé restent non dynamiques, non motivés, non impliqués normalement pour l'amélioration du système.* » (MSF 2007 : 15).

MSF a donc entrepris de mettre en œuvre la gratuité des soins du paludisme dans un contexte peu favorable. La démotivation des organes de gestion et des agents de santé était visible. Les usagers évoquaient invariablement le manque d'accessibilité financière et d'accessibilité géographique comme principaux obstacles à la fréquentation. Il fallait donc mettre en œuvre des mesures d'accompagnement prenant en compte ces obstacles.

La politique de MSF à Kangaba

La levée des obstacles financiers pour les usagers

Au niveau des usagers, la stratégie a consisté à lever toutes les barrières financières. La première action été la suppression du ticket modérateur pour tous les usagers. La gratuité des CTA et des Tests de Diagnostic Rapide (TDR) a été accordée aux enfants de moins de 5 ans et aux femmes enceintes, ainsi que la prise en charge gratuite de toutes leurs pathologies fébriles. Les usagers âgés de plus de 5 ans accédaient à la consultation et aux médicaments contre le paiement d'une somme forfaitaire de 200 FCFA. La barrière géographique, active en

¹ Avant l'arrivée du projet MSF, « *le paludisme était la première cause d'hospitalisation à Kangaba (100% des patients admis au dernier semestre 2005) et a causé 92,3 % de décès observés dans le cercle pour cette période.* » (MSF, 2007, 6).

hivernage (période de haute transmission du paludisme), a été levée en recrutant, en formant et en installant des « agents palu »² dans les villages distants de plus de 5 km d'un CSCOM.

Des compensations pour les ASACO et des motivations pour le personnel

Dans une perspective de redynamisation des organes de gestion, les membres des ASACO, ont été formés et responsabilisés. Leurs responsabilités consistent, entre autres, à organiser des séances d'information et de sensibilisation autour de thèmes de santé identifiés, dans les villages de l'aire de santé.

Pour ce qui concerne les agents de santé en position irrégulière, leur situation administrative a été régularisée, en indexant leur salaire sur celui de leur catégorie de la fonction publique et enfin en les inscrivant à Institut National de Prévoyance Sociale (une caisse d'assurance retraite).

Toutes les ASACO avaient du mal à fonctionner correctement, les revenus générés ne parvenaient pas à couvrir les dépenses de fonctionnement, malgré la politique de recouvrement des coûts. A ce propos, un interlocuteur dira : « *Quand MSF arrivait, nous pouvons dire que l'ASACO existait de façon formelle. Les agents de santé n'étaient pas payés. Il n'y avait rien dans la caisse de l'ASACO* ». (Koné et al, 2011 : 8). Dans un tel contexte, une gratuité, quelle qu'elle soit (totale ou partielle), était porteuse de menaces de perturbation des budgets des ASACO. Pour compenser la levée partielle du recouvrement des coûts, MSF a accordé, aux organes de gestion, des compensations financières (fixe et variable).

La compensation fixe comprenait le salaire des employés du CSCOM ; les frais de fonctionnement ; la quote part de l'ASACO pour la référence évacuation ; le salaire des Agents Palu.

La compensation variable, dans un premier temps, était composée des recettes de consultation mensuelles (au prix de 1.000 FCFA, par patient consulté, payés par MSF) ; dans un deuxième temps, elle a été calculée, suite une évaluation notée, en fonction d'une grille de performance, sur la base d'un contrat de performance entre l'ASACO et MSF.

Les CSRef bénéficiaient aussi d'une compensation. Toutefois, celle-ci se faisait dans le cadre des références-évacuations et des hospitalisations. La référence et/ou l'hospitalisation des enfants engageaient des frais de traitement, à la charge du patient. Avec la mise en œuvre de la gratuité, MSF compensait ces frais « *à raison de 10.000 FCFA par enfant hospitalisé pour paludisme grave ou pathologie fébrile. Ce montant couvre les frais d'hospitalisation, les soins de nursing et les analyses...* » (MSF, 2007 : 17).

Les motivations sont des sommes d'argent mensuellement accordées au personnel de santé des CSCOM. Leur montant varie avec celui des compensations.

Le suivi régulier du niveau opérationnel

MSF a adopté des principes d'encadrement forts et rigoureusement exécutés, pour l'appui aux relais communautaires³ et aux agents palu, la supervision des CSCOM et des CSREF, l'exécution et le contrôle des travaux d'entretien et de réhabilitation des centres de santé. Il a recruté un administrateur financier (malien) pour vérifier la régularité des pièces comptables des centres de santé et un gestionnaire (malien) des données produites par toutes les structures.

² Ce sont des personnes qui savent lire et écrire, recrutées par les ASACO et formées à la lecture du TDR. Lorsque le test est positif, elles donnent des antipaludéens en comprimés comme traitement. Elles réfèrent les enfants lorsque le mal persiste.

³ Ce sont des personnes choisies par les villageois, formées aux techniques d'animation par les projets et qui diffusent les messages que les projets souhaitent faire passer.

Lors des supervisions, il est tenu compte du remplissage des différents registres (consultation, pharmacie, comptabilité etc.), de la propreté du centre, de l'exécution des tâches assignées à l'ASACO. Tous ces aspects sont évalués. Au cours des assemblées communautaires⁴, l'assistance est informée des tâches non exécutées. Ainsi les différents CSOM entrent indirectement en compétition et l'assistance est informée des points de faiblesse des services et de l'identité de ceux qui en sont responsables. « *Les supervisions ressemblent à des inspections, surtout lorsqu'il y a une notation au bout ou plutôt une évaluation quantitative.* » (Koné et al, 2011 : 22).

Des résultats séduisants

Résultats obtenus

L'évolution du taux de fréquentation suffit à elle seule à rendre compte de la pertinence des multiples efforts engagés pour faciliter l'accessibilité et la qualité de l'offre. Tous les chiffres révèlent une augmentation vertigineuse et continue de la fréquentation depuis 2006.

Dans un document de plaidoyer présenté aux PTF par MSF en 2009 on peut lire qu'entre 2006 et 2009 le taux de fréquentation a été multiplié par 5 pour les enfants de moins de 5 ans, celui des femmes enceintes a été multiplié par 4 et celui des usagers de plus de 5 ans par 3. Cette hausse spectaculaire de la fréquentation est également signalée dans un document de l'observatoire de la gratuité⁵ : « *La gratuité totale a eu un effet immédiat et durable sur les consultations curatives des enfants de moins de cinq ans (...). Cette fréquentation a été multipliée par un facteur très statistiquement significatif de l'ordre de trois.... Cette hausse a été constatée dans les trois groupes d'intervention, quelle que soit la saison de l'année où cette gratuité a été mise en place* » (Observatoire Kangaba, 2011 : 2).

Résultats perçus

La mise en œuvre du projet gratuité paludisme de MSF a profondément marqué les populations du cercle de Kangaba. Les usagers et les élus locaux évoquent avec émotion la portée salvatrice de cet accès gratuit aux soins de santé (paludisme, pathologies fébriles, évacuation) : « *Avant MSF, quand tu partais au CSCOM, le minimum de dépenses c'est 2.000 FCFA. Certains ne pouvaient pas faire soigner leur enfant malade à cause de 2.000 FCFA.* » (Koné et al, 2011 : 22). Les acteurs socio-sanitaires, toutes catégories confondues, en particulière les usagers, reconnaissent, que ce projet a permis une augmentation de la fréquentation et a sauvé des vies. Ici comme à Kéita et Abalak au Niger « *l'ensemble des acteurs rencontrés trouve que la gratuité est une action noble et salutaire* » (Valery et al, 2009 : 13). Au cours d'une assemblée communautaire, des discours de reconnaissance ont été adressés à MSF par des autorités traditionnelles de la ville de Kangaba.

Toutefois, les premiers CTA gratuits (ASAQ), à cause des effets indésirables et de leur mode d'administration⁶, n'ont pas reçu l'adhésion des usagers. Ces derniers ont été soulagés avec l'introduction du Coartem.

L'annonce de la fin du projet, qui a duré 6 ans (d'août 2005 à mars 2011), a semé le trouble au sein des usagers. La question de la pérennisation s'est retrouvée au cœur des débats. Tout le monde a reconnu la pertinence de l'accès gratuit aux soins et y a vu un projet salutaire (en revitalisant les ASACO et les centres de santé et en réduisant la mortalité).

⁴ Un espace qui regroupe le personnel de santé, les membres de l'ASACO, les populations de l'aire de santé. Au cours de ces regroupements, des agents de MSF présentent les résultats des évaluations.

⁵ Organe créé dans certains Districts de santé et qui suit l'évolution de la gratuité au niveau de ces sites.

⁶ Faire dissoudre les comprimés dans l'eau avant de les donner aux enfants.

Toutefois, des personnes rencontrées ont émis des réserves, en termes des coûts excessifs du projet (compensations et primes diverses, salaires) et de l'appui technique que ni l'Etat ni l'ASACO ne pouvaient assumer.

Une pérennisation problématique

Une gratuité excessive

Le projet MSF a mis en œuvre une gratuité totale concernant les enfants et les femmes enceintes et portant sur tous les soins liés au paludisme et autres pathologies fébriles, y compris les frais d'hospitalisation. Ce choix n'était pas approuvé par une grande partie du personnel soignant et des élus locaux. Certains auraient souhaité que MSF aide les usagers à se prendre un peu en charge, avec une idée de partage des coûts, comme le pense un ancien maire : « *Aider quelqu'un c'est mieux qu'une gratuité totale.* » (Koné et al, 2011 : 24). Ils évoquent la déresponsabilisation qu'engendrerait l'habitude de la gratuité et trouvent celle-ci excessive et par conséquent dangereuse, parce que paralysante. Pour cet élu local : « *Avec l'arrêt de la gratuité beaucoup de gens vont rester à la maison, car beaucoup n'ont pas les moyens de payer leurs soins* ». (Koné et al, 2011 : 25).

Un manque de concertation en amont

Ces opinions soulèvent la question de la communication ou plutôt de la concertation. Toute cette gratuité a-t-elle été discutée avec les différents partenaires locaux de la santé ? Il semble que MSF est venu avec un dossier déjà ficelé à appliquer, ou du moins à expérimenter. Ce qui ne laissait aucune place pour le débat entre partenaires, comme le souligne cet agent de santé : « *Quand le partenaire vient avec son système on est tenu de le mettre en œuvre.* » (Koné et al, 2011 : 9). Il semble que la mise en œuvre de nombreux projets soulèvent un certain nombre d'interrogations identiques : « *La négociation du niveau macro dispenserait-elle des niveaux méso et micro ? Donnerait-elle une légitimité suffisante ?* » (Berche, 1998 : 87). Quoi qu'il en soit, les partenaires locaux ne peuvent remettre en cause ce qui a été décidé pour eux au sommet. Les ASACO gardent le profil bas, parce qu'elles ne peuvent mobiliser, par leurs propres efforts, autant d'argent que les compensations qu'elles reçoivent. Le personnel est relativement bien payé grâce à MSF. Les élus ne peuvent rien dire parce que toute remise en cause de quelque aspect de gratuité serait interprétée comme une opposition aux intérêts des populations. Les uns sont exécutants, les autres sont observateurs passifs et sont conscients du malaise qu'engendrera ce projet lorsqu'il prendra fin. Les uns devront répondre aux interpellations de leurs électeurs, les autres ne pourront plus assurer les salaires et primes de leurs employés, une troisième catégorie craint pour le maintien et la régularité de ses revenus. Ils sont tous conscients qu'une mobilisation locale de financements ne peut permettre de poursuivre le projet de MSF.

Des stratégies locales de relèvement annoncées mais non appliquées

Lorsque la fin du projet a été annoncée, tous les acteurs ont été impliqués dans la réflexion pour éviter une rupture brutale ou pour trouver des alternatives pouvant contribuer à sauver les acquis du projet. MSF, à travers son personnel de terrain et en compagnie des membres des ASACO et des relais communautaires, a informé les populations, afin de les préparer à gérer la fin de la gratuité totale fournie par MSF et à envisager d'autres alternatives d'accès aux soins.

L'une des mesures d'accompagnement prises par MSF a été de fournir aux acteurs locaux les moyens financiers et les dotations en médicaments nécessaires pour trois mois de fonctionnement. MSF a aussi fait du plaidoyer au niveau des PTF, pour trouver d'éventuels

« repreneurs » de son projet, en organisant des rencontres au cours desquelles il montrait « *la qualité des résultats atteints tout en insistant aussi sur la fragilité de ces acquis. Pour sauvegarder ces acquis, des appuis quelconques d'un partenaire extérieur étaient indispensables* » (Koné, Fofana, 2012 : 8). Enfin, MSF a animé une réflexion avec ses partenaires locaux (ASACO, communes, cercle) sur la mobilisation de revenus pouvant contribuer à l'allègement de la prise en charge des soins de santé par les usagers.

Au cours de ces réunions il a été décidé un retour au régime normal (exemption pour les traitements anti-paludéens pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, recouvrement des coûts pour les autres). Toutes les ASACO se sont réunies pour fixer un prix unique pour chaque acte dans tous les CSCOM, dans le but d'assurer le fonctionnement des centres et de faire face au salaire du personnel.

Les communes et le cercle se sont engagés à affecter aux centres de santé 10% du budget annuel voté pour venir en aide aux organisations locales de la société civile. Ces collectivités territoriales ont promis aussi de prendre en charge tous les frais liés à la référence évacuation. Malheureusement, tous ces engagements sont restés de simples déclarations d'intention.

Les différents discours de maintien des acquis renvoyaient à la nécessité de l'intervention d'un partenaire extérieur. Les différents acteurs socio sanitaires locaux, en l'occurrence les ASACO, semblaient reproduire l'attitude de « *l'administration sanitaire centrale... en perpétuelle recherche de financement pour assurer sa propre survie, survie déterminée par redistribution de la manne de...* » (Berche, 1998 : 195). Ceci dénote la dépendance de la survie de tout le système sanitaire du Mali envers la bienveillance des partenaires extérieurs. Le district sanitaire de Kangaba a offert une image de cette dépendance. En effet, durant tout le temps où le vide laissé par MSF n'a pas été comblé, le taux de fréquentation semble avoir baissé. D'après un responsable d'AMCP, « *Après le retrait de MSF la fréquentation était comparable à celle du niveau national.* » (Koné et Fofana, 2012, 12). Ces propos sont confirmés par cet usager : « *si tu n'as pas d'argent est ce que c'est la peine de partir au centre de santé.* » (op. cit, 2012 : 11). Il est évident que le facteur financier est déterminant pour le recours aux soins de santé modernes (Ponsar & al, 2011).

AMCP : poursuivre l'œuvre de MSF

Six mois après le retrait de MSF, une association appelée Association Médicale Contre le Paludisme (AMCP) est venue prendre le relais. Cette association est un regroupement des anciens travailleurs de MSF à Kangaba. Pour les acteurs socio-sanitaires locaux, MSF et AMCP sont une seule et même organisation : « *Au moment où son nom était MSF, la lutte contre le palu était le volet principal. Maintenant avec le nom AMCP, c'est la lutte contre la malnutrition.* » (Op. cit, 2012 : 17). L'objectif prioritaire fait la différence.

Prendre en charge le paludisme et la malnutrition

AMCP a continué la prise en charge gratuite totale du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Mais elle a surtout mis au centre de ses activités la prise en charge gratuite de la malnutrition des enfants. Cette prise en charge nécessite des dispositifs particuliers, en termes d'infrastructures, de ressources et compétences humaines et de stratégies d'intervention. Ainsi, au CSREF, une Unité de Récupération Nutritionnelle Intense (URENI) a été ouverte pour les cas de malnutrition aigue sévère. Dans les CSCOM, les cas de malnutrition modérée sont traités par l'Unité de Récupération Nutritionnelle

Ambulatoire (URENA). Dans les villages, des agents de santé communautaire (ASC)⁷, formés aux techniques de dépistage de la malnutrition (utilisation d'instruments pour mesurer le tour du bras) sont déployés. Lorsqu'un enfant a été dépisté par l'ASC, ce dernier le réfère au CSCOM où il est immédiatement pris en charge en cas de malnutrition modérée (aliments thérapeutiques), avec un suivi hebdomadaire. S'il souffre d'une malnutrition sévère aigue, après les premiers soins il est référé au CSREF de Kangaba, où il sera hospitalisé, jusqu'à ce qu'il puisse faire l'objet d'un traitement en ambulatoire.

Afin de réduire les cas d'abandon ou de perte de vue, durant l'hospitalisation, l'accompagnant bénéficie d'une prise en charge alimentaire.

Evaluer les activités

L'évaluation se fait chaque mois et est suivie d'une compensation dite variable parce que son montant est fonction de la qualité du travail produit. Pour l'un des agents de santé « *Les évaluateurs cherchent à voir si les soins que nous sommes en train de donner sont de qualité* » (op. cit., 2012 : 23). Le jour de déclaration des montants des compensations variables, les évaluateurs, qui sont des travailleurs d'AMCP, expliquent les points forts et les points faibles constatés au cours de l'évaluation. Les personnels évalués, mais surtout ceux qui sont mal notés, tentent toujours de se justifier, surtout lorsqu'ils ne s'estiment pas directement responsables.

Au cours de ces comptes rendus d'évaluation, toute la communauté est informée de la nature des actes mal posés. Les « fautifs » culpabilisent lorsque le centre de santé enregistre une perte importante de points et par conséquent une diminution du montant de la compensation variable⁸, et développent des ressentiments. Ils ne se sentent pas responsables des abandons de soins quand « *des mamans ne viennent pas à la date du rendez-vous qu'on leur fixe* » (op. cit., 2012 : 30) ou lorsque les mères de certains enfants réfutent des cas de malnutrition diagnostiqués. Le refus de soins soulèvent des interrogations, entre autres, sur le rapport soignants/soignés et sur la pertinence perçue des diagnostics et des traitements.

Les séances d'évaluation sont loin d'être des parties de plaisir et de convivialité. Il semble qu'elles se déroulent dans une atmosphère étouffante mêlées d'incompréhensions récurrentes. Pourtant, elles comportent théoriquement un aspect positif qui est celui de « rendre compte ». Mais le fait de devoir rendre compte à la communauté et au partenaire ne semble pas bien accepté par certains agents de santé.

Poursuivre l'appui financier

Fille et ou héritière de MSF, l'AMCP a apporté peu de modification aux dispositions financières adoptées par le premier. L'appui financier se présente toujours sous forme de compensations (fixes et variables) et de motivations (fixes et variables). Toutefois les critères d'attribution varient avec le type (CSCOM ou CSREF) du centre de santé.

Au niveau des CSCOM, les compensations (fixes et variables) sont restées identiques à celles de MSF, en termes de montant et de mode d'attribution. Par contre, au niveau du CSREF, elles ont connues quelques modifications.

Avec l'AMCP, il n'y a qu'une compensation mensuelle fixe, d'un montant de 300.000 FCFA versée au CSREF. Dans la logique explicite d'AMCP, l'objectif visé est de compenser

⁷ Il s'agit de certains « agents palu » retenus pour les besoins du projet d'AMCP. Ces agents continuent à faire la prise en charge gratuite du paludisme des enfants de moins de 5 ans, dans les villages.

⁸ Une somme donnée à l'ASACO en fonction des performances des travailleurs du CSCOM. Cette somme est utilisée pour payer les indemnités du personnel et pour la prise en charge de petites dépenses diverses.

les revenus qu'aurait pu générer l'occupation des lits d'hospitalisation. Autrement dit c'est comme si l'AMCP versait au CSREF des frais de location des infrastructures qu'elle utilisait pour la réalisation de son programme.

Les motivations, qui dans les CSCOM, sont données à tous les travailleurs, sont fixes et accordées au personnel du CSREF qui est sollicité pour l'exécution des activités du projet.

Conclusion

Décréter la gratuité est une chose, la mettre en œuvre, et que chaque acteur y trouve son compte, en est une autre. L'expérience de MSF a montré que la gratuité des soins du paludisme, telle que formulée, dans le cadre d'un système de santé en dysfonctionnement, nécessite des mesures d'accompagnement importantes. Dans le cadre de leur intervention à Kangaba, MSF et AMCP ont renforcé le dispositif habituel (ressources humaines, infrastructures, logistiques et surtout le suivi-évaluation). L'une et l'autre ONG ont mieux structuré l'offre : plus proche, accessible (levée des barrières financières et géographiques), permanente et de qualité.

Avec l'intervention de MSF, le district sanitaire de Kangaba a ainsi enregistré les indicateurs de santé les plus performants du Mali. Ces indicateurs ont fait la fierté de tous les acteurs impliqués dans la gestion de la santé à Kangaba. De leur côté, les usagers ont exprimé leur satisfaction et leur confiance dans les soins de santé modernes, devenus un recours prioritaire. Ces performances ont été atteintes grâce à des activités régulières de suivi, de supervision et d'évaluation.

Toutefois, cette offre se caractérise aussi par une injection importante d'argent, une mise sous perfusion du système entier, aussi bien par MSF que par AMCP. Compensations et motivations soulèvent de nombreuses interrogations, en termes de pertinence et de pérennisation. Les primes d'encouragement liées à un surtravail, comparables au *topping-up* (Berche, 1998), sont considérées par de nombreux responsables de projets comme une condition de réussite : « *Si on n'en donne pas le projet ne réussira pas* » (op.cit. : 178). La question de la « réussite » se trouve ainsi posée. Celle-ci concerne-t-elle le temps court du projet, en termes d'objectifs immédiats atteints, ou aussi le temps plus long de l'après projet, en termes de pérennisation. Compensations et motivations comportent un réel danger, parce que leur attribution « *engendre un risque réel de rendre aléatoire la continuité des activités. Ainsi dans une autre région du Mali, lors de l'arrêt des per-diem, par tarissement de la source extérieure de financement, les infirmiers ont refusé de continuer à vacciner les enfants* » (op. cit. : 177). Les intervenants extérieurs n'hypothèquent-ils pas, à travers l'instauration de motivations, l'avenir de leur intervention ? Lorsque le « *moteur additionnel* » (op.cit., 179) s'arrête, les énergies de tous les acteurs s'essoufflent et ceux-ci ne fourniront, tout au plus, désormais, qu'un service minimum.

Le coût financier (Ponsar et al, 2011) est-il supportable par les capacités nationales et locales de financement ? Pour certains acteurs, la gratuité MSF est trop généreuse et voire même dangereuse parce qu'elle ne laisse pas de place à l'esprit d'initiative, et risque d'instaurer une attitude d'attente permanente d'une assistance.

La fin de l'intervention de telles ONG pose un problème de pérennisation. La période, pendant laquelle le district de santé de Kangaba est resté sans partenaire a révélé les difficultés d'une prise en charge locale accessible à un grand nombre d'usagers. Tous les acteurs reconnaissent, à des degrés divers, une baisse importante des taux de consultation.

Si avec MSF, la question de la pérennisation a été longuement débattue, avec AMCP, la réflexion sur une prise en charge avec les moyens locaux n'a été perceptible dans aucun

discours. La pérennisation définie « *comme le devenir d'un programme* » (Ridde et al, 2006 : 423) ou « *la viabilité à long terme des interventions d'un projet* » (Pluye et al, 2000 : 100) est pensée à Kangaba en termes de maintien des acquis des résultats de l'intervention de MSF (Koné et al : 2011). Mais les acteurs socio sanitaires locaux sont conscients de l'absence des conditions de cette pérennisation, considérée comme une institutionnalisation qui « *consiste à enchâsser durablement l'innovation dans une organisation hôte, pour en assurer la viabilité à long terme, après l'arrêt de ressources extérieures* ». (op. cit. : 101, citant Goodman et al, 1993). La routinisation qui est le « *processus fondamental qui aboutit à la pérennité des programmes* » (Ridde et al, 2006 : 423), ne semble pas pouvoir être assurée en dehors d'un « *moteur additionnel* » (compensations, motivations et levée de barrières financières), quand bien même les compétences acquises pour offrir un service de qualité existent.

Aucun effort n'est entrepris pour initier une stratégie d'autonomisation financière. La préoccupation reste d'avoir, à tout moment, un partenaire pour la prise en charge des besoins en matière de santé, et non de rendre les soins financièrement accessibles au plus grand nombre à partir des efforts locaux.

Références bibliographiques.

Berche T, 1998, Anthropologie et santé publique en pays dogon.

Hours B, 2001, « Les ONG dans la santé : de l'altruisme à la cogestion », *La santé au risque du marché. Incertitudes à l'aube du XXI^e siècle*, les nouveaux cahiers de l'IUED, 97-106

Médecins Sans Frontières, 2007 : Rapport annuel narratif, Kangaba/.

Médecins Sans Frontières, 2010 : Evolution du Projet Kangaba (2005-2009).

Koné Y.F et al, 2011, MSFL : projet paludisme Kangaba - une expérience de l'accès gratuit aux soins de santé.

Koné Y. F, Fofana A. 2012, La mise en œuvre de l'exemption du paiement des soins de sante à Kangaba : après Médecins Sans Frontières (MSF), l'Alliance Médicale Contre le Paludisme (AMCP).

Observatoire Kangaba, 2011, « Policy Brief ».

Pluye P, Potvin L, Denis, J-L, 2000, « la pérennisation organisationnelle des projets pilotes en promotion de la santé », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé Volume 7*, pp 99-113.

Ponsar F. & al, 2011, «Abolishing user fees for children and pregnant women trebled uptake of malaria-related interventions in Kangaba, Mali », *Health Policy and Plannin*26, ii72–ii83.

Ridde V., Pluye P., Queuille L., 2006, « Evaluer la pérennité des programmes de santé publique : un outil et son application en Haïti », *Rev. Epidémiol. santé publique*, 54, 421-431.

Ridde V., Diarra A. et al, 2009, « Analyse de la mise en œuvre et des effets sur l'utilisation des services de l'exemption du paiement direct : districts de Kéita et Abalak – Niger .

Robert E. Ridde V. 2012, « Les paiements directs des soins dans les pays à faible et moyen revenu, ne font pas l'unanimité au sein de la communauté internationale », *Les Cahiers du CIRDIS – Collection Recherche*, n°2.

