



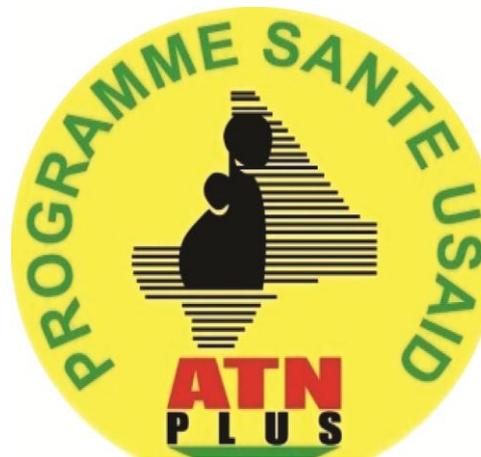
**USAID**  
FROM THE AMERICAN PEOPLE



PRESIDENT'S MALARIA INITIATIVE



# ÉTUDE SUR L'EFFET DE L'INTRODUCTION D'UNE PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES ET PRIVEES AU MALI



Janvier 2012

Cette publication a été produite pour révision par l'Agence Américaine pour le Développement International. Elle a été préparée par Dr. Issa Bara Berthé, Dr. Fomba Gomba, Mr. Samba Diarra, Dr. Boubacar Guindo, Mr. Yann Derriennic, Dr. Haguiratou Ouédraogo, and Dr. Alpha Guitéyé dans le cadre du projet « Systèmes de Santé 20/20 ».

Le projet des Systèmes de Santé 20/20 est le projet phare de l'Agence Américaine pour le Développement International en matière de renforcement des systèmes de santé dans le monde entier. En aidant les pays à améliorer leurs capacités financement du secteur santé, leur gouvernance, leur façons d'opérer ainsi que leurs capacités institutionnelles, « Systèmes de Santé 20/20 » aide à éliminer les obstacles à la prestation et l'utilisation des soins de santé prioritaires, tels que le VIH / sida, le traitement de la tuberculose, les services de santé reproductive, maternelle et infantile.

## Janvier 2012

Pour obtenir des copies supplémentaires de ce rapport, merci d'envoyer un courrier électronique à [info@healthsystems2020.org](mailto:info@healthsystems2020.org) ou de vous rendre sur notre site [www.healthsystems2020.org](http://www.healthsystems2020.org)

**Accord coopérative No.** GHS-A-00-06-00010-00

**Submitted to:** Robert Emrey, AOTR  
Health Systems Division  
Office of Health, Infectious Disease and Nutrition  
Bureau for Global Health  
United States Agency for International Development

**Citation Recommandée :** Bara Berthé, Issa, Fomba Gomba, Samba Diarra, Boubacar Guindo, Yann Derriennic, Haguiratou Ouédraogo, Alpha Guitéyé. Janvier 2012. *Etude sur l'effet de l'introduction d'une prise en charge financière des enfants de moins de cinq ans dans les formations sanitaires publiques et privées au Mali.* Bethesda, MD : Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 4550 Montgomery Avenue | Suite 800 North  
| Bethesda, Maryland 20814 | P : 301.347.5000 | F : 301.913.9061  
| [www.healthsystems2020.org](http://www.healthsystems2020.org) | [www.abtassociates.com](http://www.abtassociates.com)

*En collaboration avec:*

| Aga Khan Foundation | Bitrán y Asociados | BRAC University | Broad Branch Associates  
| Deloitte Consulting, LLP | Forum One Communications | RTI International  
| Training Resources Group | Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine

# ÉTUDE SUR L'EFFET DE L'INTRODUCTION D'UNE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS DANS LES FORMATIONS SANITAIRES PUBLIQUES ET PRIVÉES AU MALI

## **Dégagement de responsabilité**

Les opinions des auteurs exprimés dans ce document ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence Américaine pour le Développement International (USAID) ou celles du Gouvernement des États-Unis d'Amérique.



# SOMMAIRE

<b>Liste des sigles et abreviations.....</b>	<b>ix</b>
<b>Remerciements .....</b>	<b>xi</b>
<b>Résumé exécutif.....</b>	<b>xiii</b>
<b>I. Introduction .....</b>	<b>I</b>
1.1 Justification .....	1
1.1.1 Le contexte et données au Mali.....	2
1.1.2 L'évolution du système de santé Malien .....	2
1.1.3 Les Contraintes et le Financement du système sanitaire .....	3
1.2 Objectifs DE l'étude.....	6
1.2.1 Objectif général .....	6
1.2.2 Objectifs spécifiques .....	6
<b>2. Revue de la littérature .....</b>	<b>7</b>
2.1 Démarche de la revue littéraire.....	7
2.2 Les différentes tendances.....	7
2.2.1 Accès aux soins.....	7
2.2.2 Un système inégalitaire .....	8
2.2.3 La gratuité, alternative pour l'atteinte des OMD?.....	8
2.2.4 Evolution au niveau Mondial .....	8
2.3 Effet de l'abolition ou de l'introduction de la barrière financière en Afrique.....	9
<b>3. Méthodologie .....</b>	<b>11</b>
3.1 Approche méthodologique.....	11
3.1.1 Une analyse documentaire.....	11
3.1.2 Des entretiens individuels avec des informateurs clés...	11
3.1.3 Les discussions de groupe ciblés ou Focus Group.....	11
<b>4. Résultats .....</b>	<b>13</b>
4.1 Principales maladies dont souffrent les enfants de moins de cinq ans.....	13
4.2 Utilisation des services de santé par les enfants de moins de cinq ans.....	14
4.3 Politique de tarification/partages des coûts au Mali : Description et justification. ....	15
4.4 Perspective des parties prenantes sur la PEC des moins de cinq ans et du paludisme .....	16
4.5 Mise en œuvre de la politique de tarification : les pratiques et les résultats. ....	17
4.5.1 Méthodes de gestions des paiements.....	18
4.5.2 Gestion des patients qui ne peuvent pas payer .....	19

4.6 Les attitudes des intervenants clés sur la politique de partages des coûts actuelle et le changement potentiel de la politique : Les résultats des évaluations qualitatives .....	21
4.7 Opinions des différentes parties prenantes sur les avantages, inconvénients, et défis de la prise en charge financière des enfants de moins de cinq ans .....	23
4.8 Estimation de l'impact de la suppression des frais d'utilisation pour les moins de cinq ans sur les formations sanitaires et l'estimation du coût total d'une politique de PEC financière par tiers payant : les résultats des modèles de simulation – .....	25
4.8.1 Conception et Architecture du model .....	25
4.8.2 Hypothèses et coûts des intrants.....	26
4.8.3 Coûts des intrants.....	26
4.8.4 Scénarios .....	26
4.8.5 Résultats .....	28
4.8.6 Note sur les limites des estimations.....	29
<b>5. Discussions .....</b>	<b>31</b>
<b>6. Recommandations.....</b>	<b>32</b>
<b>7. Conclusion.....</b>	<b>33</b>
<b>8. Restitution.....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>37</b>
<b>ANNEXE 1 : Bibliographie .....</b>	<b>39</b>
<b>ANNEXE 2 : Plan de collecte des données.....</b>	<b>43</b>
<b>ANNEXE 3 : Tableau politique d'exemptions totales ou partielles.....</b>	<b>49</b>
<b>ANNEXE 4 : Agenda Conférence sur les politiques d'exemptions 31 mars et 1 avril 2011.....</b>	<b>51</b>
<b>ANNEXE 5 : Synthèse Conférence sur les politiques d'exemptions 31 mars et 1 avril 2011.....</b>	<b>55</b>
<b>ANNEXE 6 : Outils de collecte des données.....</b>	<b>63</b>

## LIST OF TABLES

Tableau 1 : Taux d'Incidence (/1000) - Maladies majeures chez les moins de 5 ans .....	13
Tableau 2 : Taux d'utilisation service curatifs (0-4 ans) en structure par région.....	14
Tableau 3 : Cas Paludisme (0-4 ans) par région .....	14
Tableau 4 : Nombre moyen de consultation et taux d'utilisation moyen par type de formations sanitaires par les enfants de moins cinq ans en 2009.....	15
Tableau 5 : Nombre moyen de consultation et taux d'utilisation moyen par zones épidémiologiques enquêtées par les enfants de moins cinq ans en 2009.....	15
Tableau 6 : Revenus moyens estimés par type de formation sanitaire provenant des moins de cinq ans (en FCFA), en 2009 .....	18

tableau 7 : Coût pour les familles des soins pour les moins de cinq ans, en particulier pour le paludisme, 2009 data .....	22
Tableau 8a : Pertes estimées pour les formations sanitaires en raison de la politique de gratuité .....	28
Tableau 8b : Coût estimatif pour la prise en charge par un tiers payant.....	28
Tableau n° 1 : Positionnement des sites par zone.....	44
Conférence sur les politiques d'exemption du paiement des soins au Mali .....	51

## LIST OF FIGURES

Graphique 1 : Budget santé 2009 et prévision 2010 en pourcentage budget de l'état.....	4
Graphique 2 : Mortalité avant l'âge de cinq ans : Tendances : 2001-2006.....	13
Graphique 3 : Utilisation des fonds (hors vente des médicaments) par type de formation sanitaire (moyenne, en pourcentage) .....	20



# LISTE DES SIGLES ET ABBREVIATIONS

ASACO	Association de Santé Communautaire
ARV	Médicament Anti Rétro Virale
CP	Comprimé
CPN	Consultation prénatale
CPS	Cellule de Planification et de Statistiques
CREDOS	Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation pour la Survie de l'Enfant
CROCEP	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation des Programmes sanitaires et sociaux
CS	Comité de Suivi
CSAR	Centre de Santé d'Arrondissement Revitalisé
CSC	Centre de santé de cercle
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte Contre la Pauvreté
CSRèf	Centre de santé de référence
CTA	Combinaison Thérapeutique à base Artémisinine
CT	Comité Technique
CPS	Cellule de Planification et de Statistiques
DAF	Direction Administrative et Financière
DMT	Département de Médecine Traditionnelle
DN	Division Nutrition (DNS)
DNDS	Direction Nationale du Développement Social
DNS	Direction Nationale de la Santé
DNSP	Direction Nationale de la Santé Publique
DPLM	Division Prévention et Lutte contre la Maladie
DPM	Direction Nationale de la Pharmacie et du Médicament
DRB	Direction Régionale du Budget
DRDSES	Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire
DRS	Direction Régionale de la Santé
DS	Développement Social
DV	Dépôt de Vente.
EDS-M	Enquête Démographique et de Santé (du Mali)
EPH	Etablissement Public Hospitalier
EPSTC	Etablissement Public à caractère Scientifique Technologique et Culturel
ESC	Equipe de Santé de Cercle
FAM	Fonds d'Assistance Médical
IB	Initiative de Bamako
INJ	Injectable
IP	Indice Psalmodique

MILD	Moustiquaires Imprégnées de Longue Durée
PEC	Prise en Charge
PMI	Presidential Malaria Initiative
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SNIS	Système National d'Information Sanitaire
SOL	Solution
SP	Sulfadoxine Pyriméthamine
ST	Service Technique
TDR	Test de Diagnostic Rapide (paludisme)
TS	Tous les services
USAID	United States of Agency for International Development

# REMERCIEMENTS

Notre gratitude va aux institutions Maliennes et à leurs personnels qui ont fourni un apport précieux à cette évaluation, Ce sont : les Ministères de la Santé (MS), du Développement Social, des finances, la Direction Nationale de la Santé (DNS), la Cellule de Planification et de Statistique (CPS), Le Programme National de lutte contre le paludisme (PNLP), le Centre de Recherche, d'Études et de Documentation pour la Survie de l'enfant ( CREDOS) les Directions Régionales de la Santé (DRS), les Mairies, les Associations de Santé Communautaire (ASACO), les hôpitaux, les Centres de Santé de Référence (CSRèf), les Centres de Santé Communautaires (CSCom), le Comité National d'Ethique en Sciences de la Santé et de la Vie (CNESS), le Réseau d'Expertise en Santé et Développement (RESADE) et le Programme Santé USAID Assistance Technique Nationale Plus (ATN Plus).

Nous remercions particulièrement les Docteurs Salif Samaké et Mamadou Diop, respectivement Directeur et chef de l'unité statistique de la Cellule de Planification et de Statistiques du Ministère du Secteur de la Santé du Développement Social et de la Promotion de la Femme, Madame Lisa Nicols, Chef d'équipe du Projet Assistance Technique Nationale Plus (ATN Plus), Mesdames Marianne El-Khoury et Anne Brandjord du Project Health Systems 20/20 qui se sont investis personnellement dans les différentes phases de cette étude.

Nos remerciements vont également aux femmes et aux hommes qui ont participé aux discussions de groupe, aux interviews ainsi qu'aux prestataires de services de santé et les principaux intervenants qui ont fourni des informations précieuses lors des enquêtes, sans oublier tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à cette évaluation. Notre gratitude va à Mme Maria Claudia De Valdenebro pour l'édition, la mise en pages et la production finale de cette publication.

Cette étude a été financée par le gouvernement des États-Unis, à travers l'Agence des États-Unis pour le Développement International (USAID).



# RESUME EXECUTIF

Comme d'autres pays de la sous-région qui ont mis en place l'Initiative de Bamako, le Mali s'est engagé dans une politique de subvention des prix de services destinés à des groupes populationnels vulnérables. La politique de subvention vient alléger le poids financier des dépenses de santé sur les ménages.

C'est ainsi que le gouvernement Malien avec l'appui du Presidential Malaria Initiative (PMI) et de l'USAID Mali a initié une étude sur les barrières que pose la tarification des soins à l'utilisation des services de santé pour les enfants de moins de cinq ans. Cette étude initialement prévue pour la prise en charge du paludisme a été élargie à la demande du Mali à toutes les maladies des enfants de moins de cinq ans.

L'objectif de l'étude est d'estimer l'impact financier, de l'introduction d'une prise en charge financière des enfants de moins de cinq ans sur les formations sanitaires publiques et privées périphériques (CSCCom et CSRèf). La prise en charge incluant la consultation, le diagnostic et les médicaments.

L'étude a couvert l'ensemble du pays, le choix des sites a été orientés par les différents facies épidémiologiques du paludisme. Elle a porté sur 500 entretiens d'utilisateurs à la sortie, trois groupes de discussions ciblés, 120 entretiens dans les formations sanitaires et dix-huit entretiens au niveau national. L'enquête de terrain s'est déroulée dans 27 CSCCom, 9 CSRèf, 2 EPH2 et 1 EPH3.

Cette étude nous a permis d'obtenir les résultats suivants :

- La majorité des personnes enquêtées est favorable à la prise en charge financière des maladies des enfants de moins de cinq ans pour augmenter l'accès financier aux soins, particulièrement pour les plus démunis, pour la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies de l'enfant dont le paludisme. Cependant de nombreuses inquiétudes ont été évoquées notamment :
  - i) les pertes engendrées par la gratuité des soins ;
  - ii) la mise en place d'un dispositif opérationnel de compensation ou de remboursement ;
  - iii) l'approvisionnement régulier des structures en intrants et médicaments ;
  - iv) la détérioration de la qualité des soins ;
  - v) l'utilisation abusive des services de santé ;
  - vi) le risque d'engorgement des formations sanitaires
  - vii) le manque de motivation du personnel ;
  - viii) la diminution des recettes pour les ASACO ;
  - ix) la consommation abusive des médicaments.
- Une modélisation a été réalisée utilisant les données de l'enquête et autres données disponibles a donné les résultats suivants :
  - Les estimations des pertes annuelles (manques à gagner) pour l'ensemble du pays au niveau des formations sanitaire lié à la prise en charge des enfants de moins de cinq ans vont de 663 à 1,064 millions de CFA selon les scénarios.
  - Les estimations des pertes annuelles (manques à gagner) pour l'ensemble du pays au niveau des formations sanitaire lié à la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans vont de 270 à 448 millions de CFA selon les scénarios.
  - Les estimations du coût au tiers payant de la prise en charge financière pour l'ensemble du pays au niveau des formations sanitaires pour les enfants de moins de cinq ans vont de 1.281 à 2,267 millions de CFA selon les scénarios.
  - Les estimations du coût au tiers payant de la prise en charge financière pour l'ensemble du pays au niveau des formations sanitaire pour le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans vont de 853 à 1.510 millions de CFA selon les scénarios.

Les montants estimés générés par la modélisation pour la prise en charge des enfants de moins de cinq ans représentent au maximum 3,56% du budget exécuté du Ministère de la Santé en 2009 (63, 559, 982,538 CFA). Au regard de cette estimation il est fort probable que la prise en charge des

enfants de moins de cinq soit supportable par le budget du Ministère de la Santé. Toutefois, l'estimation ne prend pas en compte les frais liés à l'hospitalisation, les services offerts dans les EPH, et les examens de laboratoire.

La prise en charge financière des enfants de moins de cinq ans nécessite la conception, la mise en place, le suivi et évaluation d'un mécanisme de financement permettant de rendre disponible les ressources requises au niveau opérationnel. Ce mécanisme doit contribuer au renforcement des capacités en gestion des structures opérationnelles et des parties prenantes.

La présente étude s'étant focalisé sur l'aspect financier, il sera nécessaire de mener des études ou réflexion complémentaires sur d'autres aspects importants de la prise en charge à savoir : disponibilité des médicaments et des ressources humaines, les coûts liés à l'hospitalisation, aux services offerts dans les EPH et les examens de laboratoire.

Au regard de l'engagement du Mali pour l'accélération de l'atteinte des OMD, la prise en charge financière des enfants de moins de cinq ans est financièrement soutenable mais demande la mise en place d'un mécanisme opérationnel et pérenne.

# I. INTRODUCTION

## I.1 JUSTIFICATION

Au Mali, 300<sup>1</sup> enfants de moins de 5 ans meurent par jour. Parmi eux, environ 150<sup>1</sup> décèdent avant leur premier anniversaire dont la moitié dans la première semaine de leur vie. Ces chiffres<sup>1</sup> interpellent les décideurs, les parents et les agents de santé. Pourquoi autant d'enfants continuent-ils de mourir au Mali ?

La mortalité des enfants au Mali a connu une baisse importante depuis 2001, passant de 229<sup>2</sup> pour mille à 191<sup>2</sup> pour mille. Un enfant sur cinq décédera avant d'atteindre son cinquième anniversaire au Mali.

Les risques de décéder avant l'âge de 5 ans présentent des écarts importants selon le milieu de résidence. On constate une surmortalité en milieu rural par rapport au milieu urbain (234 pour mille contre 158 pour mille)<sup>1</sup>. Les niveaux sont nettement plus élevés pour les enfants vivant dans les ménages les plus pauvres que pour ceux des ménages les plus riches.

Les niveaux de la mortalité infanto juvénile sont donc fonction d'un ensemble de conditions socio sanitaires, économiques, démographiques et culturelles.

La problématique de la mortalité infanto-juvénile revêt une importance de premier plan dans le débat sur les réformes des politiques sanitaires.

Sept (7) décès<sup>1</sup> d'enfants sur dix (10) ont lieu dans les ménages<sup>1</sup>, ce qui est fortement évocateur de problèmes d'accès aux soins de santé. L'accès aux soins de santé est un déterminant clé pour la réduction de la mortalité infantile dans les pays en voie de développement. Dans un contexte de pauvreté, le paiement direct par l'utilisateur est considéré comme une barrière à l'utilisation des services de santé.

En effet, il existe une littérature considérable sur l'incidence du paiement par l'utilisateur, et qui en montre les effets négatifs sur l'utilisation des services de santé, en particulier chez les indigents.

Il existe également des données qui montrent clairement que l'élimination du paiement par l'utilisateur accroît l'utilisation des services de santé, en particulier chez les indigents.

D'un autre côté, les établissements de santé sont tributaires des recettes que leur procurent les usagers et qui leur permettent de couvrir une partie importante de leurs dépenses de fonctionnement.

A moins que cette source de revenus ne soit remplacée, l'élimination du paiement par l'utilisateur pourrait avoir des conséquences néfastes sur la prestation de services.

Aujourd'hui, il n'y a pas encore de consensus au sein de la communauté internationale quant à la suppression ou au maintien du paiement par l'utilisateur pour les services destinés aux enfants de moins de cinq ans.

---

<sup>1</sup> Enquête Démographique et de Santé, EDSM-IV, Mali, 2006

<sup>2</sup> Enquête Démographique et de Santé, EDSM-III, Mali, 2002

### **I.1.1 LE CONTEXTE ET DONNEES AU MALI**

Depuis 1964, l'orientation poursuivie par les autorités maliennes, d'inspiration en partie socialiste, reposait sur :

- Le rôle quasi-exclusif de l'Etat dans la prestation des soins et la distribution des médicaments accompagné
- Une politique de gratuité

### **I.1.2 L'EVOLUTION DU SYSTEME DE SANTE MALIEN**

#### **Soins de santé primaire**

Au Mali la politique de santé est fondée sur les stratégies de soins de santé primaires (SSP) définies lors de la conférence d'Alma Ata en septembre 1978. La mise en œuvre des SSP a été renforcée par l'adoption de l'Initiative de Bamako (IB) en 1987, dont l'un des objectifs majeurs est de réduire la mortalité maternelle et infantile par la mise en place des médicaments essentiels tout en les rendant accessibles à toutes les couches de la société<sup>3</sup>

Le système de santé malien a profondément évolué depuis le milieu des années 1980 sous l'effet conjugué de la libéralisation de l'exercice privé des professions sanitaires, et de l'initiative de Bamako

1985-1986 : libéralisation de la médecine privée

#### **Organisation des soins privés**

Autorisé depuis 1985, on note un développement rapide du secteur privé notamment médical et paramédical se répartissant essentiellement entre les cabinets (159), les cliniques (39) et les établissements de soins confessionnels (29). Ce secteur privé est concentré surtout dans les centres urbains : 50% à Bamako, 13% à Sikasso, 11% à Ségou, 9% à Koulikoro et 7% à Kayes.

Les officines, dépôts de produits pharmaceutiques représentent plus de la moitié des structures privées de santé.

Les établissements de soins confessionnels existent pratiquement dans toutes les régions et participent d'une certaine manière à l'augmentation de la couverture en soins.

1987-1989 : initiative de Bamako.

La politique de santé du Mali a été fortement inspirée des trois grands axes stratégiques de l'initiative dite de Bamako :

L'accessibilité aux médicaments essentiels, Le renforcement des services de soins primaires, et une participation des communautés à la gestion locale des services de santé à travers notamment le principe du recouvrement des coûts du médicament et la contribution de la communauté aux autres coûts.

C'est notamment dans ce contexte que les premiers CSCom (Centres de Soins Communautaires) se sont constitués, avec la création de la première structure, l'ASACOB<sup>4</sup> en 1989.

#### **Rôle des structures sanitaire communautaire**

La politique sectorielle de santé et de population a été adoptée en 1990. Elle définit les orientations du développement sanitaire et social du Mali. Elle est fondée sur les principes des SSP et le concept de l'Initiative de Bamako. Elle a été renforcée en 1993 par l'adoption de la politique d'action sociale et de solidarité. L'objectif majeur de la politique de santé est de réaliser la santé pour tous sur un horizon aussi rapproché que possible.

---

<sup>3</sup> Pr Alhouseini Ag Mohamed : Santé tropicale 2009

<sup>4</sup> Association de Santé Communautaire de Banconi, quartier de Bamako, dans la Commune II

## Un programme de santé quinquennal

Le PRODESS, Programme de Développement Sanitaire et Social, est né au terme de deux ans de consultations avec toutes les parties concernées, et notamment avec toutes les communautés locales et les femmes. Ses principaux éléments sont les suivants :

- Accroissement de la couverture sociale nationale de base, grâce à 347 centres spécialisés dans les soins de santé rapides
- Amélioration des services dans les zones "périphériques", et notamment dans les régions peu peuplées, une attention croissante étant accordée à la médecine préventive.
- L'établissement d'une Fédération des associations de santé communautaire, qui s'appuie sur la croissance extraordinaire qu'ont connue les associations communautaires dans les années 90.
- Un système national d'approvisionnement en médicaments de base.

Le PRODESS a comme devise "Santé pour tous", mais, à n'en pas douter, les nourrissons et les jeunes enfants seront les principaux bénéficiaires de cette couverture sanitaire.

Un des objectifs majeurs de la politique sectorielle de santé et de population est d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels (y compris les ARV, les contraceptifs, les vaccins), les réactifs et les consommables médicaux en les rendant accessibles géographiquement et économiquement.

### Décentralisation

La situation des enfants pourrait aussi être améliorée à moyen terme par le programme de décentralisation du gouvernement. Mis au point en différentes étapes entre 1993 et 2000, ce programme vise à céder à 701 communes créées à cet effet (dont 19 communes urbaines) la gestion de services locaux essentiels, ainsi que la responsabilité de les financer.

## 1.1.3 LES CONTRAINTES ET LE FINANCEMENT DU SYSTEME SANITAIRE

### Accessibilités socio-économique

Le manque d'information et l'ignorance sont parmi les principales causes du mauvais état de santé et de bien-être de l'enfant.

Cet état de fait a un impact négatif sur le niveau de santé de la population, particulièrement celui des femmes. Le niveau d'éducation sanitaire demeure lui aussi très bas et est un facteur décisif dans la persistance de comportements qui ont un impact négatif sur la santé en particulier en matière de prévention, d'hygiène et de planification familiale. L'amélioration des conditions d'hygiène individuelle et collective, alimentaire et environnementale, notamment en matière d'hygiène du corps et d'hygiène vestimentaire, d'hygiène du milieu, d'habitat décent, constitue une approche susceptible d'élever le niveau sanitaire global de la population. Les difficultés économiques, particulièrement la faiblesse des revenus des ménages, constituent des entraves réelles à l'accès des populations aux services sociaux de base.

Une politique visant la protection des revenus et la réduction des coûts des soins contribuera à accroître notablement l'utilisation des services de santé par les populations.

Des facteurs extérieurs conditionnent la situation sanitaire au Mali. Le développement de la libre entreprise a placé le secteur privé au cœur du processus de développement économique et a conféré une importance particulière au rôle de la société civile et de l'environnement dans le processus de développement durable, axé sur la lutte contre la pauvreté.<sup>5</sup>

---

<sup>5</sup> Rapport Revue Externe du PEV 2006

## Financement du secteur de la Santé

Le secteur de la santé au Mali est financé conjointement par l'Etat, les communautés et les Partenaires au développement. L'Etat assure le paiement des salaires, des coûts récurrents des services (charges d'eau, électricité, téléphone) et contribue environ pour 5 à 10% des frais d'investissement.

Les communautés participent au financement de la santé à travers le recouvrement des coûts du médicament, la prise en charge d'une partie des investissements et des frais de fonctionnement des centres de santé communautaire.

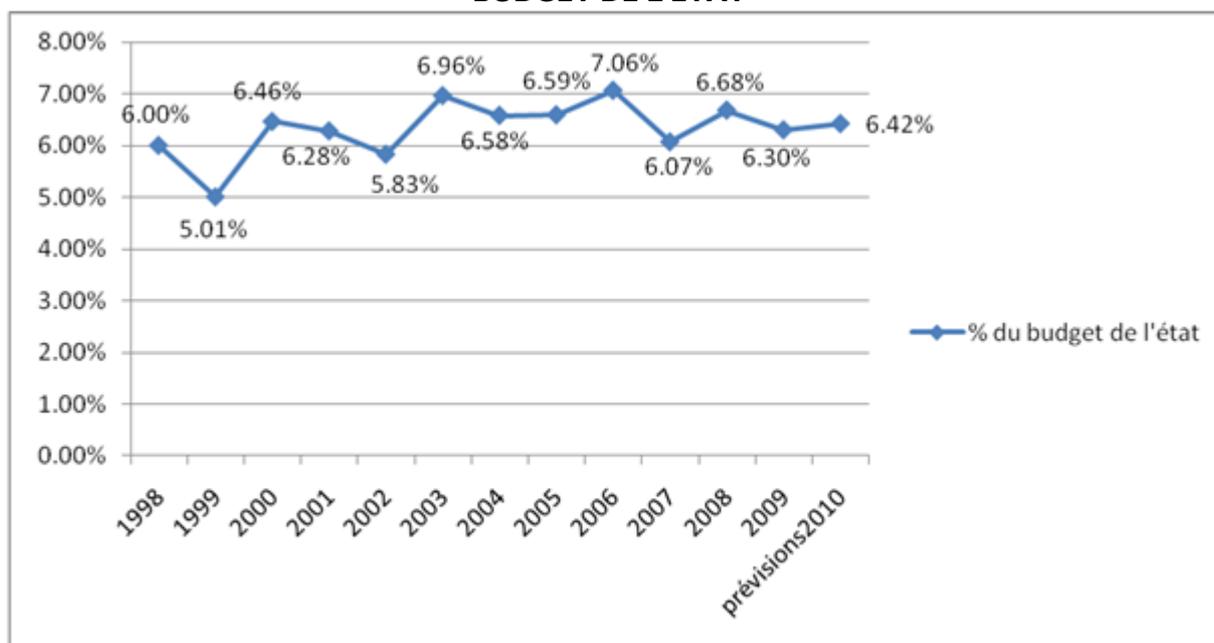
Les partenaires assurent le financement de la plus grande partie des investissements du secteur de la santé.<sup>6</sup>

## Budgétisation ou dépenses de santé des établissements sanitaires

Le financement du secteur de la santé est assuré par les ressources intérieures (dépenses de fonctionnement et contrepartie dans le financement des programmes), les ressources extérieures à travers le budget spécial d'investissement et les autres sources de financement provenant des autres partenaires (hors BSI), du secteur communautaire, des organismes publics et parapublics, les ONG et les ménages.

Le financement intérieur ou la part du budget de la santé dans le budget global de l'Etat est assuré tous les ans sans atteindre l'objectif de 15 % recommandé par l'OMS. Le pourcentage de budget de la santé n'a pas beaucoup varié par rapport au budget global de l'Etat au cours des cinq dernières années comme l'illustre le graphique ci-après.

**GRAPHIQUE I : BUDGET SANTE 2009 ET PREVISION 2010 EN POURCENTAGE BUDGET DE L'ETAT**



Sources : Rapports DAF/ DFM 1998-2008

<sup>6</sup> Rapport Revue Externe du PEV 2006

## Paludisme au Mali

Le nouveau document de politique du Ministère de la Santé préconise alors l'utilisation de la combinaison thérapeutique Amodiaquine - Artésunate (AS/AQ) et la combinaison Artemether + lumefantrine (AT+LU) pour le traitement de première intention des cas de paludisme simple. Les Combinaisons Thérapeutiques à Base d'Artémisinine (CTA) ont été introduites dans les formations sanitaires publiques en juin 2007 (Document Politique Nationale de lutte contre le paludisme au Mali, 2007).

Par ailleurs, garantir une prévention efficace contre le paludisme pour toutes les populations à risque, en particulier les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans et assurer un traitement efficace, en temps opportun sont les deux premiers axes stratégiques du plan stratégique de lutte contre le paludisme 2007-2011.

Pour que l'accès soit rapide, le traitement doit se trouver aussi près du domicile que possible afin d'être administré dans les 24 heures qui suivent l'apparition des symptômes<sup>7</sup> La couverture thérapeutique des épisodes palustres est beaucoup plus élevée quand il y a à domicile des médicaments pré conditionnés que lorsqu'ils se trouvent chez un agent de santé qui décide du traitement (WHO, 2004). On a pu constater en réalisant des études que le pourcentage d'enfants ayant été traités dans les 24 heures était passé de 46% à 54,4% en Ouganda et de 67% à 89,6% au Nigeria grâce aux médicaments pré conditionnés.

L'accès gratuit aux médicaments et aux services peut avoir pour résultat de donner aux personnes les plus pauvres et les plus nécessiteuses un plus grand accès aux soins de santé. Celles-ci peuvent toutefois penser qu'il s'agit de médicaments inefficaces ou de mauvaise qualité, ce qui peut les amener à mal les utiliser et notamment à les stocker ou à les vendre au marché noir. Il se peut aussi que la gratuité ne soit pas soutenable à long terme. Le coût du traitement doit être aussi peu élevé que possible pour que les plus vulnérables puissent se le procurer.

S'appuyant sur les données existantes, l'étude a examiné plus en détail les questions de politique générale et elle a permis d'informer les décideurs sur les effets d'une prise en charge financière des moins de cinq ans sur la fourniture de services pour les enfants.

### Contextes de l'étude

Le bureau de la Presidential Malaria Initiative (PMI) à Washington a demandé au Projet Health Systems 20/20 (projet phare de l'USAID en matière de renforcement des systèmes de santé) d'entreprendre une étude sur les barrières que pose la tarification des soins pour le paludisme pour les moins de cinq ans dans les pays d'Afrique de l'Ouest qui appliquent l'Initiative de Bamako. Le Sénégal et le Mali ont été identifiés comme pays cibles.

Après avoir consulté le gouvernement et les partenaires, l'USAID-Mali a demandé que, pour le Mali, l'étude soit élargie pour couvrir la problématique des soins pour les moins de cinq ans, et a fourni un financement complémentaire à cet effet. C'est pourquoi cette étude couvre les services destinés aux enfants de moins de cinq ans en mettant une emphase sur les soins pour le paludisme, pour les besoins de l'étude comparative.

---

<sup>7</sup> WHO, 2004

## **I.2 OBJECTIFS DE L'ETUDE**

### **I.2.1 OBJECTIF GENERAL**

Estimer l'impact financier de l'introduction d'une prise en charge financière des enfants de moins de cinq ans sur les formations sanitaires publiques et privées au Mali (CSCoM et CSRéf); la prise en charge incluant la consultation, le diagnostic et les médicaments.

### **I.2.2 OBJECTIFS SPECIFIQUES**

- Identifier le fardeau des maladies des enfants de moins de cinq ans au Mali
- Décrire la politique de paiement par l'utilisateur pour les services destinés aux enfants de moins de cinq ans
- Décrire la mise en œuvre de la politique de recouvrement des coûts : pratique et résultats
- Evaluer l'impact de la politique relative au recouvrement des coûts et au paiement par l'utilisateur
- Recueillir l'attitude des principales parties prenantes concernant la politique de paiement par l'utilisateur en vigueur et modifications éventuelles de cette politique
- Décrire la politique et pratique en matière de paiement par l'utilisateur pour les services destinés aux enfants de moins de cinq ans

## 2. REVUE DE LA LITTÉRATURE

De nombreux pays s'engagent dans l'appui de diverses mesures de financement alternatives à la tarification directe, mais peu d'évidences sur les effets populationnels et le coût de ces mesures. La revue littéraire nous a donc permis de dégager le fardeau de la maladie, de rendre compte des politiques de paiement et de partage des coûts, et enfin de dégager l'effet de la politique de prise en charge.

### 2.1 DEMARCHE DE LA REVUE LITTÉRAIRE

La collecte des documents concernant la prise en charge financière des enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires publique et privé au Mali a été réalisée grâce à plusieurs méthodes. Les documents pertinents en français et en anglais ont été inclus dans cette revue de la littérature. Cette revue a concerné les articles publiés, Les rapports, Les documents de politique générale du Mali, la littérature universitaire, les rapports annuels du PRODESS, les EDSM, les données du système d'information Sanitaire (SNIS) les études nationales. Peu d'études à l'échelle nationale pour mesurer l'effet de la prise en charge des moins de 5 ans ont été trouvées.

Afin de s'assurer d'avoir tous les documents pertinents les termes de recherche retenus étaient vastes : Abolition de la barrière financière en milieu de soin, accès aux soins en Afrique, gratuité pour les moins de 5 ans, gratuité au Mali. La recherche sur MEDLINE a permis d'obtenir 60 articles dont 8 a été retenue, et 55 sur le site du ministère de la santé et des finances, l'UNICEF, la Banque Mondiale, MSF, OMS, et Save the Children. Nous avons adopté une méthode d'inclusion rigoureuse. Pour les critères d'inclusion nous avons considéré les publications à partir de 1994.

Due au fait que les politiques associent la santé de la mère a celui de l'enfant nous avons retenu les publications qui prennent en compte l'abolition de la barrière financière de la mère et de l'enfant, pour les enfants les moins de 5 ans, et ceux de l'exemption des frais d'utilisation dans les milieux de soins. Nous avons été au ministère de la santé, à l'université, dans différentes structures intervenant dans la survie de l'enfant et cherché les autres documents que nous n'avons pas pu avoir par internet.

### 2.2 LES DIFFÉRENTES TENDANCES

#### 2.2.1 ACCES AUX SOINS

Depuis la fin des années 1980, lorsque l'Initiative de Bamako définissait de nouvelles règles pour l'accès aux services de soin publics et aux traitements en Afrique, des recherches en santé publique se sont appliquées à documenter les effets sociaux de cette politique. En substituant le paiement par les malades à la gratuité des actes médicaux et des traitements, cette politique de santé visait notamment à financer le fonctionnement des structures sanitaires, à rationaliser l'approvisionnement en médicaments et à démocratiser la gestion des services au travers de comités de santé appuyés sur la participation communautaire. La priorité était donnée à la viabilité, l'efficacité et l'efficience.

Si la rationalisation de l'approvisionnement a permis de voir apparaître des médicaments dans les structures de soin qui en étaient auparavant dépourvues, si l'autonomie de gestion a permis à des centres de santé de développer des interventions et d'améliorer la qualité de leur service, certaines limites se sont imposées assez rapidement, relatives notamment aux enjeux de pouvoir mettre à l'œuvre dans les comités de gestion ou aux barrières que représente le paiement dans l'accès aux soins. Les anthropologues ont analysé la mise en œuvre et les effets de cette stratégie, s'intéressant

d'abord essentiellement à une approche politique des rapports mobilisés par la participation communautaire, à propos des enjeux de la gestion « décentralisée » des services.<sup>8</sup>

### 2.2.2 UN SYSTEME INEGALITAIRE

L'expérience a montré que le paiement direct constituerait une barrière empêchant les plus pauvres de se soigner. Selon la Banque Mondiale, il ne couvrirait que 5 à 10 % des dépenses<sup>9</sup>. Les populations les plus malades qui sont souvent aussi les plus miséreuses financent ainsi, en partie, le système de santé. Or les principes de solidarité et d'équité voudraient que l'on tienne compte de la « capacité à payer » des populations. En Sierra Leone, les milieux modestes consacrent 25 % de leurs revenus aux dépenses médicales tandis que les plus riches seulement 3,7 %<sup>10</sup>. Dix à trente pour cent de la population du continent n'auraient pas accès aux soins pour des raisons budgétaires<sup>11</sup>. En outre, un grand nombre de personnes s'endettent pour payer leurs ordonnances ou sont obligés de vendre leurs animaux ou leurs récoltes. La proportion des ménages qui doivent effectuer de tels déboursments est de 1,3 % en France contre 8,5 % au Malawi, par exemple.<sup>12</sup>

### 2.2.3 LA GRATUITE, ALTERNATIVE POUR L'ATTEINTE DES OMD?

**Au Niger**, la gratuité des soins est en cours pour les césariennes et la prise en charge du jeune enfant. Cette option présentée avec un mécanisme et un circuit de remboursement rapide, aurait déjà permis d'améliorer de nombreux indicateurs de santé. Notamment la mortalité maternelle, l'accès aux soins de santé. Aussi, au Niger, pense-t-on de plus en plus que la gratuité des soins pourrait-elle aider à relever le pari de l'atteinte des OMD (objectif du millénaire pour le développement) dans un délai raisonnable.

**Au Burkina Faso**, la gratuité des soins est aussi officiellement de mise sur les accouchements et la prise en charge du traitement de la méningite. Mais la gratuité n'est valable pour le traitement de la méningite que sur certains produits.<sup>14</sup>

### 2.2.4 EVOLUTION AU NIVEAU MONDIAL

La Banque mondiale, qui a été le plus ardent promoteur de l'introduction du paiement direct des soins dans les années 1980 et 1990 semble changer d'avis. Dans sa nouvelle politique de santé promue en 2007, elle affirme qu'elle soutiendra les pays qui décident d'abolir le paiement direct. De même, en juin 2007, la directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) abondait en ce sens : « Si vous voulez réduire la pauvreté, cela me paraît censé d'aider les gouvernements à abolir le paiement »<sup>15</sup>. Selon le chercheur britannique Chris James, l'abolition du paiement des soins pour les enfants de moins de cinq ans dans vingt pays d'Afrique sub-saharienne pourrait sauver de 150 000 à 300 000 vies.<sup>16</sup>

Certains gouvernements africains semblent acquis à une réorientation des politiques de santé. Ainsi, l'Afrique du Sud ou l'Ouganda en sont maintenant à plusieurs années d'expériences. Plus récemment, le Sénégal a rendu gratuits les soins donnés aux personnes âgées ; au Mali ce sont les césariennes, les CTA pour les moins de 5 ans, MIID, les TDR et les ARV; au Niger, les consultations pour les enfants de moins de 5 ans ; au Burkina Faso les accouchements sont subventionnés à 80 % par l'Etat. Dans tous ces pays, les effets sont immédiats et le nombre de consultations a augmenté parfois de manière exponentielle.

---

<sup>8</sup> Fassin 1992, Brunet-Jailly 1997 et Berche 1998

<sup>9</sup> Valéry Ridde 2007.

<sup>10</sup> S.J. Fabricant, C. Kamara, A. Mills 1999

<sup>11</sup> Valéry Ridde, *op. cit*

<sup>12</sup> Ke Xu and colleagues 2007

<sup>13</sup> Valéry Ridde et Karl Blanchet : Vers la gratuité des soins en Afrique

<sup>14</sup> Valéry Ridde et Karl Blanchet : Vers la gratuité des soins en Afrique

<sup>15</sup> Margaret Chan, *Launch of the UK 2007*

<sup>16</sup> Chris James, 2005

## 2.3 EFFET DE L'ABOLITION OU DE L'INTRODUCTION DE LA BARRIÈRE FINANCIÈRE EN AFRIQUE

Tout comme le Mali dans certaines régions de l'Afrique, l'abolition (Ouganda, Afrique du Sud, Zambie, Burundi, Soudan) ou l'introduction (Kenya, Burkina) d'une barrière financière pour certaines cibles spécifiques telles que les femmes et les enfants de moins de 5 ans et dans d'autres pour tous les utilisateurs ont conduit à une augmentation ou une baisse de la fréquentation des structures de santé.

En Ouganda le partage des coûts a été introduit en 1993 comme un moyen de collecter de nouveaux revenus après deux décennies de troubles politiques et sociaux.

En 2001, une étude de l'OMS sur les frais d'utilisation a identifié cette barrière financière comme une cause de souffrance et d'accès limité aux soins de santé.

Cela contribué à ouvrir la voie à l'abolition des frais d'utilisation en mars 2001. Les changements mensuels moyens observés sont les suivants:

- Le nombre de nouvelles visites chez les moins de 5 enfants a augmenté de **27,3%**<sup>17</sup> (53,3% pour l'ensemble).
- Le nombre de ré-attentions chez les moins de 5 enfants a augmenté de 81,3% (82,3% pour l'ensemble).
- La vaccination chez les moins de 5 enfants a augmenté de 17,2%
- Les consultations prénatales ont augmenté de 25,3%.
- Les visites de planification familiale ont augmenté de 32,3%.<sup>18</sup>

En Afrique du Sud les frais d'utilisation abolie en 1994 pour les enfants de moins de 6 ans et les femmes enceintes a conduit à une augmentation de **77%** du taux d'utilisation<sup>19</sup> pour les enfants de moins de 6 et les femmes enceintes.<sup>20</sup>

Au Ghana Les frais d'utilisation ont été introduits en 1969 dans les structures de soins et partiellement réorganisé en 1985, et s'est poursuivie jusqu'en 1996. En 1996 il y'a eu exemptions des frais d'utilisation dans la région de la Volta au Ghana .Les données sur l'utilisation en ambulatoire des vingt et cinq plus grands centres de santé dans la région Volta est passée de 19% (en 1989) à 33% (en 1996).<sup>21</sup>

En Zambie l'abolition des frais d'utilisation en 2006 dans les formations sanitaires rurales montré une augmentation du taux d'utilisation des moins de cinq ans parmi la population rurale de 55%;

Au Burundi les frais d'utilisation supprimés dans les hôpitaux en mai 2006 a conduit à une augmentation de 42% en moyenne mensuelle des visites ambulatoires chez les enfants ;<sup>22</sup>

Au Soudan les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes représentent la majorité des décès dus au paludisme au Soudan (20% de tous les décès sont le paludisme). L'évaluation de l'effet de différents niveaux de l'exonération du ticket modérateur sur les taux d'utilisation des populations cibles : femmes enceintes, enfants de moins de 5 visant le traitement du paludisme au Soudan avec différents niveaux d'exemption à savoir 0%, 25%, 50%, 75% dans 8 centres de santé a montré une augmentation de l'utilisation – étude expérimentale.

Chez les enfants de moins de 5 ans par centre pour chaque niveau d'exemption nous avons une augmentation de l'utilisation.

---

<sup>17</sup> Chiffre utilisé dans la modélisation

<sup>18</sup> Nabyonga et.al, 2005

<sup>19</sup> Chiffre utilisé dans la modélisation

<sup>20</sup> Wilkinson et al, 2001

<sup>21</sup> Nyongator and Kutzin, 1999

<sup>22</sup> Cité dans Ridde, Diarra, 2009 (p2)

- Les niveaux d'exemption de 0% environ 35%
- Les niveaux d'exemption de 25 % environ 60%
- Les niveaux d'exemption de 50% environ 35%
- Les niveaux d'exemption de 75 % environ 275%

Le Kenya en 1989, a appliquée à la majorité de ses établissements de soins de santé une «taxe d'enregistrement» et en 1991, une "taxe de traitement» puis un prix forfaitaire des frais de médicaments ont été lentement mis en place. Les données recueillies dans six districts Septembre 1990 - Octobre 1994, ont montrées une baisse importante de l'utilisation des services après l'introduction des frais d'inscription de 27 à 45% selon l'établissement. En 1992 la redevance de traitement a conduit à plus petite baisse du taux d'utilisation environ 6%.<sup>23</sup>

Au Burkina Faso l'introduction de frais d'utilisation en Juillet 1997 a eu un effet négatif sur les taux d'utilisation des soins de santé. L'utilisation a chuté en 3 ans de 15,4% en moyenne (dans les centres où les frais ont été collectés, mais a augmenté de 30,5% au "contrôle" dans les centres de santé où les frais n'ont pas été appliqués.<sup>24</sup>

Au Burundi, une augmentation de **42%**<sup>25</sup> en moyenne mensuelle des visites ambulatoires chez les enfants après la suppression des frais d'utilisation dans les hôpitaux en 2006

Au Mali, la gratuité de la césarienne a contribué à la hausse de la CPN (64%), à la l'augmentation du taux de césarienne de 0,5 à 2,17%.

*Dans tous ces pays les effets de ces différentes politiques a eu un effet positif (augmentation) ou Négatif (diminution) sur l'utilisation des centres de santé.*

---

<sup>23</sup> Collins et al, 1996

<sup>24</sup> Ridde

<sup>25</sup> Chiffre utilisé dans la modélisation

# 3. METHODOLOGIE

## 3.1 APPROCHE METHODOLOGIQUE

La méthodologie a été construite en collaboration étroite avec les responsables de la Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé (CPS) et du projet Health System 20/20. L'équipe de consultants a adopté une démarche résolument participative, le processus de l'étude se faisant de concert avec l'ensemble des acteurs impliqués.

D'une manière générale, les méthodes quantitatives sont complétées par des méthodes qualitatives permettant une compréhension fine des processus et des diverses articulations au sein des points de prestations de services pour les enfants de moins de cinq. L'approche méthodologique s'articule autour des outils pour le recueil d'information, qui se fera par :

### 3.1.1 UNE ANALYSE DOCUMENTAIRE

Elle a consisté en une revue des documents tant sur les activités que sur les ressources des structures sélectionnées. Elle a porté sur l'exploitation des registres de consultation, des registres financiers, et tout autre support existant au niveau des structures de santé et des organismes de gestion comme les ASACO.

### 3.1.2 DES ENTRETIENS INDIVIDUELS AVEC DES INFORMATEURS CLES

Entretiens de patient/clients à la sortie de points de services et vente (exit interviews) : Entretiens avec patient sur les services produits, l'expérience et la motivation du personnel.

Les entrevues avec des informateurs clés ont été des entretiens approfondis. Au total ont été organisés :

- 78 entretiens avec des informateurs au niveau des formations/prestataire/points de vente
- 500 patients/clients à la sortie

Le nombre d'entretiens avec les informateurs clés recherchés par zone est de 26 qui répartissent de la façon suivante : deux personnes pour les 9 CSCOM (18), 2 pour les 3 CSREF (6) et deux pour EPH de 2<sup>ème</sup> référence.

Le nombre minimum recherché d'entretiens avec patients/clients à la sortie est 500, soit en moyenne de 180 entretiens de sortie par zone. Les entretiens de sortie ont été distribués de la façon suivante :

- 30 entretiens de sortie au niveau de l'EPH de 2<sup>ème</sup> référence
- 20 entretiens de sortie au niveau du CSREF
- 10 entretiens de sortie au niveau de chaque CSCOM

### 3.1.3 LES DISCUSSIONS DE GROUPE CIBLES OU FOCUS GROUP

Dans chaque zone, 1 groupe de discussion focalisée a été réalisé. Le groupe de discussion était constitué de 10 personnes (femmes en âge de procréer, femmes âgées et d'hommes chefs de ménage) ayant utilisées les services de santé au moment de l'enquête et/ou la semaine l'ayant précédée. Un groupe focus a été organisé par niveau de la pyramide sanitaire.

### **Les observations in situ**

Elles ont porté essentiellement sur l'analyse des circuits des enfants malades dans les formations sanitaires. Cette analyse prend en compte l'organisation technique, l'accueil par le personnel, la disponibilité du plateau technique et la communication interpersonnelle.

Lors des missions sur le terrain, le recueil des données s'est fait grâce à un questionnaire quantitatif intégré et une **guide de recueil** ad hoc, validé par les parties prenantes. Ces outils sont suffisamment sensibles et spécifiques pour collecter tous les faits importants relatifs aux coûts des soins des enfants de moins de cinq ans dans les formations sanitaires.

Voir annexe I pour le plan de collecte des données.

## 4. RESULTATS

### 4.1 PRINCIPALES MALADIES DONT SOUFFRENT LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS.

Sur le plan épidémiologique on note la prédominance des maladies infectieuses, parasitaires et la malnutrition. Les données du Système d'Information Sanitaire montrent que le paludisme est la première cause de morbidité, suivi des infections respiratoires aiguës (IRA), des maladies diarrhéiques, et de la malnutrition.

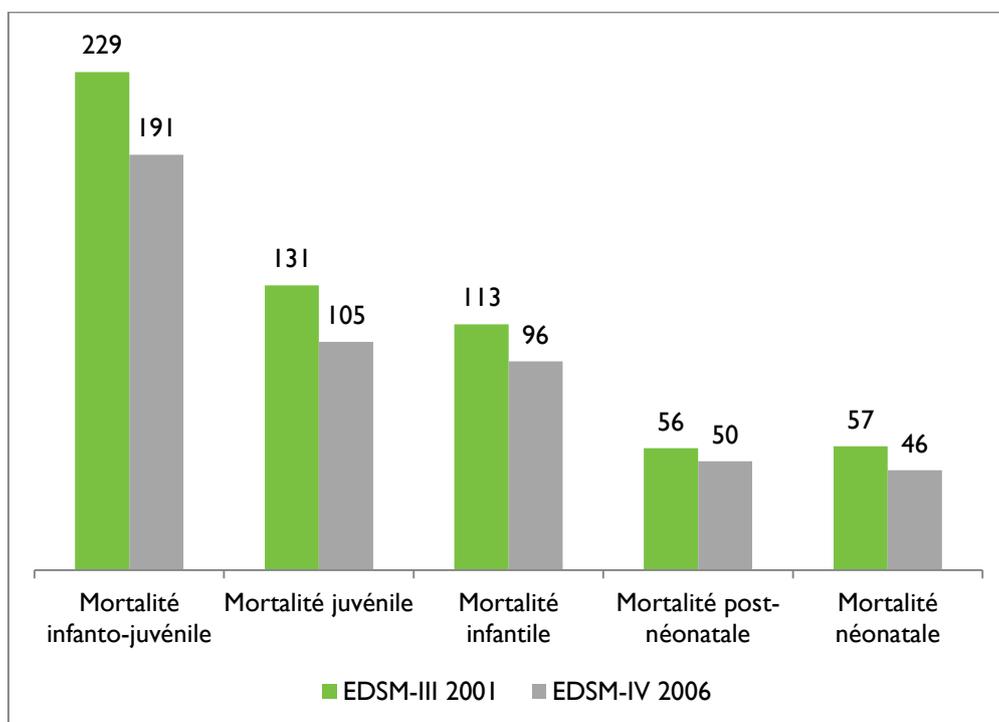
**TABLEAU I : TAUX D'INCIDENCE (/1000) - MALADIES MAJEURES CHEZ LES MOINS DE 5 ANS**

Paludisme simple	201.70
Toux<15 jours, IRA basses : pneumonie	78.00
Paludisme grave	55.09
Diarrhée présumée infectieuse en dehors du choléra	53.48
IRA hautes (Rhinopharyngite, rhinite, trachéite)	30.65
Malnutrition grave (malnutrition sévère)	10.52

Source : Annuaire SLIS 2009

Le taux de mortalité infantile au Mali est de 96 pour 1000 (EDS IV, 2006). En outre, il a été démontré que la majorité des décès d'enfants de moins de cinq ans sont dus à un nombre restreint d'affections courantes qu'on peut prévenir ou traiter à savoir : les IRA, la diarrhée, le paludisme, la rougeole, la malnutrition, et les affections néonatales (asphyxie, prématurité, insuffisance pondérale à la naissance).<sup>26</sup>

**GRAPHIQUE 2 : MORTALITE AVANT L'AGE DE CINQ ANS : TENDANCES : 2001-2006**



<sup>26</sup> Présentation Stratégie Nationale Survie de l'Enfant, 22 novembre 2009

## 4.2 UTILISATION DES SERVICES DE SANTE PAR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Dans un contexte de recouvrement des coûts, on constate que l'utilisation actuelle des services de soins curatifs est faible. Selon l'Annuaire SLIS de 2009 le taux moyen d'utilisation des services curatifs est de 0.57 nouveau contact par enfant par an (voir Tableau 2) C'est à dire qu'en moyenne moins de cinq enfants (0-4 ans) sur dix utilisent les services de santé en cas d'épisode de maladie.

**TABLEAU 2 : TAUX D'UTILISATION SERVICE CURATIFS (0-4 ANS) EN STRUCTURE PAR REGION**

Région	Population 0-4 ans	Consultations 0-4 ans	Utilisation 0-4 ans (Nouveaux contact par habitant par an)
Kayes	299.172	156.637	0,52
Koulikoro	351.443	191.258	0,54
Sikasso	410.019	283.154	0,69
Ségou	363.250	217.955	0,60
Mopti	290.390	110.208	0,38
Tombouctou	103.096	42.986	0,42
Gao	77.539	27.755	0,36
Bamako	293.582	208.607	0,71
Kidal	9.253	5.353	0,58
<i>Total</i>	2.197.743	1.243.913	0,57

Source : Annuaire SLIS 2009

En ce qui concerne le paludisme, il est le premier motif de consultation dans les formations sanitaires soit 43% des consultations des enfants de moins de cinq ans.

**TABLEAU 3 : CAS PALUDISME (0-4 ANS) PAR REGION**

Région	Population 0-4 ans	Paludisme simple 0-4 ans	Paludisme grave 0-4 ans	Total Paludisme 0-4 ans	Incidence Paludisme (simple et grave) 0-4 ans	Paludisme en % de consultations 0-4 ans
Kayes	299.172	48.716	12.716	61.432	18%	39%
Koulikoro	351.443	67.909	18.829	86.738	20%	45%
Sikasso	410.019	100.285	35.163	135.448	26%	48%
Ségou	363.250	87.623	24.489	112.112	31%	51%
Mopti	290.390	47.030	15.265	62.295	21%	57%
Tombouctou	103.096	12.309	1.779	14.088	14%	33%
Gao	77.539	10.429	1.938	12.367	16%	45%
Bamako	293.582	67.720	10.732	78.452	27%	38%
Kidal	9.253	1.273	162	1.435	16%	27%
<i>Total</i>	2.197.743	166.039	121.073	564.367	13%	45%

Source : Annuaire SLIS 2009

Au niveau de notre échantillon, le tableau 4 montre que l'utilisation moyenne des services de santé reste faible 0.15 contact par enfants et par an allant de 0.03 au niveau des CSREF à 0.21 dans les CSCOM, par ailleurs le paludisme représente en moyenne 43% des consultations des moins de cinq ans avec des variations allant de 46% au niveau des CSCOM et 54% au niveau des CSREF. Dans la présente étude 68.5% (395/576) des personnes interrogées à la sortie des formations sanitaires sont venues consultés pour le traitement de la fièvre/paludisme présumé de leurs enfants.

**TABLEAU 4 : NOMBRE MOYEN DE CONSULTATION ET TAUX D'UTILISATION MOYEN PAR TYPE DE FORMATIONS SANITAIRES PAR LES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS EN 2009**

	Type de formations sanitaires				
	CSCOM	CSREF	EPH2	EPH3	Tout échantillon
Nombre de formations Sanitaires	27	8*	3	1	39*
<b>Consultations des &lt;5 ans</b>					
Nombre minimum	219	726	1,207	7,589	219
Nombre maximum	5,532	2,495	5,656	7,589	7,589
Nombre moyen	1,573	1,301	2,940	7,589	1,777
Taux d'utilisation moyen	0.21	0.03	0.06	0.02	0.15
<b>Consultations Paludisme des &lt; 5ans</b>					
Nombre Minimum	122	305	185	1,916	122
Nombre Maximum	2,746	1,386	1,199	1,916	2,746
Nombre moyen	727	705	816	1,916	760
Taux d'utilisation moyen	0.1	0.01	0.015	0.004	0.07
% du Paludisme du total (moyenne pondérée)	46%	54%	28%	25%	43%

Note : \*Le CSREF de Kangaba a été exclu parce que les données n'étaient pas correctes. Ils ont reporté des données du cercle entier au lieu du CSREF seulement. Source : Enquête formations sanitaires

**TABLEAU 5 : NOMBRE MOYEN DE CONSULTATION ET TAUX D'UTILISATION MOYEN PAR ZONES EPIDEMIOLOGIQUES ENQUETEES PAR LES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS EN 2009**

	Zones épidémiologiques enquêtées				
	Bamako (EPH3)	Gao	Koulikoro	Sikasso	Tout l'échantillon
Nombre de formation sanitaire	1	13	12*	13	39*
Consultations moyennes des moins de cinq ans	7,589	836	2,265	1,819	1,777
Taux d'utilisation moyen par les moins de cinq ans	0.02	0.06	0.25	0.17	0.15
Consultations moyenne paludisme par les moins de cinq ans	1,916	384	921	899	760
Taux d'utilisation moyen de paludisme	0.004	0.03	0.11	0.086	0.07
% du Paludisme du total (moyenne pondérée)	25%	46%	41%	49%	43%

Source : Enquête formations sanitaires

### **4.3 POLITIQUE DE TARIFICATION/PARTAGES DES COUTS AU MALI : DESCRIPTION ET JUSTIFICATION.**

La dégradation des conditions économiques a été accompagnée par une détérioration de l'état de santé des populations. Dans la foulée des programmes d'ajustement structurels, la réduction des dépenses publiques de santé a eu une répercussion négative importante sur la disponibilité et la qualité des soins offerts à la population. Face à cette situation, l'OMS et l'UNICEF ont lancé en 1987 "l'initiative de Bamako" dont le but est « d'assurer à l'ensemble de la population l'accès aux services de soins de santé primaires et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publique ». Si cette nouvelle politique a effectivement permis d'améliorer la disponibilité des soins de santé, la

facturation directe aux patients, conjuguée aux effets de la dévaluation du franc CFA en 1994 a eu pour effet de créer une importante barrière financière à l'accès aux soins.

En effet, seules quelques catégories professionnelles (fonctionnaires et salariés du secteur privé) bénéficient d'une protection organisée. Elles ne représentent pas plus de 10% de la population et encore la prise en charge n'est-elle que très partielle.

Pour la grande majorité de la population, environ 90%, active dans le monde rural et dans le secteur urbain informel, il n'existe aucun mécanisme de financement collectif des soins de santé. Les « politiques de gratuités » interviennent alors comme des amortisseurs de cette situation de crise avec un effet d'atténuation sur les couches pauvres et les personnes vulnérable. Par ailleurs le Mali a une longue tradition d'exemption de paiement hérité de l'époque coloniale jusqu'à nos jours.

Certains reposent sur des bases légales (Décret 02/311 4 juin 2002, Décret 44/PG 22 février 1968, dispense les indigents et personnes en situation difficiles dispense de paiement et secours financier de 50,000 francs Malien).

D'autres relèvent de l'initiative officielle des Autorités. Le tableau en annexe 2 suivant résume la situation des exemptions de paiement.

#### 4.4 PERSPECTIVE DES PARTIES PRENANTES SUR LA PEC DES MOINS DE CINQ ANS ET DU PALUDISME

Selon l'enquête, la plus part des répondants pensent qu'une prise en charge des moins de cinq ans et du paludisme est une priorité

*« Le tiers payant est très important. Si les enfants sont soignés gratuitement pour le paludisme cela permettra aux parents de ne pas traîner à la maison avec leurs enfants. Surtout ici c'est une zone de paludisme presque toutes les consultations sont dues au paludisme »*

*« C'est très important de trouver un tiers payant mais il faut que vous nous aider pour ça. C'est l'Etat qui peut assurer la prise en charge gratuite du paludisme des enfants et pour que cela soit pérennisé l'Etat doit voter ces gratuités dans le budget, comme ça même les « SCOM ne vont pas souffrir de la gratuité »*

*« Nous remercions l'Etat pour la prise en charge du paludisme des enfants mais nous voulons que les tickets de consultation soient gratuits car prendre un ticket peut être un obstacle de venir consulter les enfants. Si on dit gratuit, les parents amèneront vite leurs enfants en consultation »*

*« La prise en charge financières des moins de 5 ans est vraiment une priorité car le paludisme est mortel »<sup>27</sup>*

Selon le EPH3 interrogés, les CTA gratuits fournis par la DNS en 2009 (lors d'une épidémie de paludisme) ont contribué à sauver de nombreux enfants (l'hôpital n'a plus de CTA).

De nombreux établissements (à tous les niveaux) ont estimé que la politique de gratuité conduirait à moins de cas graves de paludisme et de décès liés au paludisme. Ils ont également dit que la gratuité encourage le recours aux soins précoces, ce qui diminue les chances de complications dues à la maladie et de réduire le fardeau financier des familles<sup>28</sup>.

Mais les répondants pensent que les services et les soins pour les moins de cinq ans, et du paludisme, sont différentes des vaccinations, de la prise en charge de la tuberculose ou encore des services de santé maternelle.

<sup>27</sup> Groupes de discussions ciblées

<sup>28</sup> Source : Enquête formation sanitaire

- La vaccination a des coûts calculables et il est possible de savoir en avance le nombre de vaccin par enfant, mais pour le paludisme on ne peut pas savoir le nombre de cas par enfants. Il y a seulement des estimations
- Les prestataires passent plus de temps à faire du curative que du préventif.
- Le paludisme est saisonnier
- Le coût des autres programmes (TB, vaccins) sont en grande parties pris en charge par les programmes nationaux
- Les coûts de la vaccination inclus les coûts de la chaine de froid
- La PEC de la tuberculose est plus longue que celle du paludisme<sup>29</sup>

#### 4.5 MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE TARIFICATION : LES PRATIQUES ET LES RESULTATS.

Le manuel de gestion des CSCOM (Association de santé communautaire -ASACO) existe, élaboré avec l'ensemble des parties, il demeure la référence pour tout le pays. Ce document donne des orientations plafonds en matière de tarification des actes et médicaments. Par ailleurs la FENASCOM a élaboré avec les PTF une version plus simplifiée, aux adhérents de ses démembrements.

Pour les autres formations sanitaires publiques le manuel d'exécution des fonds (publics) et de gestion du PRODESS donne des orientations plafonds en matière de tarification des actes hospitalisation et médicaments à l'autorité interne autonome de gestion (CME, CA, conseil de gestion, équipe cadre du district).

Cependant selon les personnes enquêtées : La tarification est fixée différemment selon le niveau de soins. Au niveau des CSCOM, les tarifs sont généralement fixés par l'ASACO et sont déterminés et approuvés en assemblées générales des adhérents. Aux CSREF les tarifs sont fixés par les Conseil de gestion du cercle, qui représentent généralement les avis du personnel médical et la communauté. L'équipe cadre du CSREF fait des propositions au conseil de gestion du cercle qui les valide. Au niveau des hôpitaux, les tarifs sont déterminés par le Ministère de la Santé<sup>30</sup>.

Pour les CSCOM, il y a un maximum qu'on ne peut pas dépasser ; les tarifs des CSCOM ne doivent pas dépasser ceux des CSREF et des EPHs.

En général l'information sur la tarification et les montants appliqués circule de la « Bouche à l'oreille ». Il n'y a pas de formalisation de la diffusion de l'information. Des fois rares, on utilise les radios. D'après les discussions de groupes :

*« Nous sommes suffisamment informé sur la gratuité des soins pour le paludisme et les maladies fébriles des enfants de moins de 5 ans dans les formations sanitaires, mais pas suffisamment sur les méthodes de couvertures des charges pour les soins et services. Il n'y a pas de différence entre les tarifs convenus et ceux appliqués »*

Source : Groupe de discussion ciblé CSREF de Kangaba 2.

*« La population est informée sur les tarifs appliqués. Pour les soins des moins de cinq ans à travers les radios libres et les relais communautaires ; souvent il existe une différence entre les tarifs convenus et ceux qui sont appliqués par exemple les heures hors service (gardes) »<sup>31</sup>*

<sup>29</sup> Source : Enquête entretiens au niveau national

<sup>30</sup> Source : Enquête formations sanitaires

<sup>31</sup> Groupe de discussion ciblé CS Gao 2.

#### 4.5.1 4.6 MONTANTS COLLECTES POUR LES SERVICES AUX MOINS DE CINQ ANS ET POUR LE PALUDISME DES MOINS DE CINQ ANS.

Le tableau 6 met en exergue l'importance des ressources issues de la vente des médicaments (37.3%) et des consultations (13.8%) dans l'ensemble des revenus des CSCOM. Cet apport est beaucoup plus faible pour les CSREF (1.8% et 0.9% respectivement pour les médicaments et les consultations). Cette tendance est 6.7% pour les consultations et 7.9% pour la vente des médicaments et consultation au niveau des CSCOM, et de respectivement 0.5% et 0.2% pour les CSREF pour le paludisme.

La faiblesse de la part relative des médicaments liés au paludisme dans les revenus des formations sanitaire pourrait s'expliquer par la gratuité des CTA pour les moins de cinq ans.

**TABLEAU 6 : REVENUS MOYENS ESTIMES PAR TYPE DE FORMATION SANITAIRE PROVENANT DES MOINS DE CINQ ANS (EN FCFA), EN 2009**

	CSCOM	CSREF	EPH2	EPH3	Tout échantillon
Tous soins des moins de cinq ans					
Moyenne par formation sanitaire					
Revenu moyen des consultations	495,733	1,028,217	2,940,333	7,589,000	<b>970,301</b>
<b>En % des revenus des formations</b>	13.8%	0.9%	0.6%	0.3%	<b>0.7%</b>
Revenu moyen ventes des Médicaments	1,338,843	1,991,528	15,200,000	69,800,000	<b>3,956,190</b>
<i>En % des revenus des formations</i>	37.3%	1.8%	2.2%	2.5%	<b>2.7%</b>
<b>Soins paludisme mois de cinq ans</b>					
Revenu moyen des consultations	239,794	593,275	1,131,000	1,916,000	<b>410,049</b>
<i>En % des revenus des formations</i>	6.7%	0.5%	0.2%	0.1%	<b>0.2%</b>
Revenu moyen ventes des Médicaments	283,568	183,756	331,273	3,680,520	<b>353,678</b>
<i>En % des revenus des formations</i>	7.9%	0.2%	0.0%	0.1%	<b>0.3%</b>
Ressources moyenne	3,586,586	109,000,000	679,000,000	2, 820,000,000	<b>146,000,000</b>
Nbr. de formations sanitaires échantillon	24	9	2	1	<b>36</b>

Source : enquêtes formations sanitaires

#### 4.5.2 METHODES DE GESTIONS DES PAIEMENTS

En général, tous les paiements au niveau des CSCOM et CSREF sont collectés au comptoir d'enregistrement avant la consultation. Si des tests supplémentaires sont nécessaires, les patients sont redirigés vers le comptoir pour payer les frais de test avant le service. Tous les paiements pour les médicaments se font au point de vente (pharmacie). De même pour les hôpitaux. En cas d'hospitalisation, les paiements sont collectés à la sortie du patient de l'établissement<sup>32</sup>.

Au niveau des CSREF, un comptable ou agent administratif est responsable de la collecte des paiements, la comptabilité, la préparation de rapports financiers, et les suivis. La gestion et l'utilisation des fonds dans l'établissement sont généralement fournis par le médecin-chef ou le directeur de l'établissement, ainsi que le président du Conseil de gestion du cercle.

<sup>32</sup> Source : Enquête formations sanitaires

Pour la majorité des CSCOM, c'est l'ASACO (parfois le trésorier ou le comptable membres de l'ASACO) qui est responsable de la collecte des paiements et la comptabilité, ainsi que le chef de poste médical. Parfois, c'est le gérant des dépôts de ventes qui collecte des paiements et établit des rapports financiers. Suivis et supervisions sont en général fournis par le CSREF. Gestion et affectation des fonds sont assurés par l'ASACO. Souvent il y a un soutien de la mairie.

À l'Hôpital à Bamako (EPH3), un régisseur des recettes est responsable de la collecte des fonds à la fin de chaque journée. Un agent comptable est responsable de la comptabilité et la préparation de rapports financiers. Suivi et supervision ainsi que l'affectation des recettes à l'hôpital sont généralement fournis par le directeur de l'hôpital et le contrôleur financier. Commission Médical d'Établissement et le Conseil d'Administration<sup>33</sup>.

### 4.5.3 GESTION DES PATIENTS QUI NE PEUVENT PAS PAYER

Concernant les patients qui ne peuvent pas payer, 91,5% des prestataires interrogés (dans 40 établissements de l'échantillon) ont déclaré avoir fournis des services gratuitement. Très peu ont refusé des soins sur la base du manque de moyens financiers (90% des prestataires ont déclaré n'avoir jamais refusé un patient). Les soins offerts gratuitement comprennent la prise en charge des moins de 5 ans, paludisme, les soins prénatals, et aux «cas sociaux» telles que les pauvres et les indigents<sup>34</sup>.

Selon les répondants dans les discussions de groupe :

« Les paiements par les usagers apportent un soutien financier aux services. Il n'y a pas de politique pour les indigents, même s'il elle existe, elle reste méconnue » (CSREF)

« Pour les malades qui ne peuvent pas payer, un comité de prise en charge des démunis siège sur les cas d'indigence, il notifie l'existence de l'urgence et fait la prise en charge »<sup>35</sup> Par rapport aux options de paiement, d'après l'enquête à la sortie, seulement 5% des patients interrogés ont déclaré avoir eu l'option de paiement partiel; 8,5% ont dit qu'ils ont eu l'option de payer plus tard. Au moins 61% ont dit qu'ils n'ont pas reçu des options de paiement alternatives<sup>36</sup>

---

<sup>33</sup> Source : Enquête formations sanitaires

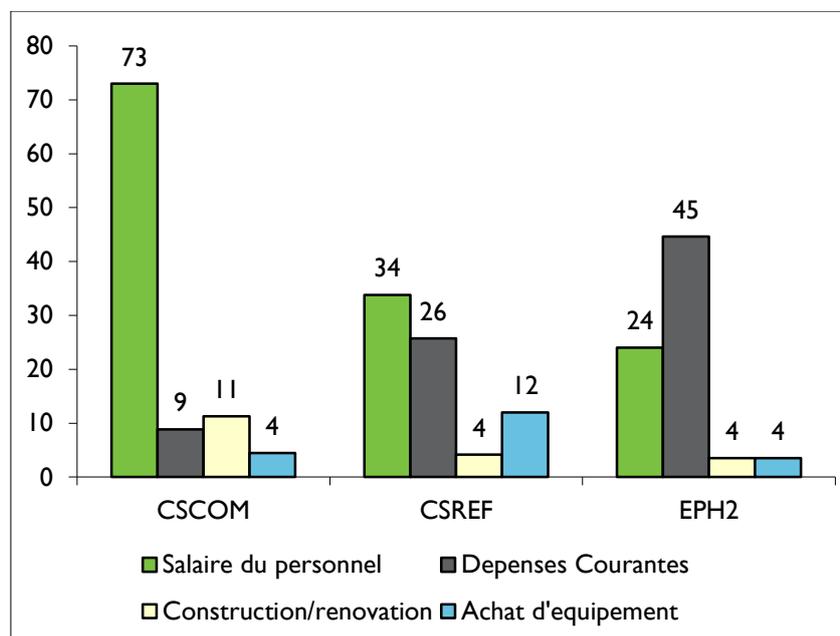
<sup>34</sup> Source : Enquête formations sanitaires

<sup>35</sup> Groupe discussion ciblée CS GAO3.

<sup>36</sup> Source : Enquête à la sortie

#### 4.5.4 UTILISATION DES FONDS RECUEILLI

**GRAPHIQUE 3 : UTILISATION DES FONDS (HORS VENTE DES MEDICAMENTS) PAR TYPE DE FORMATION SANITAIRE (MOYENNE, EN POURCENTAGE)**



Source : enquête auprès des établissements sanitaires

Selon certains répondants des discussions de groupes:

« La tarification est justifiée par le comité de gestion du CSREF en concertation avec les partenaires techniques et financiers (MSF). Les ressources sont utilisées pour l'achat des réactifs ; le paiement des salaires du personnel ; les ordonnanciers ; l'enlèvement des vaccins ; l'encouragement et la motivation du personnel ; les déplacements et l'alimentation de la caisse de référence. »<sup>37</sup> « Le recouvrement des coûts à travers la tarification. Les enfants de moins de 5 ans paient les tickets de consultation. La tarification sert au recrutement de médecins et des techniciens de santé, à la réparation et la construction des locaux. Le Directeur Général est l'ordonnateur des dépenses. Les fonds sont destinés là où la nécessité se pose. Les CTA sont gratuits pour les enfants de 0 à 5 ans. Les TDR ne sont pas utilisés à cause de leur spécificité ceux-ci ont été remplacés par la goutte épaisse qui se fait à 600 FCFA »<sup>38</sup>

Les ristournes se trouvent seulement au niveau des EPHs, et suivent le principe de partage des revenus, en fonction des rendements de la structure. Le montant est divisé par le nombre de personnel. Ça permet de motiver le personnel.

Les salaires payés par le recouvrement des coûts au niveau des CSCOM et CSREF sont pour le personnel d'appui, comme la matrone, l'aide-soignant, vendeur de pharmacie.

Selon un hôpital, les frais ont un effet indirect sur l'utilisation des services dans les établissements. Les frais sont largement utilisés pour payer le salaire du personnel médical ainsi que les primes et ristournes. Selon un directeur d'hôpital, cela permet de motiver le personnel et assure une bonne qualité des services médicaux, ce qui permet les patients de retourner sur les lieux.

Bien que des procédures et outils de gestion et de suivi des fonds issus du recouvrement des coûts existent, l'enquête révèle qu'elles sont méconnues et/ou non mises en œuvre. Ce qui est illustré par l'assertion ci-dessous :

<sup>37</sup> CSREF – Kangaba

<sup>38</sup> CSREF Source : Groupe de discussion ciblée

*« Les directives à suivre quant à la gestion des fonds est incertaine car aucune planification n'est faite au préalable. Les directives et les normes ne sont généralement pas respectées et pour causes la non maîtrise des dépenses »*

#### **4.6 LES ATTITUDES DES INTERVENANTS CLES SUR LA POLITIQUE DE PARTAGES DES COÛTS ACTUELLE ET LE CHANGEMENT POTENTIEL DE LA POLITIQUE : LES RESULTATS DES EVALUATIONS QUALITATIVES**

En moyenne, entre 73% et 80% des patients interrogés à la sortie des CSCom, CSRéf, EPH2 et EPH3 ont déclaré être satisfaits de la qualité des services et des soins reçus. Tandis que, 14,5% ont dit qu'ils n'étaient pas satisfaits des coûts des services<sup>39</sup>.

Les frais de consultation sont assez faibles dans les hôpitaux (EPH3) par rapport au CSRéf (d'après un hôpital), ce qui a augmenté les services de routine à l'hôpital. Ceci a des répercussions négatives sur la qualité des services, en particulier pour les patients visés et les cas plus graves<sup>40</sup>.

---

<sup>39</sup> Source : Enquête à la sortie

<sup>40</sup> Source : Enquête formations sanitaires

Le tableau 7 résume le cout financier pour les familles enquêtées à la sortie des formations sanitaires.

**TABLEAU 7 : COUT POUR LES FAMILLES DES SOINS POUR LES MOINS DE CINQ ANS, EN PARTICULIER POUR LE PALUDISME, 2009 DATA**

	CSCOM	CSREF	EPH2	EPH3	Tout Echantillon	% des répondants qui on payer "0"
<b>Tous Moins de 5ans (y compris le paludisme)</b>						
Nombre des moins de cinq ans < 5	252	192	29	100	576	
Cout moyen des consultations	592	794	1035	1010	763	5%
Nombre qui on payé	215	156	28	99	498	
Cout moyen des tests	1550	844	600	7757	4778	85%
Nombre qui on paye	1	24	3	37	65	
Cout moyen des CTA	3061	2077	4500		2713	98%
Nombre qui on paye	4	5	1	0	10	
Paracétamol	463	448	436	765	467	52%
Nombre qui on paye	126	79	11	10	228	
<b>Moins de cinq ans paludisme seulement</b>						
Nombre de patient paludisme de moins de cinq ans dans l'échantillon	200	138	24	29	391	
Coût moyen des consultations (par patient)	611	849	1000	1000	750	5%
Nombre de patients qui ont payé la consultation	177	118	23	29	347	
Coût moyen des tests		844	600	4686	2217	87%
Nombre qui ont payé les tests	0	24	1	14	39	
Coût moyen des CTA	3061	1659	4125		2713	98%
Nombre de patient qui ont payé pour les CTA	4	4	2	0	10	
Nombre de patient qui ont reçu le paracétamol	460	423	480	871	461	45%
Nombre qui ont payé pour le paracétamol	107	58	9	7	183	
Couts moyen du transport	694	805	601	831	767	42%

Note : La moyenne des coûts sont seulement pour les patients qui ont déclaré avoir payé.

Source : Entretiens à la sortie

On constate que seulement 5% et 98% des répondants n'ont pas payé respectivement pour la consultation et les CTA. Ce qui confirmerait l'effectivité de la politique de gratuité des CTA sur le terrain. Il est intéressant de noter que les 58% des patients qui ont déclaré avoir payés pour le transport, le coût moyen de celui-ci était supérieur à celui de la consultation.

## 4.7 OPINIONS DES DIFFERENTES PARTIES PRENANTES SUR LES AVANTAGES, INCONVENIENTS, ET DEFIS DE LA PRISE EN CHARGE FINANCIERE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Il y a en général un consensus sur l'importance de la PEC financière pour augmenter l'accès aux soins, particulièrement pour les pauvres et le paludisme. Cela est illustré par les opinions ci-dessous :

*« La gratuite augmentera la fréquentation parce que certains ont peur de venir au CSCom par manque de moyen. Je suis d'accord que la gratuité permettra de lutter contre la vente illicite des médicaments. L'appel que j'ai à lancer au gouvernement c'est d'aider à prendre en charge gratuitement toutes les maladies des enfants<sup>41</sup> »*

Selon certains interviewés au niveau national, la suppression des redevances augmenteront l'accès aux soins de santé et réduira les obstacles financiers (en particulier pour la population rurale), réduira la mortalité infantile, permettra une meilleure prévention, et de résoudra les problèmes d'équité. D'autres pensent que la gratuité des soins est en ligne avec les droits de chaque citoyen tel que stipulé par la Constitution, et permettra au Mali d'atteindre les OMD. Certains ont fait valoir que, même si la déclaration d'Abuja demande que chaque pays consacre 15% de leur budget à la santé, le Mali investit environ 8% (2009) seulement. Une politique de soins efficaces gratuit pour les moins de 5 ans est donc justifiée<sup>42</sup>.

Cependant certain acteurs redoutent les conséquences potentiellement néfastes de cette initiative sur la viabilité du système de santé.

Presque tous les prestataires enquêtés sont concernés par les pertes engendrées par la gratuité des soins pour les moins de cinq ans s'il n'y a pas de compensation ou remboursements. La majorité propose que le Ministère de la Santé absorbe les coûts.

Au niveau des CSCOM, il y avait presque l'unanimité sur la perte de revenus pour payer les salaires et autres coûts opérationnels. Parmi les préoccupations exprimées beaucoup ont trait au fait que la majorité de leur clients sont des enfants de moins de cinq ans - quelques CSCom ont estimé les pertes à 65% -90%.

*« 50% de nos consultations sont des enfants de moins de cinq ans. Ce manque à gagner va jouer sur toutes les activités : salaires, entretiens » (CSCom)*

*« Si la prise en charge des enfants est gratuite cela va jouer négativement sur le fonctionnement, les salaires et la pharmacie. La part des enfants est plus importante dans le revenu du CSCom. La gratuité va arranger les parents des enfants mais le CSCom aura des problèmes” Source : FGD*

*« D'un côté oui la gratuité conduit à un plus grand accès aux soins, et de l'autre côté NON pour la gratuité car la gratuité risque de tuer les CSCom. Ce qui doit être payé par le patient doit être remboursé dans le cadre de la gratuité » Source : Enquête entreprise au niveau national*

---

<sup>41</sup> Source : Groupe de discussion ciblée

<sup>42</sup> Source : Enquête au niveau national

La majorité des CSREF ont estimées des pertes pour les salaires, en particulier pour le personnel de soutien. Certains CSREF finance tous leurs salaires sur la base de recouvrement des coûts. Ils ont mentionnées des pertes au niveau des services d'exploitation avec de possibles effets négatifs sur l'hygiène et la qualité :

*« Il y aura un manque à gagner au niveau de toutes les activités : salaires, fonctionnement, entretiens etc. Sauf si l'état prend en charge » (CSREF)*

Il a également été signalé que la suppression des paiements pour les tests de laboratoire aurait une incidence sur la disponibilité et le financement de certains réactifs et le salaire du personnel de laboratoire. D'autres ont également mentionné des pertes dans les éléments de maintenance de laboratoire (tels que gants, seringues, tubes, détergent, savon, etc. ...).

*“Dans ce cas les TDR doivent être en quantité, pour qu'il n'y ait pas de rupture. Aussi si c'est la Goutte Epaisse, approvisionnement en quantité suffisantes de réactifs et consommable et tout autre équipement pour l'activité; mais surtout la prise en charge du technicien de Labo » (CSREF)*

Un hôpital (EPH3) a estimé des pertes en termes de salaires du personnel contractuel (40%), les incitations et les primes pour le personnel (30%) et autres coûts liés à l'exploitation des installations (10%).

La suppression des frais de médicaments est une préoccupation majeure à tous les niveaux, et ce en raison du système de recouvrement des coûts mis en place. La plupart des revenus de la vente des médicaments sont utilisés pour le renouvellement, et dans certains cas, pour payer le salaire du gérant. Beaucoup de préoccupations ont été exprimées sur la capacité d'assurer le ravitaillement appropriée en médicaments, d'autant plus que la plupart des patients ont moins de 5 ans aux niveaux des CSREF et des CSCOM.

*« Tout le fonctionnement du CSCOM sera atteint avec une perte énorme dans le dépôt de vente. Que l'état prenne en charge tout ce qui est nécessaire (salaires, entretien des lieux, renouvellement du stock) » (CSCOM)*

*« Toutes les charges qui sont sur le médicament ne seront plus possibles parce que la majorité des patients sont des enfants » (CSREF)*

*« L'achat des médicaments en souffrirait énormément au risque d'entraîner l'arrêt de l'approvisionnement de la pharmacie. Le pourcentage peut s'élever à 50%. Mais il y a également d'autres rubriques de dépenses comme le salaire du personnel chargé de la gestion et de la vente des médicaments, leur motivation et certaines petites dépenses liées à la gestion des médicaments » (EPH)..*

Beaucoup étaient également préoccupés par une pression accrue sur les formations sanitaires en raison de l'utilisation des services potentiellement plus élevé:

*“Elle produira aussi une augmentation considérable de la fréquentation des CSCOM en moyenne de 5 patients par jours à 45 patients, donc augmentation de la charge de travail pour le personnel de santé... »*

*« En 2009, une enquête sur l'impact financier de gratuités en service pédiatrique de l'hôpital de Gao a montré que si les soins du paludisme n'étaient pas gratuits, le service aura un apport de 9.000.000 par an en plus des autres soins » (FGD/CS/GAO).*

*Effet sur le système de santé : les personnes enquêtées au niveau national ont fait valoir que dans le système actuel, les formations sanitaires ne seront pas en mesure d'assurer le minimum pour leur fonctionnement et seront obligées de fermer. Beaucoup étaient*

sceptiques quant à la manière que la politique de gratuité sera appliquée et soutenue. Certains ont fait valoir que la politique de gratuité n'a de sens que pour les plus démunis, mais étaient également préoccupés par la façon de définir qui est pauvre et qui ne l'est pas.

« Si l'état n'a pas pu assurer la gratuité après l'indépendance pourra-t-il l'assurer maintenant alors que la population a augmenté ainsi que les coûts ? »

« Pourquoi mettre en place un système non pérenne? Les formations sanitaires fonctionnent avec la participation des populations. Appliquer la gratuité entrainerai la fermeture des centres de santé ».

« Tout le système de santé est basé sur le recouvrement des coûts. On a mis du temps pour y arriver donc il ne faut pas changer un système déjà en place pour un autre système qui pourrait s'avérer inefficace »

« Non aucun état ne peut supporter la gratuité. Les populations doivent être responsable même du minimum de leurs état de santé<sup>43</sup> »

La majorité des personnes enquêtées est favorable à la prise en charge financière des maladies des enfants de moins de cinq ans pour augmenter l'accès financier aux soins, particulièrement pour les plus démunis, réduction de la morbidité et mortalité due aux maladies de l'enfant dont le paludisme. Cependant de nombreuses inquiétudes ont été évoquées sur les effets potentiellement négatifs sur la viabilité du système actuel.

## **4.8 ESTIMATION DE L'IMPACT DE LA SUPPRESSION DES FRAIS D'UTILISATION POUR LES MOINS DE CINQ ANS SUR LES FORMATIONS SANITAIRES ET L'ESTIMATION DU COUT TOTAL D'UNE POLITIQUE DE PEC FINANCIERE PAR TIERS PAYANT : LES RESULTATS DES MODELES DE SIMULATION**

Un modèle basé sur Excel a été développé pour estimer l'impact financier annuel d'une prise en charge des enfants de moins de cinq ans. Ce modèle calcule l'impact financier au niveau des formations sanitaires (la perte ou le manque à gagner, et le coût pour un tiers payant. Le modèle estime aussi l'impact financier des soins du paludisme pour le besoin de l'étude comparative. Le model utilise les données de l'enquête et autre données disponible de l'année 2009.

### **4.8.1 CONCEPTION ET ARCHITECTURE DU MODEL**

La modélisation a été faite pour les hypothèses et intrant du paludisme calculant l'impact et le coût aux niveaux des CSCOM et CSREF pour les formations sanitaires de l'échantillon de l'étude (feuille Paludisme - intrants et estimations). Une feuille capte les résultats de la modélisation (feuille Paludisme – Output). La deuxième étape fut, sur la base de la modélisation pour le paludisme, la conceptualisation du model moins de cinq ans pour les formations sanitaires de l'échantillon et les résultats de la modélisation (feuilles < 5 ans inputs & estimations et < 5 ans Outputs). Finalement, se basant sur la modélisation des moins de cinq ans au niveau des formations sanitaires de l'échantillon, une modélisation est faite pour tout le Mali (feuilles Mali inputs & estimation et Mali – Outputs).

Le model estime les coûts d'une prise en charge financière pour l'année des données collecté - 2009

---

<sup>43</sup> Source : Enquête au niveau national

## 4.8.2 HYPOTHESES ET COUTS DES INTRANTS

**Hypothèse de variation de la consultation. L'augmentation du taux de consultation est le facteur déterminant du model (voir plus bas scénarios).**

Hypothèse de variation de l'incidence du paludisme. L'hypothèse est qu'il n'y a pas de diminution de l'incidence du paludisme et que l'accroissement des consultations égal à un accroissement des consultations paludisme. Le modèle donne la possibilité d'estimer différents scénarios de variations.

Hypothèse de prise en charge par un tiers payant. L'hypothèse est que les pertes et le manque à gagner liés à la gratuité des moins de cinq ans sera intégralement prise en charge par un tiers payant. Le modèle donne la possibilité de PEC de 0 à 100%.

Hypothèses Tests de Dépistages Rapide (TDR) et Goutte Epaisse (GE). Deux scénarios sont proposés : un prudent (qui suit les directives nationales de PEC du paludisme) que tous les enfants de moins de cinq ans qui se présentent en consultation seront testés pour le paludisme en utilisant soit les TDR ou la méthode de la goutte épaisse. Le second scénario propose que l'on calcule le besoin en TDR et GE seulement pour les cas attendus de paludisme. Le scénario de base est le premier.

## 4.8.3 COUTS DES INTRANTS

**Frais de consultation déclaré, moyenne pondérée :** 441 CFA sur la base de l'enquête dans les formations sanitaires (346 CFA pour les CSCom et 833 CFA pour les CSRéf).

**Marge bénéficiaire des tests (TDR et GE) :** 0 CFA. Les TDR sont administrés gratuitement, et il n'y a pas de données pour estimer la marge bénéficiaire de la GE et pas de données sur les autres tests pour les moins de cinq ans.

**Bénéfices de la vente des médicaments pédiatriques aux formations, en % des bénéfices totaux :** Vingt et un pourcent (21%). Chiffre calculé sur la base du poids des bénéfices de la vente des médicaments pédiatriques dans les ressources des formations sanitaires (modèle moins de cinq ans échantillon). Les bénéfices de la vente des médicaments pédiatriques sont calculés, sur l'échantillon, comme la différence entre le prix d'achat et le prix de vente (enquête médicament).

**Bénéfices de la vente d'antipaludiques aux formations, en % des bénéfices totaux :** Quinze pourcent (15%). Notez que ce chiffre est utilisé pour calculer les pertes mais il n'y a pas de prise en charge par tiers payants.

**PEC des médicaments pédiatriques dans les formations, en % de la PEC totale :** cinquante pourcent (50%). Calculé dans le modèle moins de cinq ans de l'échantillon, part des médicaments pédiatrique dans le total des coûts de la PEC des moins de cinq ans pour le tiers payant.

**PEC des médicaments antipaludiques dans les formations, en % de la PEC totale :** quarante-deux pourcent (42%). Calculé dans le modèle moins de cinq ans de l'échantillon, part des médicaments antipaludiques dans le total des coûts de la PEC du paludisme.

**Coût du TDR pour un tiers payant, en moyenne :** 240 CFA. Prix du TDR livré à Bamako, n'inclut pas le transport vers les formations sanitaires.

Coût du GE pour un tiers payant, en moyenne : 600 CFA. Tarif pratiqué par les formations sanitaires qui ont les capacités de faire la GE. Ce n'est pas le prix de revient.

**Autres apports :** pourcentage de non-paiements déclaré : cinq pourcent (5%) des clients à la sortie ont déclaré ne pas avoir payé – enquête sortie. Utilisé pour calculer les pertes de frais de consultation.

## 4.8.4 SCENARIOS

Le model développe quatre scénario pour l'évolution du taux de consultation. Le premier utilise les chiffres des consultations 2009 du SNIS. Le second scénario postule que la PEC financière par un

tiers payant (donc la gratuité pour les patients) augmentera les consultations des moins de cinq ans par 27% (chiffre de l'augmentation en Uganda). Le troisième scénario propose une augmentation de 42% (expérience du Burundi), le quatrième et dernier scénario avance sur la base de l'expérience Sud-Africaine, une augmentation de 77%.

#### 4.8.5 RESULTATS

**TABLEAU 8A : PERTES ESTIMEES POUR LES FORMATIONS SANITAIRES EN RAISON DE LA POLITIQUE DE GRATUITE**

		Total (en CFA)			
		Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4
Consultations	Les Moins de 5 ans	521,123,083	661,826,316	739,994,778	922,387,857
	Dont, paludisme	229,678,441	291,691,620	326,143,386	406,530,840
Tests	Les Moins de 5 ans	0	0	0	0
	Dont, paludisme	0	0	0	0
Ventes Médicaments	Les Moins de 5 ans	141,989,046	41,989,046	141,989,046	141,989,046
	Dont, paludisme	41,315,145	41,315,145	41,315,145	41,315,145
Total des pertes estimées pour les formations sanitaires	Les Moins de 5 ans	663,112,129	803,815,362	881,983,824	1,064,376,904
	Dont, paludisme	270,993,586	333,006,765	367,458,531	447,845,985

**TABLEAU 8B : COUT ESTIMATIF POUR LA PRISE EN CHARGE PAR UN TIERS PAYANT**

		Total (en CFA)			
		Scénario 1	Scénario 2	Scénario 3	Scénario 4
Consultations	Les Moins de 5 ans	548,550,614	696,659,280	778,941,872	970,934,587
	Dont, paludisme	241,766,780	307,043,810	f 343,308,827	427,927,200
Tests	Les Moins de 5 ans	na	na	Na	na
	Dont, paludisme	308,530,920	391,834,268	438,113,906	546,099,728
Ventes Médicaments	Les Moins de 5 ans	423,575,996	537,941,515	601,477,914	749,729,512
	Dont, paludisme	302,580,319	384,277,005	429,664,053	535,567,165
Total des coûts estimés	Les Moins de 5 ans	1,280,657,530	1,626,435,063	1,818,533,692	2,266,763,827
	Dont, paludisme	852,878,019	1,083,155,084	1,211,086,787	1,509,594,093

Les résultats suivants :

- Les estimations des pertes annuelles (manques à gagner) pour l'ensemble du pays au niveau de formations sanitaires liées à la prise en charge des enfants de moins de cinq ans vont de 663 à 1,064 millions de CFA selon les scénarios.
- Les estimations des pertes annuelles (manques à gagner) pour l'ensemble du pays au niveau des formations sanitaires liés à la prise en charge du paludisme chez enfants de moins de cinq ans vont de 271 à 448 millions de CFA selon les scénarios.
- Les estimations du coût au tiers payant de la prise en charge financière pour l'ensemble du pays au niveau des formations sanitaires pour les enfants de moins de cinq ans vont de 1.280 à 2,266 millions de CFA selon les scénarios.
- Les estimations du coût au tiers payant de la prise en charge financière pour l'ensemble du pays au niveau des formations sanitaires pour le paludisme chez les enfants de moins de cinq ans vont de 853 à 1,509 millions de CFA selon les scénarios.

#### 4.8.6 NOTE SUR LES LIMITES DES ESTIMATIONS

##### Limites des données disponibles pour la modélisation

Le manque de données sur les tests administrés aux enfants de moins de cinq ans. Ceci veut dire que le modèle n'a pas pu estimer le coût pour les tiers payant des tests (hors paludisme) de la prise en charge des enfants de moins de cinq ans.

Le coût réel de la goutte épaisse pour le tiers payant. Le coût de la goutte épaisse a été à 600 CFA ce qui est le prix du service (hypothèse : les formations sanitaires n'ont pas de marges sur la goutte épaisse).

##### Limites de la modélisation

Le modèle estime les coûts pour une année 2009. Le coût pour 2011 devrait être ajusté pour l'inflation. L'estimatif des coûts de la prise en charge financière des enfants de moins de cinq ans aux tiers payants ne comprend pas :

Coûts liés à l'hospitalisation : par manque de ressources, l'hospitalisation dans les CSREF n'a pas été prise en compte.

Coûts des soins offerts en référence aux moins de cinq ans offerts dans les EPH : l'hypothèse de ce rapport est que la prise en charge des soins de moins de cinq ans soutient le système de référence, c.-à-d. que les soins des moins de cinq ans dans les EPH seront pris en charge sur la référence seulement, .Le coûts des soins de référence des moins de cinq ans dans les EPH non prise en compte par la présente étude.

Examens de laboratoire : par manque de ressources, les examens de laboratoire n'ont pas été pris en compte.



## 5. DISCUSSIONS

La faisabilité (financière, techniques, acceptabilité social/politique) de la PEC financière des moins de cinq ans au Mali.

Selon les opinions recueillies par l'enquête nationale, il faut :

- Un cadre réglementaire solide, un plan opérationnel, une bonne base de données, et un système de suivi et d'évaluation. La communication est aussi importante pour éliminer les contraintes
- Disponibilité des fournitures et des médicaments et l'amélioration du système de référence
- Mise en place d'un système pour prévenir les abus et les fraudes
- La sensibilisation de tous les acteurs sur le sens réel de « tiers payant »
- L'implication des communautés dans la gestion et de contrôle
- D'autres ont mentionnés l'importance du renforcement du financement communautaire

*« Les politiques actuelles sont basées sur des financements extérieurs ; il faut donc créer des initiatives aux niveaux des collectivités pour s'assurer des versements de leur part, du suivi, créer des sources alternative de financement tel que des champs collectifs ».*

*« Le traitement précoce des cas, le suivi /évaluation, le renforcement de la participation communautaire, le renforcement des ressources de l'Etat, le renforcement des ressources des collectivités ».*

Pour plus particulièrement faire face à l'augmentation attendue de l'utilisation, des suggestions de l'enquête au niveau national comprennent:

- Nécessité d'évaluer les coûts directs et indirects et les besoins en médicaments, les ressources humaines, et tous autres intrants.
- Nécessité d'assurer (1) un meilleur accès grâce à des unités mobiles, par exemple, et (2) de meilleure qualité par le biais de capté de manière adéquate les coûts des intrants, en offrant des services adaptés aux communautés (par exemple en ajustant les heures de service), promouvoir la participation des communautés, et de développer de bonnes pratiques telles que la préparation de la SRO classique, et le lavage des mains.
- Nécessité d'avoir une politique cohérente du financement de la santé
- Nécessité d'avoir des contrats de performance pour motiver le personnel
- Fournir un soutien à domicile à travers des réseaux villages
- Redistribution / réaffectation du personnel médical

En outre, les acteurs suivants ont été proposés pour assurer le financement

- L'État et les partenaires
- Les ONG, fonds national de solidarité, de l'OSC, les communautés
- Les caisses locales de solidarités
- La FENASCOM
- RAMED, Caisse National d'assurance maladie, les mutuelles

## 6. RECOMMANDATIONS

A lumière des résultats de cette étude les recommandations suivantes sont formulées :

Mener des études ou réflexion complémentaires sur d'autres aspects importants de la mise en œuvre de la prise en charge des enfants de moins de cinq ans à savoir :

- Faire la prise en charge des frais de fonctionnement de la chaîne logistique
- Faire la prise en charge des dépenses connexes telles que le transport et la gestion qui sont faites sur les fonds issues de la vente des médicaments
- Disponibiliser les ressources humaines pour faire face à l'augmentation potentielle de la charges de travail que pourrait causer la gratuité
- Elargir la modélisation aux EPH sur la base des résultats des études complémentaires
- Tenir compte des coûts liés à l'hospitalisation au niveau des CSRéf, les soins offerts en référence aux moins de cinq ans dans les EPH, et les examens de laboratoire non prise en compte par la présente étude dans d'autres prochaines études à prévoir
- Mettre en place un système opérationnel et pérenne de mise en œuvre de la PEC financière des moins de cinq ans :
  - Conceptualiser et planifier un mécanisme de mise en œuvre et de suivi évaluation
  - Assurer une large dissémination et un plaidoyer du présent rapport à tous les niveaux

## 7. CONCLUSION

L'étude réalisée a permis de cerner la problématique d'une prise en charge financière des enfants de moins de cinq ans.

Une modélisation faite à partir des données de l'enquête et autres données disponibles nous a permis d'estimer la prise en charge financière à un milliard trois cent vingt-neuf million de CFA (1.329.000.000) CFA selon le scénario maximum.

Au regard de l'engagement du Mali pour l'accélération de l'atteinte des OMD, la prise en charge financière des enfants de moins de cinq ans est financièrement soutenable mais demande la mise en place d'un mécanisme opérationnel et pérenne.



## 8. RESTITUTION

L'étude fut restituée au cours d'une conférence nationale sur l'exemption des soins au Mali qui s'est tenu le 31 mars et 1 avril 2011 à Bamako. La conférence fut une occasion de partager et de discuter des résultats de plusieurs études et initiatives (voir Agenda annexe 3). Une synthèse générale non validé<sup>44</sup> de la conférence est en annexe 4.

La conférence a formulé les recommandations suivantes :

- Amener les différents intervenants à s'inscrire dans la politique définie par l'Etat pour une meilleure harmonisation des interventions
- Faire des études complémentaires (sur la gratuité totale, l'analyse de l'incidence des bénéficiaires)
- Elaborer une politique cohérente d'accès financier aux soins de santé où les rôles des départements ministériels sont clarifiés, ainsi que ceux des collectivités locales et autres
- Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication sur les politiques de gratuité pour une meilleure application des politiques d'exemption et une compréhension plus accrue de tous les acteurs
- Prévoir et renforcer la prise en charge des coûts indirects (transport) de la gratuité
- Elaborer une stratégie de pérennisation de la gratuité à travers les systèmes d'assurance maladie (AMO, RAMED et autres Mutuelles)
- Assurer une meilleure planification avec maîtrise des coûts, et anticipation des effets de la gratuité (mesures d'accompagnement, renforcement des capacités, provision d'intrants, et autres)
- Elaborer un plan de suivi évaluation des exemptions du paiement des soins.

Ces recommandations rejoignent celles de la présente étude citée plus haut. D'une manière générale il faudrait :

- Définir une politique nationale de protection sociale, son financement et son cadre d'intervention dans chaque secteur donc la santé ;
- Compléter les informations sur l'impact d'une prise en charge financière des moins de cinq ans sur : la chaîne de distribution des médicaments, le secteur hospitalier, et les ressources humaines à travers des études complémentaires ;
- Elaborer une stratégie de pérennisation de la prise en charge financière à travers les systèmes d'assurance maladie (AMO, RAMED et autres Mutuelles) ;
- Renforcer le système de suivi et évaluation de la politique de prise en charge.

---

<sup>44</sup> La synthèse général présentée fut faite par Mlle Marianne El-Khoury du projet Health Systems 20/20



# ANNEXES



# ANNEXE I : BIBLIOGRAPHIE

- Meredeth Turshen, *Privatizing health services in Africa*, Rutgers University Press, Londres, 1999, p. 185.
- Merilee Grindle, *Designing Reforms : Problems, Solutions and Politics*, Faculty Research Working Papers Series, John F. Kennedy School of Government, Harvard University, Cambridge, 2000, p. 29.
- Yannick Jaffré et Jean- Pierre Olivier de Sardan, *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*, Karthala, Paris, 2003, p. 449.
- Valéry Ridde, *Équité et mise en œuvre des politiques de santé au Burkina Faso*, L'Harmattan, Paris, 2007, p. 536, op. cit.
- S.J. Fabricant, C. Kamara, A. Mills, *Why the poor pay more: household curative expenditures in rural Sierra Leone*, *International Journal of Health Planning and Management*, 1999. 14(3): p. 179-199.
- Margaret Chan, *Launch of the UK Department for International Development's new health strategy*, Organisation Mondiale de la santé, 5 juin 2007, Genève.
- Chris James, *Impact on child mortality of removing user fees: simulation model*. *British Medical Journal*, 2005. 331(7519), Londres, p. 747-9.
- Andrew Manley, *Santé des enfants : légère amélioration au Mali (Afrique Relance, Vol.16#1 (avril 2002), page 9) :*
- Ministère de la Santé, *Plan d'accélération des activités de lutte contre le paludisme*, République du Mali, avril 2007.
- WHO, *Impact of long-lasting insecticidal-treated nets (LLINs) and artemisinin-based combination therapies (ACTs) measured using surveillance data, in four African countries, preliminary report*, WHO. January 2008,
- OMS, *Rapport mondial sur le paludisme*, 2005.
- Oumou H. Saade, *Le Paludisme au Mali : Bilan de dix-huit années d'activités de recherche et de lutte, (1985-2003)*, Université du Mali THESE, 2005
- Rima Shretta, Kathleen Webb, Thidiane Ndoye, *Quantification et plan d'approvisionnement pour Les traitements combinés à base d'Artémisinine : Rapport de mission de RPM Plus au Mali, 19 au 23 décembre 2005.*
- WHO/HTM/MAL, *Mise à l'échelle nationale de la prise en charge à domicile du paludisme, de la recherche à la mise en œuvre*, WHO/HTM/MAL/2004
- Christine Thibault, *anthropologie, ethnologie et sociologie de la santé année universitaire 2007-2008 médecines traditionnelles d'Afrique de l'ouest : théorie médicale et comportement thérapeutique à travers l'exemple du paludisme au mali septembre 2008, 44 pages*
- Médecins Sans Frontière (MSF), *Améliorer l'accès aux traitements efficaces contre le paludisme au Mali, Expérience positive de réduction de la barrière financière pour les patients dans le cercle de Kangaba, Avril 2008, 40 pages*
- Évaluation des actions humanitaires financées par ECHO au Nord-Niger et au Nord Mali (1998 - 1999), Secteur Santé, Évaluation effectuée entre le 20 Février et le 30 Avril 2000

Sanoussy Daffe, Connaissance, Attitudes et Pratiques des populations face au Paludisme, Mémoire de Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie (FMPOS), Bamako, Mali, 2005

H. Sangho, A. Diawara, M. Diallo, S. Sow, H.A. Sango, M. Sacko, O. Doumbo, Evaluation de la Chloroquino-Résistance après deux années d'arrêt de la chimio prophylaxie chez les enfants de 0 à 9 ans dans un village d'endémie palustre au Mali, Article Original, Med Trop 2004; 64 : 506-510

Ministère de la Santé, Secrétariat General, Programme De Lutte Contre le Paludisme, république du Mali Politique National de Lutte Contre le Paludisme au Mali, 18 pages

Ministère de la Santé, Direction Nationale de la Santé, Programme National De Lutte, Contre Le Paludisme, Plan Stratégique de Lutte Contre le Paludisme 2007-2011 ; Juillet 2006

Ministère de la Santé, Politique nationale de lutte contre le paludisme. (Annexe Mali C)

Ministère de la Santé, Lettre circulaire du MS en date du 21 Avril 2006 relative à la distribution gratuite des moustiquaires imprégnées aux enfants de moins de 5ans et aux femmes enceintes (Annexe Mali E)

Ministère de la Santé, PEV Plan pluriannuel complet 2007 - 2011

Ministère de la Santé, PRODESS II prolongé 2009 – 2011 : Composante santé ; Mars 2009

Ministère de la Santé, (PNLP) : Plan stratégique de communication pour la lutte contre le paludisme 2010-2014

Ministère de la Santé, Plan d'accélération des activités de lutte contre le paludisme ; Avril 2007

Ministère de la Santé, Programme de développement socio sanitaire 2005- « composante Santé) (PRODESS II)

Ministère de la Santé, (PNLP) Politique national de lutte contre le paludisme au Mali

Ministère de la Santé, (PNLP) Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2010- 2014 Avril 2009

Ministère de la Santé, Annuaire SLIS 2008

Ministère de la Santé, Annuaire SLIS 2009

Ministère de la Santé, Directives nationales pour la prise en charge gratuite du paludisme chez l'enfant de 0 à 5ans et chez la femme enceinte 15 juin 2007

Ministère de la Santé, Rapport de l'étude : Cadre de réflexion sur la gratuite des intrants dans la lutte contre le paludisme Mars 2008

Ministère de la Santé, Faire Reculer le Paludisme Roll Back Malaria Evaluation des besoins par pays Rapport du Mali 2008

Médecins Sans Frontières, Rapport 2005 sur l'introduction des CTA dans le district sanitaire de Kangaba

Ministère de la Santé, Organigramme du PNLP (Annexe Mali G)

Ministère de la Santé, Plan stratégique des Interventions à Base Communautaire

Ministère de la Santé, Plan d'introduction des CTA au Mali

Ministère de la Santé, Rapports et publications des études sur la chimiorésistance (Annexe Mali L)

Ministère de la Santé, Secrétariat Permanent du PRODESS (Cellule de Planification et de Statistique du Ministère de la Santé) Déclaration de Politique Sectorielle de Sante et de Population (15 Décembre 1990)

Médecins Sans Frontières, Impact positif de la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans dans la lutte contre le paludisme au Mali. Expérience positive dans un cercle malien 2005-2007

Médecins Sans Frontières, Améliorer l'accès aux traitements efficaces contre le paludisme au Mali Expérience positive de réduction de la barrière financière pour les patients dans le cercle de Kangaba Avril 2008

Enquête Démographique et de Santé, EDSM-IV, Mali, 2006 : Cellule de Planification et de Statistique Ministère de la Santé Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce, Bamako, Mali, Macro International Inc. Calverton, Maryland, USA

Enquête Démographique et de Santé, EDSM-III, Mali, 2002 : Cellule de Planification et de Statistique Ministère de la Santé Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique du Ministère de l'Économie, de l'Industrie et du Commerce, Bamako, Mali, Macro International Inc. Calverton, Maryland, USA

Ministère de la Santé, Rapport Revue Externe du PEV 2006

Brunet-Jailly J. (éd.), 1997. Innover dans les systèmes de santé. Paris,

Ke Xu, David B. Evans, Guido Carrin, Ana Mylena Aguilar-Rivera, Philip Musgrove and Timothy Evans, Protecting Households From Catastrophic Health Spending, Health Affairs, 26, no. 4 (2007) : 972-983

Valéry Ridde et Karl Blanchet, « Vers la gratuité des soins en Afrique? », Humanitaire [En ligne], 19 | Été 2008, mis en ligne le 14 octobre 2009, Consulté le 01 septembre 2011. URL: <http://humanitaire.revues.org/index480.html>

Nyonator F, Kutzin J, 'Health for some? The effects of user fees in the Volta region of Ghana. Health Policy and Planning 1999, 14:329-341.

Ministère de la Santé, Présentation Stratégie Nationale Survie de l'Enfant, 22 novembre 2009

UNICEF, Situation des enfants dans le monde 2009

UNICEF, Situation des enfants en Afrique 2008 : Survie de l'enfant

Valéry Ridde and Aissa Diarra, A process evaluation of user fees abolition for pregnant women and children under five years in two districts in Niger (West Africa) June 2009

Florence Morestin & Valéry Ridde (Université de Montréal, Canada), L'abolition du paiement des services de santé en Afrique ce que nous apprennent les écrits scientifiques juillet 2009

Valéry Ridde et Florence Morestin, Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique Janvier 2009

Valéry Ridde, La question de l'équité dans l'accès aux soins de santé au Burkina Faso Avril 2006

Dr A. Djimde & Dr I. Sagara MRTC/DEAP/FMPOS Université de Bamako, Nouvelles stratégies de prise en charge du paludisme non compliqué au Mali Atelier de Révision de la Politique Nationale de lutte contre le Palu PNL 31 Oct. – 1er Nov. 2008

Dr René Pare, Dr Marie-Goretti, Dr Sékou Dramé FRP, Résultats préliminaires de l'Évaluation des besoins du PNL Mali- 25 Juillet 2008

Ricardo Bitrán et Ursula Giedion, Dérogations et Exemptions en matière de Services de Santé dans les Pays en Voie de Développement Mars 2003

Estelle Cholet Max Morel Hélène Rogé Ekaterina Stadnichuk Dr Dominique Kerouedan, L'accès aux soins dans les pays les plus pauvres : Analyse politique comparée de la mise en place de la gratuité en Haïti,

Ouganda, Zambie, au Niger et à Madagascar Atelier International Sciences-Po / Médecins du monde  
Octobre 2007 - Février 2008

Fabienne Richard, Sophie Witter & Vincent De Brouwere, Réduire les barrières financières aux soins  
obstétricaux dans les pays à faibles ressources : il est temps d'agir !

Evelyn Korkor Ansah Solomon Narh-Bana, Sabina Asiamah, Vivian Dzordzordzi, Kingsley Biantey, Kakra  
Dickson, John Owusu Gyapong, Kwadwo Ansah Koram, Brian M. Greenwood, Anne Mills, Christopher J.  
M. Whitty, Effect of Removing Direct Payment for Health Care on Utilisation and Health Outcomes in  
Ghanaian Children : A Randomised Controlled Trial January 2009

W.K Bosu, Jacqueline S Bell, Margaret Armar-Klemesu, And Janet Ansong Tornui, Effect of delivery care user  
fee exemption policy on institutional maternal deaths in the central and Volta regions of Ghana : Ghana  
medical journal September 2007 Volume 41, Number 3

J Nabyonga, M Desmet, H Karamagi, Py Kadama, Fg Omaswa and O Walker, Abolition of cost-sharing is pro-  
poor: evidence from Uganda 2005

Zeidan Abdu, Zakariya Mohammed, Ilham Bashier and Bo Eriksson, The impact of user fee exemption on  
service utilization and treatment seeking behaviour : the case of malaria in Sudan international journal of  
health planning and management Int J Health Plann Mgmt 2004; 19 : S95–S106.

Jane Goudge, Lucy Gilson, Steve Russell, Tebogo Gumedel and Anne Mills, The household costs of health care  
in rural South Africa with free public primary care and hospital exemptions for the poor : Tropical  
Medicine and International Health volume 14 no 4 pp 458–467 April 2009

Sophie Witter, Margaret Armar-Klemesu & Thierno Dieng, Les systèmes nationaux d'exemption des coûts liés  
à l'accouchement : comparaison des expériences récentes du Ghana et du Sénégal 2008

Bart Jacobs, Neil Lewis Price and Sam Oeun, Do exemptions from user fees mean free access to health  
services? A case study from a rural Cambodian hospital: Tropical Medicine and International Health  
volume 12 no 11 pp 1–11 November 2007

Margaret E. Kruk, Godfrey Mbaruku, Peter C. Rockers and Sandro Galea, User fee exemptions are not enough  
: out-of-pocket payments for 'free' delivery services in rural Tanzania : Tropical Medicine and  
International volume 13 no 12 pp 1442–1451 December 2008

David Wilkinson, Eleanor Gouws, Marlene Sach, & Salim S. Abdool Karim, Effect of removing user fees on  
attendance for curative and preventive primary health care services in rural South Africa, Bulletin of the  
World Health Organization. 79: 665-671

Sophie Witter, Sam Adjei, Margaret Armar-Klemesu and Wendy Graham, Providing free maternal health care:  
ten lessons from an evaluation of the national delivery exemption policy in Ghana: January 2009

# ANNEXE 2 : PLAN DE COLLECTE DES DONNEES

## SITES DE L'ÉTUDE:

- L'étude sur l'impact de l'introduction d'une prise en charge financière des enfants de moins de cinq ans dans les formations sanitaires publiques et privées (notamment CSCom et CS Réf) au Mali a été mise en œuvre au niveau des prestataires.
- Selon les Termes de référence et pour les besoins de comparaison sur les soins du paludisme, les sites ont été retenus selon le profil épidémiologique du paludisme au Mali. Ainsi, selon Doumbo<sup>45</sup>, Il y a une extrême variabilité de la situation épidémiologique en fonction des faciès géo climatiques.
- Une zone soudano-guinéenne à transmission saisonnière longue de  $\geq 6$  mois. Dans cette zone, l'indice psalmodique (IP) chez les enfants est  $\geq 80\%$ . L'état de prémunition est acquis vers l'âge de 5-6 ans ;
- Une zone sahélienne à transmission saisonnière courte  $\leq 3$  mois. Dans cette zone l'IP se situe entre 50-70%. L'état de prémunition est rarement atteint avant l'âge de 9-10 ans ;
- Une zone de transmission sporadique, voire épidémique, correspondant aux régions du Nord et certaines localités des régions de Koulikoro et de Kayes (Nara, Nioro, Diéma, Yélimané, Kayes). L'IP est en dessous de 5%. Tous les groupes d'âge sont à risque de paludisme grave. Une précaution particulière doit être prise chaque fois que ces populations migrent vers le Sud du pays.
- Des zones de transmission bi ou plurimodale comprenant le delta intérieur du fleuve Niger et les zones de barrage et de riziculture : Niono, Sélingué, Manantali et Markala. L'IP se situe entre 40-50%. L'anémie reste un phénotype clinique important ;
- Des zones peu propices à l'impaludation, particulièrement les milieux urbains comme Bamako et Mopti où le paludisme est hypo endémique. L'IP est  $\leq 10\%$  et les adultes peuvent faire des formes graves et compliquées de paludisme. D'ici 2020, cette population urbaine et périurbaine constituerait environ 50% de la population africaine au Sud du Sahara. Ce qui augmenterait la « masse » de population cible.
- Selon ce faciès la présente étude a été mise en œuvre dans trois zones : une zone à haute prévalence/incidence de paludisme (endémique), une zone de moyenne prévalence/incidence (saisonnière) et une zone de faible prévalence/incidence (épidémique).
- Pour chaque zone, il a été procédé à un choix raisonné d'un EPH de 2<sup>ème</sup> référence, 3 CSRéf, 9 CSCom. Dans le présent document nous avons un choix de site selon les zones (voir tableau ci-dessous)

---

<sup>45</sup> Doumbo et al, 1989 ; Doumbo 1992

**TABLEAU N°1 : POSITIONNEMENT DES SITES PAR ZONE**

Zones	Régions	EPH de 2 <sup>ème</sup> référence	CSREF	CSCOM
Zone à haute prévalence/incidence de paludisme (endémique)	Sikasso	Sikasso	Kadiolo	Zégoua (FG)
				Diomatène
				Fourou
			Kolondiéba	Kébila
				Central
				Toutiala
			Bougouni	Koumantou
				Sido
				Zantiébougou
Zone de moyenne prévalence/incidence (saisonnnière)	Koulikoro	Koulikoro	Kolokani	Didiéni
				Nossombougou
				N'Tioribougou
			Banamba	Ciban
				Toubakoura
				Sirakoro
			Kangaba (FGD)	Naréna
				Bacoumana
				Kéniégué
zone de faible prévalence/incidence (épidémique).	Hôpital Gao ('FGD)	Gao	Gao	Haoussa Foulan
				Soni Ali Ber
				Gounzoureye
			Ansongo	Bara
				Ouattagouna
				Boura
			Bourem	Taboye
				Bamba
				Téméra
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>9</b>	<b>27</b>

Total des formations sanitaires = 39 Plus Hôpital Gabriel Touré (1 EPH de 3<sup>ème</sup> référence)

Total général 40 formations/prestataires

Les CSCom ont été choisis selon une approche raisonnée basée sur l'accessibilité, le temps imparti à la collecte des données.

## POPULATIONS CIBLES DE L'ETUDE

La population cible de la présente étude est structurée selon les niveaux

**Au niveau de l'Hôpital Gabriel Touré (1 EPH de 3<sup>ème</sup> référence) et des EPH de 2<sup>ème</sup> référence**

**Directeur:**

- Responsable du service administratif ;
- Responsable du service de pédiatrie ;
- Usagers du service de pédiatrie.

**Au niveau des CSRéf :**

- Le médecin chef ;
- Un médecin consultant ;
- Le président du conseil de cercle président du conseil de gestion du CSREF ;
- Les usagers des services de santé maternelle et infantile ;
- Le gérant du dépôt répartiteur.

**Au niveau des CSCom :**

- Le chef de poste médical (médecin ou infirmier) ;
- La sage-femme, l'infirmière obstétricienne ou la matrone ;
- Le gérant du dépôt de médicaments ;
- Les usagers du CSCom ;
- Un membre de l'ASACO.

Les critères d'inclusion et d'exclusion des usagers des services sont :

### **Critères d'inclusion**

Tout parent ou responsable d'un enfant âgé de moins de cinq ans ayant eu recours aux services dans un centre de santé pendant la période de séjour de l'équipe de collecte acceptant librement et volontairement de participer à l'étude.

### **Critères de non – inclusion**

Tout parent ou responsable d'un enfant âgé de moins de cinq ans ayant eu recours aux services dans un centre de santé pendant la période de séjour de l'équipe de collecte ne désirant pas participer à l'étude et les patients sans enfants.

### **Critère de retrait volontaire/Critère d'exclusion**

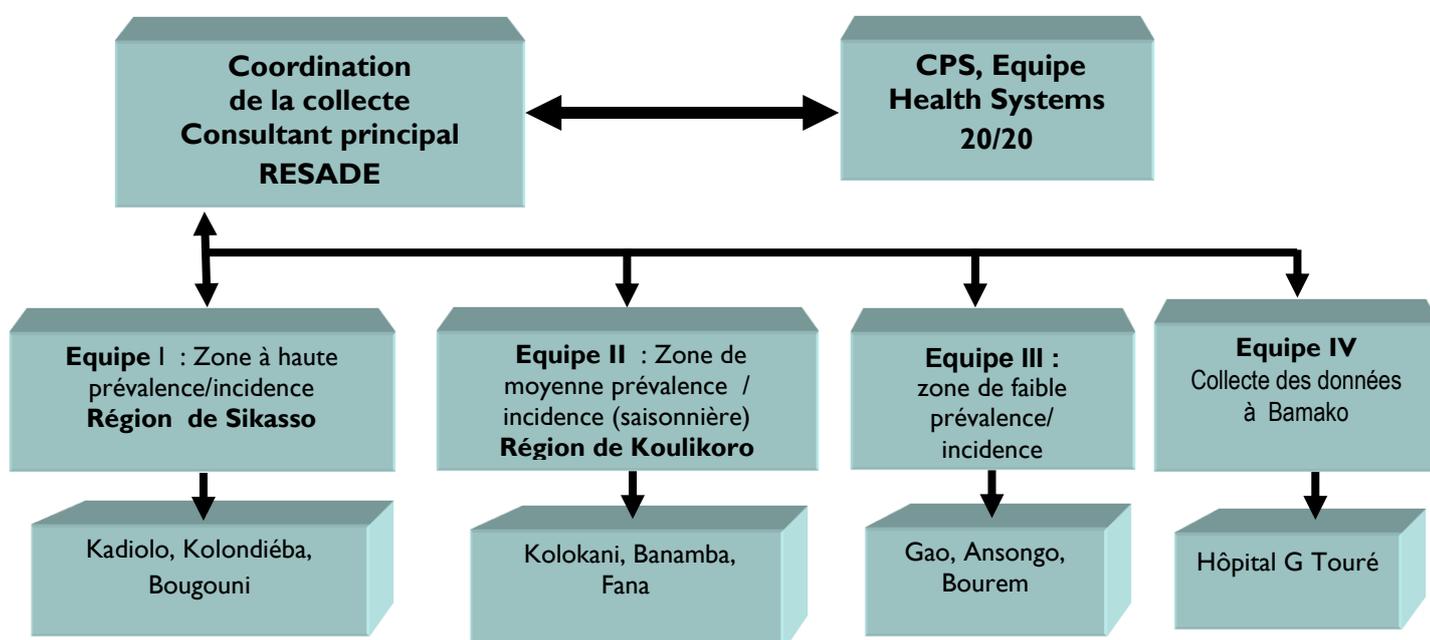
Critère de retrait volontaire : les sujets peuvent à tout moment se retirer de l'étude sans aucune pression et aucun préjudice ;

**Critère d'exclusion :** ont été exclu de l'étude tout sujet faisant cas de pression quelconque de participation contre son propre gré.

## COMPOSITION DES EQUIPES DE COLLECTE DES DONNEES

Trois équipes d'enquêteurs organisées ont couvert les zones. Chaque équipe était constituée d'un superviseur chargé de veiller au bon déroulement de la collecte et de deux enquêteurs dont une femme. Tous les agents de collecte sont des professionnels de la santé.

- **Les superviseurs** : Trois superviseurs ont accompagnés les enquêteurs hommes et femmes ; leur rôle est de vérifier les tâches réalisées et surtout la complétude des données et le contrôle de leur qualité.
- **Les enquêteurs** : Au nombre de 8 dont 3 femmes, ils ont collectés les données primaires et secondaires en utilisant les outils et les méthodes élaborés à cet effet.
- Tout au long de la présente étude, les consultants, les superviseurs et les enquêteurs ont échangé sur le déroulement des activités afin d'harmoniser les méthodes. Le schéma ci-dessous montre le dispositif qui a été mis en place pour la collecte des données.



## PHASES DE L'ETUDE

**Phase I :** Revue documentaire et réunion avec le comité de pilotage de l'étude. Elle a consisté en une rencontre de finalisation et de validation des outils de collecte des données.

L'objectif de cette phase est de partager le protocole de mise en œuvre de la méthodologie. Le processus de l'étude se voulant participatif, il est fondamental que les parties mettent toutes leurs inputs pour d'assurer de la réalisation des objectifs de l'étude.

### Activités

- Finaliser des guides et questionnaires et des supports de formation des enquêteurs et des superviseurs.
- Recueillir les remarques, avis et commentaires des commanditaires et la CPS
- Finaliser les outils et les valider
- Soumettre le protocole finalisé au comité éthique

**Phase 2 :** Il s'agit ici de la phase préparatoire et de la mise en œuvre de l'enquête de terrain.

Les objectifs de cette deuxième phase sont de conduire la préparation et la collecte des données dans les régions.

**Activités:**

- Elles portent sur la mise en œuvre de :
- La formation des enquêteurs, des superviseurs et des agents de saisie
- La multiplication des outils
- La phase terrain

**Résultats attendus:**

- Tous les besoins indispensables pour la mise en œuvre de la collecte sont satisfaits ;
- La formation des enquêteurs, superviseurs et des agents de saisie est réalisée ;
- Le format de maquette de saisie élaboré ;
- Les données sont correctement remplies dans les questionnaires ;
- Les données qualitatives sont correctement saisies sur les supports de collecte (dictaphone) ;
- Les rapports de la phase de préparation et de la phase de terrain sont élaborés

**Phase 3 :** Saisie et analyse des données

**Pour le questionnaire**

Après édition et correction sur le terrain, les questionnaires renseignés ont été envoyés au bureau RESADE pour saisie. La saisie et l'édition des données ont été réalisées en utilisant le logiciel CPro puis transférées en SPSS (ou Stata) pour la tabulation.

**Pour les données qualitatives**

Après la phase terrain, les discours enregistrés seront transcrits et traités selon la méthode de l'analyse de contenu des données textuelles. Notre choix pour cette méthode s'explique par la diversité des informations collectées. Aussi, l'analyse a permis de dégager le contenu manifeste ou latent des informations. L'analyse de contenu a été faite avec toute la rigueur méthodologique propre à cette méthode :

- Vérification de la complétude des données,
- Contrôle de la qualité et la validité des données,
- Organisation des données par catégorie pour un début de conceptualisation,
- Construction de grandes catégories comme des rubriques essentielles pour l'analyse du rapport,
- Amorçage de l'analyse proprement dite de contenu.



# ANNEXE 3 : TABLEAU POLITIQUE D'EXEMPTIONS TOTALES OU PARTIELLES

Maladie /affection/ conditions	Paquet de service	Population Cible	Texte
<b>Exemption totales (gratuités)</b>			
Paludisme	CTA Kit palu grave MII, TDR Kit palu grave MII, TDR, SP	Enfants < 5 ans Femmes enceintes	En cours d'adoption
VIH /SIDA	Exa. Biologiques ARV, médicament contre les opportunistes , farines enrichies, aliments thérapeutiques, micronutriments,déparasitant Exa. biologiques ARV, médicament contre les opportunistes	Enfants < 5 ans Pop. spécifique	Non Disponible (ND) Initiative ND, Initiative
Références évacuations	Transport du CSCom au CSRéf	Femmes enceintes	ND? Initiative?
Césarienne	Examen préopératoire ; acte + kit chirurgicale et post op hospitalisation	Femmes enceintes	Décret 05350 PRM/décision de gratuité Lettre circulaire N° 1003 MS-SG/info. pers sanit. Arêté interministériel N° 090754 / mod. Remboursement des prestations
PEV	Vaccins des maladies cibles Vaccins des maladies cibles	Enfant > 1ans et femmes enceintes Enfant < 1ans	ND? Initiative? ND? Initiative?
Tuberculose	Exa. Labo, médicaments	Pop. spécifique	ND? Initiative?
lèpre	Exa. Labo, médicaments, hospitalisation	Pop. spécifique	ND? Initiative?
Cécité	Médicament contre le trachome, intrant pour la chirurgie du trichiasis, de la cataracte (Milagro)	Pop. spécifique	ND? Initiative?
Trypanosomiase	médicament	Pop. spécifique	ND? Initiative?
Ver de guinée	Médicament, filtres	Pop. spécifique	ND? Initiative?
Maladies tropicales négligées (filariose, oncho, schisto, géo-helminthe)	Médicament (campagnes)	Pop. spécifique	ND? Initiative?
Fistules	Intrant pour la chirurgie, exa. Préop, hospitalisation	Pop. spécifique	ND? Initiative?
Malnutrition	Farines enrichies, aliments thérapeutiques, micronutriments déparasitant	Enfant < 5 ans, femmes enceintes, Certains malades (SIDA...)	ND? Initiative?
Epidémies et catastrophes	Médicaments, vaccin, intrants	Pop. spécifique	ND? Initiative?
Santé buccodentaire (noma)	Prise en charge globale	Pop. spécifique	ND? Initiative?

Maladie /affection/ conditions	Paquet de service	Population Cible	Texte
Réduction de 30% du coût de 101 médicaments essentiels	Maladie cible	Pop. spécifique	ND? Initiative?
<b>Subventions &amp; Gratuités pour des populations ciblées</b>			
*Hospitalisation (lit)	Réduction de 80 % des frais	Fonctionnaires et travailleurs	Décret n° 02-311 du 04 juin 2002
*Hospitalisation (lit)	100%	Fonctionnaires et travailleurs retraités	Décret n° 02-311 du 04 juin 2002
*Examens de labo	100%	Elèves, étudiants et soldats	Décret n° 02-311 du 04 juin 2002
*Examens de labo, radiologie et scanner.	100%	Personnel socio-sanitaire et familles	Décret n° 02-311 du 04 juin 2002
** consultation, examen radio et labo, hospitalisation, médicament +repas	100%	Indigents et pers. en situation jugée difficile.	Décret n° 44/PG du 22 février 1968
** *Prestation en nature : des analyses, soins de premier niveau, analyses médicales et examens radio	100%	Travailleurs / Prévoyance Sociale	Loi n° 99-041 du Privées du 12 août 1999 /Code de Prévoyance Sociale
***Prise en charge des accidents de travail et maladies professionnelles	100%		Loi n° 99-041 du Privées du 12 août 1999 /Code de Prévoyance Sociale
*** Prise en charge des indemnités journalières et d'incapacité	Remboursement autres actes à définir		Loi n° 99-041 du Privées du 12 août 1999 /Code de Prévoyance Sociale
Evacuation sanitaire à l'extérieur	Subvention de la prise en charge (selon le type des médicaments, hospitalisation/bergement, transport,exa complémentaire..)	En principe Cas éligibles	ND? Initiative?
Gériatrie (PEC des pers âgées) et ailleurs	Palu (médicament ? MII, acte , hospi..) cataracte idem, prostate ...	Pop. spécifique	ND? Initiative?
Pédiatrie	Hospitalisation,oxygène, couveuse	Pop. spécifique	ND? Initiative?
<b>Autres types d'exemptions envisagées, en cours d'adoption ou en début d'application</b>			
Drépanocytose	?	Pop. spécifique	-
Cancer de la femme (col, sein..)	Subvention des médicaments, gratuité du vaccin ?	Pop. spécifique	-
Diabète	Subvention/gratuité de la prise en charge (insuline, autres intrant, actes, hospt...)	Pop. spécifique	-

# ANNEXE 4 : AGENDA CONFERENCE SUR LES POLITIQUES D'EXEMPTIONS 31 MARS ET 1 AVRIL 2011

## CONFERENCE SUR LES POLITIQUES D'EXEMPTION DU PAIEMENT DES SOINS AU MALI

Bamako, Hôtel Radisson du 31 Mars au 1<sup>er</sup> Avril 2011

Horaires	Activités de la conférence	Responsable
<b>JOURNEE DU 31 MARS 2011</b>		
<b>Cérémonie d'ouverture</b>		
8h00 - 9h00	Installation des invités	DNS
9h00 - 9h10	Intervention du Représentant MSF Belgique	Chef de mission
9h10 - 9h20	Intervention du Représentant Initiative pour le Leadership Ministériel (MLI)	Représentante MLI
9h20 - 9h35	Discours du Ministre de la santé	Ministre de la santé
<b>Gratuité et utilisation des services par les femmes enceintes : Modérateur : Pr Amadou DOLO</b>		
9h35 - 10h05	Les effets de l'exemption des frais liés à la césarienne au Mali	Dr Mahamadou Traoré
10h05 - 10h15	Présentation du projet observatoire au Mali	Dr Mamoutou Diabaté /Observatoire
10h15 - 10h30	Amélioration de l'accès des femmes enceintes à la césarienne gratuite en commune V de Bamako	Equipe Bamako /Observatoire
10h30 - 10h45	Effets de la gratuité de la césarienne dans le district de Kayes	Caroline Tourigny
10h45 - 11h00	Subvention des accouchements au Burkina Faso	Pr Ridde Valéry
11h00 - 11h20	Pause Café	Organisateurs
11h20- 12h05	Discussions sur l'accès des femmes enceintes aux soins gratuits (45mn)	
<b>Gratuité et utilisation des services pour les enfants : Modérateur : Pr Toumani Sidibé</b>		
12h05 - 12h20	Amélioration de l'accès aux soins des enfants de moins de 5 ans par la prise en charge gratuite du paludisme au niveau communautaire	MSF Kangaba
12h20 - 12h35	Amélioration de l'accès aux structures de santé chez les enfants de moins de 5 ans bénéficiant de la gratuité totale des soins dans le district de Kangaba	Dr Tangara Amadou /Observatoire
12h35 - 12h50	Evolution comparative des consultations chez les enfants de moins de 5 ans dans le district de Kangaba et Sélingué	Pr Valéry Ridde /Observatoire

12h50 - 13h05	Evolution de la couverture Sanitaire dans les communes de Dioro et Farakoumassa (Région de Ségou) bénéficiant de la gratuité totale des soins	Dr Tinzana Coulibaly /Projet village du millénaire
13h05-13h50	Discussions sur l'accès à la gratuité du paludisme (45 mn)	
13h50 - 14h50	Pause Déjeuner	Organisateurs
<b>Gratuité et perception des usagers et acteurs de santé : Modérateur : Pr Mamadou S Traoré</b>		
14h50 - 15h05	Perception des prestataires de services sur la mise en place de la gratuité des CTA à Sikasso	Sara Dolo / Observatoire
15h05 - 15h20	Emergence des politiques de gratuité : Etat de connaissance des populations de Kangaba	Pr Youaga Félix Koné /Miseli
15h20- 15h35	Politique de gratuité dans leur contexte : perception des acteurs maliens	Dr Laurence Touré / Miseli
15h35-16h20	Discussions sur la perception et les soins gratuits (45 mn)	
16h20 – 16h30	Synthèse de la journée	Dr Keita Namoudou / OOAS
16 h30 -16h50	Pause Café	Organisateurs
16h50	Fin de la Journee	

Horaires	Activités de la conférence	Responsable
<b>JOURNEE DU 1er Avril 2011</b>		
<b>Gratuité et Coût financier : Modérateur : Christine Sow</b>		
8h30 - 9h00	Synthèse de la première journée	Rapporteurs
9h00 - 9h30	Effets de l'introduction d'une prise en charge financière des enfants de moins de 5 ans au Mali	M. Issa Berthé /CPS Santé
9h30 - 9h45	Evaluation du coût de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans le district de Kangaba	Dr Dembélé Youssouf /Observatoire - MSF
9h45 - 10h00	Financement de la gratuité par le système de compensation aux ASACO basé sur la performance par MSF à Kangaba	M. Cheick Touré /MSF
10h00 - 10h15	Evaluation du coût de la prise en charge des enfants de moins de 5 ans dans 4 districts sanitaire du Mali	M. Georges Koné /Observatoire
<b>10 h15-11h00 Discussions sur les effets financiers des politiques de gratuité au Mali (45mn)</b>		
11h00 – 11h20	Pause Café	Organisateurs
<b>Travaux de groupe et Discussions : Modérateur : Pr Valery Ridde et Allisson Kelley</b>		
11h20 – 11h30	Introduction à la discussion sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali	DNS
11h30 -12h30	TRAVAUX DE GROUPE	Participants
12h30 – 14h00	Pause Déjeuner	Organisateurs
14h00 -15h00	TRAVAUX DE GROUPE (suite et fin)	Participants
15h00 -16h20	Restitution des travaux de groupe et discussions en plénière	Participants
16h20 -16h40	Prochaines étapes	Dr Mamadou Namory Traoré /DNS
<b>Cérémonie de clôture</b>		
16h40 - 17h00	Mots de clôture du Ministre de la santé	Ministère de la santé
17h00 - 17h20	Pause Café	Organisateurs



# ANNEXE 5 : SYNTHÈSE CONFÉRENCE SUR LES POLITIQUES D'EXEMPTIONS 31 MARS ET 1 AVRIL 2011

## CONFÉRENCE SUR LES POLITIQUES D'EXEMPTIONS DU PAIEMENT DES SOINS AU MALI

### JOURNÉE 1 : MARS 31, 2011

#### Synthèse :

Les présentations et les discussions de la journée ont conduit aux commentaires et remarques suivants :

- Les taux de mortalité maternelle et infantiles au Mali sont les uns des plus élevés du monde. En même temps, l'accès aux services de santé est parmi l'un des plus bas du monde. Les décideurs au Mali visent à réduire les taux de mortalité maternelle et infantiles à travers l'augmentation de l'accès aux soins de santé. Comment faire à ce que l'accès aux services augmente dans un contexte de recouvrement de coûts ? Est-ce que les politiques d'exemptions des soins au Mali sont compatibles avec le système en place, les affaiblissements possibles des ASACOs... ?
- Les politiques d'exemption des soins au Mali ont été annoncées et initiées sur des décisions politiques de haut niveau. Ce qui manquait était des études tests a priori pour évaluer les effets possibles et estimer les coûts. L'absence des études préalables a empêché d'obtenir une analyse sur les différentes oppositions aux politiques, les capacités financières de l'état, et l'espace budgétaire. Il fallait des discussions et une démarche précise pour arriver à un consensus avec tous les acteurs concernés (état, partenaires, agents de santé, communautés...).
- Il y a une absence de 'leadership' pour la mise en œuvre de ces politiques : il n'y a pas de clarté sur les différents rôles au niveau national, intermédiaire et local quant à la mise en œuvre. Il y a une absence de démarche concrète et claire pour cette mise en œuvre. De plus, l'information sur ces politiques n'a pas été systématiquement disséminée, ce qui a abouti à des interprétations et des effets divers parmi la population.
- Des inquiétudes importantes persistent. Celles-ci sont (1) le financement et de la mobilisation des ressources pour mettre en œuvre ces politiques, (2) la pérennité de ces politiques dans un contexte de recouvrement des coûts et d'un espace fiscal assez limité et l'absence de stratégies à long terme pour assurer la pérennité, et (3) de l'accessibilité des couches vulnérables. En effet, les études montrent qu'il y a beaucoup de scepticisme chez les acteurs concernés quant à la pérennité de ces politiques.
- Toutes les études présentées s'intéressent sur les effets des politiques d'exemption sur l'accès aux services et montrent que l'utilisation des soins après gratuite augmente. Les études montrent cependant que l'accès aux soins peut être affecté par des facteurs socio-culturels. Les mesures d'accompagnement des politiques sont assez importantes pour qu'il y ait des effets sur l'utilisation. Par exemple, l'étude Observatoire à Kayes a montré que le système de référence et d'évacuation à Kayes a amélioré la couverture en accouchements de la césarienne pour les femmes qui vivent dans les villes où il y a un CSRéf. De même, une étude a montré que

lorsque la gratuite est accompagnée de mesures telles que la formations des agents de soins, les effets sur l'accès sont beaucoup plus visibles.

- La tendance générale des résultats de ces études : il semble qu'il y a une surestimation de l'impact de la gratuite sur l'utilisation, compte tenu des autres facteurs en place qui n'ont pas été considérés par les différentes études. Il faut identifier et analyser ces facteurs pour comprendre pourquoi les indicateurs de césarienne, par exemple, sont restée constantes dans une région mais variables dans une autre. Il faut faire une méta-analyse pour mieux identifier les autres facteurs qui contribuent aux changements dans l'accès aux services de santé.
- Ces politiques et leurs pérennité nécessitent un engagement à long terme de l'état et de ses partenaires, ainsi que la mesure de toujours évaluer et ajuster les aspects opérationnels en se basant sur l'évidence.
- Comment intégrer ces politiques dans le système assurances maladies ? (Ghana) Les expériences des autres pays africains sur la mise en œuvre de ces politiques et ces intégrations dans le système de santé pourraient constituer des leçons importantes.

## **JOURNÉE 2 : AVRIL 1, 2011**

Présentations et discussions de la matinée sur les politiques d'exemptions et les effets sur l'utilisation des soins chez les enfants :

- La réussite d'un système de gratuite passe nécessairement par une compensation aux ASACO et une motivation basée sur l'évaluation des performances et une meilleure qualité des soins.
- Rien n'est gratuit. Tout a un cout.
- Le system suivi évaluation sera nécessaire.
- Dans un système de décentralisation, la logique des politiques d'exemptions des frais va en sens contraire du système. On est donc dans une idéologie ou on tue la décentralisation.
- Au-delà des couts, comment passer à l'échelle dans les procédures ? Les procédures de mise en œuvre des politiques de gratuité et de remboursement de MSF dans une région, sont assez différents des procédures actuelles de mobilisation des ressources de l'état et pour les ASACO. Il faut donc aussi étudier la faisabilité de la mise en œuvre dans le système de santé.
- Il faut faire attention au cout global pour bien comprendre les barrières financières.
- Il faut renforcer le coté préventif pour qu'on puisse diminuer les maladies chez les enfants et réduire les fréquentations pour les soins curatifs.
- Est-ce que l'impact mérite d'être pérennisé ? Toutes les indications indiquent que oui. Mais il y a 4 aspects importants :
  - Question des modèles utilisés et la mise à échelle
  - Quels sont les couts, les estimations et la répartition sur différents acteurs ?
  - Quels sont les facteurs de pérennisation pour mettre en œuvre des politiques à long terme et pour que les programmes et systèmes ne se terminent pas après que les partenaires se retirent.
  - La question de l'équité. Qui bénéficie le plus de ces politiques ?

## TRAVAUX DE GROUPES

**THEME 1 :** Effets des exemptions sur l'offre des services (incidence sur les établissements de santé, les prestataires, les ASACO), comment pallier les effets négatifs et mesures d'accompagnement ?

### A. Leçons apprises :

- La gratuité a favorisé l'augmentation de la fréquentation des services, mais des mesures d'accompagnement sont nécessaires:
  - Motivation des prestataires
  - Amélioration de la qualité des soins
- Les femmes pauvres ont bénéficié moins de la gratuité de la césarienne
- Les préoccupations existent à propos de :
  - La pérennité de la gratuité
  - L'incidence sur la viabilité financière des ASACO
  - La prise en compte des aspects préventifs
- Le problème d'accessibilité financière et géographique des références/évacuations persistent toujours

### B. Recommandations opérationnelles :

- Revoir les méthodologies d'estimation de façon à prendre en compte tous les éléments pour le passage à l'échelle (prévention, promotion, suivi et évaluation, coût d'investissement)
- Veiller à la disponibilité des ressources humaines compétentes et motivées
- Assurer la disponibilité permanente des intrants
- Prendre en compte les dimensions d'équité dans les stratégies d'offre de service

**THEME 2 :** Effets sur les bénéficiaires (qui en bénéficie, quelles sont les perceptions, quel rôle pour la communauté, comment mieux atteindre les plus pauvres) ?

### A. Leçons apprises :

I. Gratuite partielle (césarienne, CTA) :

a) Forces

- Réduction de la mortalité maternelle et néo natale
- Perception favorable, adhésion de la population, satisfaction, compréhension

b) Faiblesses

- Les femmes pauvres rurales ont moins bénéficié de la gratuite de la césarienne
- L'objectif reste loin d'être atteint pour l'accès aux césariennes
- Les barrières financières et géographiques persistent pour les femmes les plus démunies pour accéder aux césariennes (incluant : manque des moyens de transport)
- Frustration des bénéficiaires : Ruptures de stock peuvent limiter la mise en pratique de la politique

## 2. Gratuité totale :

### a) Forces

- Perception favorable, adhésion de la population
- Augmentation considérable de l'utilisation des soins sanitaires, évidence d'augmentation de l'accès (PVM, MSF, Projet Muso)
- Progrès considérable dans la lutte contre le paludisme, incluant le traitement des cas dans les premières 24 hrs et la réduction des cas du paludisme grave (MSF, Projet Muso)
- Réduction de mortalité des enfants moins de 5 ans (MSF, Projet Muso)
- Levé des barrières financières pour accéder aux soins

### b) Faiblesses

- Inquiétude pour assurer la pérennisation
- Rupture en médicaments

## **B. Recommandations opérationnelles:**

### 1. Gratuite partielle (césarienne, CTA) :

- Inclure le transport village CSCOM dans le système de référence (Médecin-chef)
- Subventionner le système de transport/référence (Etat)
- Elaborer et intégrer un plan de communication sur la gratuité (ESSC)
- Rendre disponible les intrants
- Mettre en place un mécanisme de Suivi évaluation

## 2. Gratuité totale :

- Faire les études complémentaires concernant la mise en échelle du gratuit total des soins
- Si on veut atteindre les OMDs il faut aller vers la gratuité totale, surtout pour certain groupes cibles
- Planifier la mobilisation des ressources par les partenaires (l'état, les collectivités, les partenaires techniques et financières) pour mettre cette politique en pratique et la pérenniser

## **THEME 3 : Prise en charge financière**

### **A. Leçons apprises :**

- Les politiques d'exemption des paiements, totales ou partielles, sont un facteur de réduction des ressources de recouvrement des coûts.
- Certaines expériences sur le terrain qui financent les cotes part des communautés constituent des facteurs limitant pour la participation communautaire.
- Les études ont démontré que les politiques d'exemption offrent une opportunité pour évaluer les couts et identifier les mécanismes pérennes de prise en charge.
- La pérennité dépend de l'existence d'un mécanisme de financement fonctionnel.
- Les études présentées:

- Ont donné des estimations globales sur le coût pour un tiers payant, mais sans préciser les parts des différents acteurs.
- N'ont pas beaucoup renseigné sur les liens avec d'autres mécanismes de financement (AMO, RAMED, mutuelles, etc.) et de pérennité des politiques.
- Ont permis de soulever des interrogations sur la pérennité de ces politiques

### **B. Recommandations opérationnelles:**

- Définir les domaines d'exemption des politiques et évaluer le coût
- Dans un contexte de décentralisation, et pour assurer les ressources nécessaires, l'Etat dans son budget doit allouer des subventions pour les collectivités locales décentralisées
- Inscrire une ligne budgétaire sur les politiques d'exemption dans le budget des collectivités.
- Définir le rôle de chaque acteur dans la prise en charge.

**THEME 4 :** Suivi-évaluation (comment produire, analyser, et utiliser des données fiables sur ces questions, système d'information qui répond aux besoins, mécanismes de diffusion et de partage pour informer les décisions)

### **A .Leçons apprises :**

Les facteurs suivants ont affecté la mise en œuvre des politiques de gratuité :

- L'insuffisance du suivi de la disponibilité des intrants
- L'insuffisance d'un plan de transition entre l'AS/AQ et l'A-LU
- L'insuffisance du suivi du renforcement de capacité des intervenants
- L'insuffisance du suivi des mesures d'accompagnement
- L'insuffisance de la communication à tous les niveaux
- L'insuffisance de la recherche opérationnelle en faveur de la gratuité

### **B. Recommandations opérationnelles:**

- Elaborer un plan de suivi/évaluation de l'approvisionnement et de la distribution des intrants de la gratuité à tous les niveaux du système
- Elaborer et suivre un plan de transition entre l'AS/AQ et A-LU
- Elaborer et suivre un plan de renforcement des capacités de tous les acteurs de la gratuité
- Suivre et évaluer les mesures d'accompagnement de la gratuité à tous les niveaux du système
- Elaborer et suivre un plan de communication en faveur de la gratuité à tous les niveaux du système
- Elaborer un plan de recherche opérationnelle et le suivre à tous les niveaux

**THEME 5 :** Intégration des politiques d'exemption dans les systèmes d'assurance maladie (mutuelles, assurance obligatoire et le régime d'assistance médicale)

### **A. Leçons apprises :**

- La politique de la gratuité n'a pas favorisé un meilleur accès des pauvres
- Manque de leadership parce que les rôles et responsabilités ne sont pas clarifiés

- Absence de planification rigoureuse, d'étude préalable, et des mesures d'accompagnement avant la mise en œuvre
- Absence d'une stratégie de pérennisation
- Manque de coordination/concertation/uniformité entre les intervenants
- Prise en charge variable par endroit
- L'impact sur les indicateurs n'a pas atteint les effets escomptés par endroit
- Incohérence entre la politique de gratuite et politique de recouvrement des couts et la politique de décentraliser
- Les contours des initiatives de gratuités ne sont pas clairs/information insuffisante auprès des bénéficiaires et des prestataires
- Non-application de la politique de gratuité de façon uniforme selon les localités
- Unanimité sur le principe de la gratuité qui permet de couvrir les plus pauvres
- Absence d'évaluation

#### **B. Recommandations opérationnelles :**

- Elaborer une politique cohérente d'accès financier aux soins de santé où les rôles des départements ministériels sont clarifiés
- Amener les différents intervenants à s'inscrire dans la politique définie par l'Etat pour une meilleure harmonisation des interventions
- Définir une stratégie de pérennisation de la gratuité à travers les assurances maladie et le RAMED
- Elaborer une stratégie de communication pour une meilleure application des politiques d'exemption du paiement des soins de santé

### **SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS**

- Amener les différents intervenants à s'inscrire dans la politique définie par l'Etat pour une meilleure harmonisation des interventions
- Faire des études complémentaires (sur la gratuité totale, l'analyse de l'incidence des bénéfices)
- Elaborer une politique cohérente d'accès financier aux soins de santé où les rôles des départements ministériels sont clarifiés, ainsi que ceux des collectivités locales et autres
- Elaborer et mettre en œuvre une stratégie de communication sur les politiques de gratuité pour une meilleure application des politiques d'exemption et une compréhension plus accrue de tous les acteurs
- Prévoir et renforcer la prise en charge des coûts indirects (transport) de la gratuité
- Elaborer une stratégie de pérennisation de la gratuité à travers les systèmes d'assurance maladie (AMO, RAMED et autres Mutuelles)
- Assurer une meilleure planification avec maîtrise des coûts, et anticipation des effets de la gratuité (mesures d'accompagnement, renforcement des capacités, provision d'intrants, et autres)
- Elaborer un plan de suivi évaluation des exemptions du paiement des soins.

## PROCHAINES ETAPES

- Mise en œuvre des recommandations issues de cette conférence
- Partager les éléments clés de cette conférence avec la CPS pour leur prise en compte dans le prochain PRODESS
- Mettre toutes les présentations de cette conférence sur le site Web du Ministère de la Santé, de la DNS et des autres institutions impliquées
- Faire une brochure de synthèse des éléments clés de la conférence pour une large dissémination
- Poursuivre les différentes politiques d'exonération des soins
- Finaliser les études déjà en cours
- Assurer le suivi de la mise en œuvre de ces politiques
- Impliquer la faculté et les institutions de recherche dans le suivi et l'évaluation de cette politique
- Impliquer les collectivités dans les différentes phases de mise en œuvre de ces politiques



# ANNEXE 6 : OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

---

---

## Outil I : Questionnaire niveau national

---

---

*Toutes les questions ne seront pas appliquées à un seul répondant. Les questions codifiées ST seront pour les structures techniques du ministère de la santé et ceux codifiées TS seront pour toutes les structures/organisations/répondant. Les structures spécialisées (SS) comme la DAF, la DNS, la DNDS, le MRTC répondront à des questions spécifiques*

### Présentation de l'étude et recherche d'un accord de participation

Le bureau de la Presidential Malaria Initiative (PMI) à Washington a demandé au Projet Health Systems 20/20 (projet phare de l'USAID en matière de renforcement des systèmes de santé) d'entreprendre une étude sur les barrières que pose la tarification des soins pour le paludisme pour les moins de cinq ans dans les pays d'Afrique de l'Ouest qui appliquent l'Initiative de Bamako. Le Sénégal et le Mali ont été identifiés comme pays cibles.

Après avoir consulté le gouvernement et les partenaires, l'USAID-Mali a demandé que, pour le Mali, l'étude soit élargie pour couvrir la problématique des soins pour les moins de cinq ans, et a fourni un financement complémentaire à cet effet. C'est pourquoi cette étude couvre les services destinés aux enfants de moins de cinq ans en mettant une emphase sur les soins pour le paludisme, pour les besoins de l'étude comparative.

Cette étude Co- pilotée par la CPS et le PNLP, élargie aux soins et paludisme est pour estimer l'impact financier, de l'introduction d'une prise en charge financière des enfants de moins de cinq ans sur les formations sanitaires publiques et privées périphériques (CSCoM et CSRèf) au Mali ; la prise en charge incluant la consultation, le diagnostic et les médicaments.

Elle va identifier

- Le fardeau des maladies des enfants de moins de cinq ans au Mali
- La politique de paiement par l'utilisateur pour les services destinés aux enfants de moins de cinq ans
- La mise en œuvre de la politique de recouvrement des coûts : pratique et résultats
- L'impact de la politique relative au recouvrement des coûts et au paiement par l'utilisateur
- L'attitude des principales parties prenantes concernant la politique de paiement par l'utilisateur en vigueur et modifications éventuelles de cette politique
- La politique et pratique en matière de paiement par l'utilisateur pour les services destinés aux enfants de moins de cinq ans

**Objectifs :** Ce questionnaire a pour but de faciliter l'entretien individuel avec les parties prenantes au niveau stratégique sur la problématique de la prise en charge des enfants de moins de 5ans. Les informations recherchées seront centrées sur les systèmes de paiement des soins par les usagers : Politique ; justification, mise en place, fonctionnement, effets de la politique ; utilisation des services, qualité des soins, et la prise en charge financière des moins de cinq ans (paludisme), défis et solutions proposées

**Source de données :** Entretien individuel au niveau national :

Structures responsable de l'élaboration des politiques de santé : Le directeur et/ou ses collaborateurs

Structures financières : Le directeur et/ou ses collaborateurs :

Structures intervenant dans la prise en charge des enfants de moins de 5 ans : Le directeur et/ou ses collaborateurs

### Formulaire d'Identification

A. Nom de l'organisation	
B. Nom de la section/département	
C. Date (jj/mm/AA)	□□/ □□/ □□
D. Numéro de l'enquêteur	□□
F. Noms et fonctions des personnes interviewées	
G. Début de la discussion	□□ : □□ Heures Minutes
H. Fin de la discussion	□□ : □□ Heures Minutes

**I. Signature de l'enquêteur** \_\_\_\_\_

No	Questions	Codes	Filtres
Q1	Pouvez-vous décrire le système de partage des coûts (tarification) dans le système sanitaire ? (TS)	Oui Non	
Q2	Quelle est l'utilité du système de tarification et sa justification ? (TS)		
Q3	Y a-t-il des directives à suivre quant à la gestion des fonds dans le système sanitaire (inclus les montants, les marges, etc.) ? (TS)	Oui Non	
	a) Si oui est-ce que ces directives/normes sont suivies ?		
	b) Si non pourquoi ?		
Q4	Est-il utile de mettre en œuvre une politique de gratuité des soins des enfants de moins de 5 ans et du paludisme ? (TS)	Oui Non	
	a) Si oui pourquoi ?		
	b) Si non pourquoi ?		

No	Questions	Codes	Filtres
<b>Q5</b>	Comment pensez- qu'on peut mettre en place une politique efficace de gratuité des soins des moins de 5ans et du Paludisme ? (plusieurs réponses sont possibles) (TS)	En subventionnant les associations communautaires de base En subventionnant les ONG En subventionnant les familles En subventionnant les mutuelles En subventionnant les ASACO En mettant les médicaments, le matériel et les réactifs gratuitement dans les services publics et privés En motivant financièrement le personnel de santé Par des décisions au niveau des collectivités décentralisées Par des décisions des ASACO Par un décret présidentiel <b>97.</b> Autres (préciser)  <b>98.</b> Ne sait pas	
<b>Q6</b>	Quelles sont les activités à mettre à l'échelle pour assurer l'efficacité des interventions dans la prise en charge des soins des enfants de moins de 5 ans et le paludisme ? (TS)	Le traitement précoce des cas La prévention par les moustiquaires imprégnées de longue durée, la pulvérisation intra domiciliaire et la lutte anti larvaire, lavage des mains... Le Plaidoyer/CCC/IEC Le suivi /évaluation La prise en compte des pratiques familiales et communautaires Le renforcement de la participation communautaire Le renforcement des ressources de l'Etat Le renforcement des ressources des collectivités. <b>97.</b> Autres (préciser)  <b>98.</b> Ne sait pas	
<b>Q7</b>	Savez –vous comment a-t-on introduit le recouvrement des coûts dans les structures de santé ? (TS)	Oui Non	

No	Questions	Codes	Filtres
Q8	Quels seront selon vous les impacts de la prise en charge des coûts de la gratuité sur les services de santé et les bénéficiaires ? (TS)	Augmentation de l'utilisation des services Réduction de l'utilisation des services Amélioration de la qualité des soins Réduction de la qualité des soins Amélioration de l'efficacité des services  Réduction de l'efficacité des services Réduction des maladies infantiles Augmentation des ressources financières des familles Augmentation de la crédibilité du personnel de santé Réduction de la mortalité Aucun impact sur les services Aucun impact sur les bénéficiaires  <b>97.</b> Autres (préciser)  <b>98.</b> Ne sait pas	
Q9	Quel pourrait être l'impact sur l'utilisation des soins et services par les moins de cinq ans ? (TS)	Augmentation de l'utilisation des services Réduction de l'utilisation des services <b>97.</b> Autres (préciser)  <b>98.</b> Ne sait pas	
Q10	Quelles seraient les actions à prendre pour répondre à une augmentation éventuelle de l'utilisation des services ? TS  Au niveau du personnel ?  Des examens ?  Des médicaments ?		
Q11	Y a-t-il une politique de subvention des soins ? (TS)	Oui Non	Q3
	Quels sont les soins et services subventionnés ou gratuits (TS)	Vaccinations Césariennes PEC Paludisme grave CTA paludisme simple SP (TIPg) dans la CPN recentré. Etc.	

No	Questions	Codes	Filtres
Q12	Quelles sont (ou ont été) les conséquences ou les avantages de ces soins et services subventionnés ou non payants ? (TS)	Augmentation de l'utilisation des services Réduction de l'utilisation des services Amélioration de la qualité des soins Amélioration de l'efficacité des services Réduction des maladies Augmentation des ressources financières des familles Augmentation de la crédibilité du personnel de santé Réduction de la mortalité Aucun avantage Aucune conséquence  <b>97.</b> Autres (préciser)  <b>98.</b> Ne sait pas	
Q13	A combien estimez-vous les montants/ coûts des soins et services non payants pour un enfant de moins de cinq ans (paludisme et autres soins) ? (SS)	<b>1.</b> Moins de 1000 FCFA <b>2.</b> 1000 et 2000 FCFA <b>3.</b> 2000 et 5000 FCFA <b>4.</b> 5000 et 10 000 FCFA <b>5.</b> 10 000 et 20 000 FCFA <b>6.</b> 20 000 et 50 000 FCFA <b>7.</b> 50 000 et 100000 FCFA <b>8.</b> plus de 100 000 FCFA <b>98.</b> Ne sait pas	
Q 14	Quelle proportion représente le coût de la prise en charge des enfants sur l'ensemble des coûts de vos programmes ? (SS)	<b>1.</b> Moins de 1% <b>2.</b> 1% et 5% <b>3.</b> 5% et 10% <b>4.</b> 10% et 15% <b>5.</b> 15% et 20 % <b>6.</b> 20% et 25% <b>7.</b> 25% et 30% <b>8.</b> Plus de 30% <b>98.</b> Ne sait pas	
Q15	Est-ce que l'affectation de cette proportion vous a permis d'atteindre vos objectifs pour la prise en charge des enfants ? (SS)	Oui Non <b>98.</b> Ne sait pas	
Q 16	Quelles méthodes/stratégies sont possibles pour une prise en charge par tiers payant dans le système sanitaire ? (TS) <i>Avant de poser cette question expliquer le principe de tiers payant</i> <i>« Mécanisme grâce auquel le malade est dispensé des frais de prise en charge. Concrètement cela signifie que si le malade est pris en charge à 100% il n'y aurait rien à régler chez les praticiens. Le praticien se fait rembourser ou est payé pour la prise en charge du malade par les systèmes de compensation mis en place »)</i>	Les mutuelles Les assurances maladies Les caisses locales de solidarité Les associations Les ONG Fonds national de solidarité Autres (préciser)  Ne sait pas	

No	Questions	Codes	Filtres
Q 17	Quels sont les avantages, obstacles et problèmes à anticiper pour chaque méthode (TS)		
Q 18	<p>Dans le système sanitaire qui (organismes/structures) pourrait contribuer à la mise en œuvre d'un mécanisme de tiers payant ? (TS)</p> <p><i>Enquêteurs : Laissez répondre. Si pas de réponse, suggérez les réponses à droite</i></p>	<p>Les mutuelles  Les assurances maladies  Les caisses locales de solidarités  Les associations  Les ONG  les collectivités décentralisées  Fonds national de solidarité  <b>97.</b> Autres (préciser)</p> <p><b>98.</b> Ne sait pas</p>	
Q 19	<p>Quelles seraient les conditions qui aideraient à la réussite d'un système de tiers payant ?</p> <p><i>Enquêteurs : Laissez répondre. Si pas de réponse, suggérez les réponses à droite</i></p> <p>(TS)</p>	<p>La disponibilité des ressources au niveau de l'Etat  L'engagement des partenaires techniques et financiers  Le développement d'un système de suivi et de contrôle  la mise en place des outils de gestion  L'information et la communication</p> <p><b>97.</b> Autres (préciser)</p> <p><b>98.</b> Ne sait pas</p>	
Q20	Est-ce qu'il y aurait d'autres méthodes pour assurer la prise en charge financière des moins de cinq ans ? (TS)		
Q21	<p>Est-ce que la prise en charge financière des moins de cinq ans (paludisme) a des spécificités différentes de la vaccination, du traitement de la tuberculose ou des soins et services de la santé maternelle ?</p> <p>(TS)</p>	Si oui, pourquoi et comment ?	
Q22	Quelles sont les principaux défis liés à l'élaboration et à la mise en œuvre d'une politique de prise en charge financière des enfants de moins 5ans et du paludisme ? (TS)	<p>Elaboration  Mise en œuvre</p>	
Q23	Est-ce que vous avez un message à communiquer au niveau opérationnel au sujet de la gratuité des soins des moins de 5 ans? (TS)		

No	Questions	Codes	Filtres
Q24	Selon vous qui doit prendre en charge les coûts relatifs à la gratuité des soins des moins de 5 ans et du paludisme ? (ST)	Les associations communautaires de base les ONG Les familles Les mutuelles Les ASACO Les services de santé Le personnel de santé Le secteur privé Les collectivités décentralisées Fonds de l'état Partenaires techniques et Financiers  <b>97.</b> Autres (préciser) <b>98.</b> Ne sait pas	
Q25	Pouvez –vous nous dire les avantages et les inconvénients de chaque méthode de prise en charge ? (ST) Les associations communautaires de base  Les mutuelles  Les ASACO  Les services de santé  Le personnel de santé  Le secteur privé  Les collectivités décentralisées  L'Etat central  Les partenaires techniques et financiers  <b>97.</b> Autres (préciser)  <b>98.</b> Ne sait pas		
Q26	Etant donné que les CTA sont disponibles et gratuits au Mali qu'elles sont les difficultés que vous avez perçues dans la mise en œuvre de cette gratuité ? (ST)	Résistance des professionnels de la santé Rejet des CTA par les bénéficiaires Non disponibilité des CTA Rupture de stock Péremption Sur stockage Non effectivité de la gratuité Mobilisation des ressources Coordination des donateurs <b>97.</b> Autres (préciser)	

No	Questions	Codes	Filtres
Q27	Comment assurer la synergie des interventions des différents partenaires pour assurer la réussite des activités dans la lutte contre le paludisme et la gratuité des soins des moins 5 ans ? (ST)		
Q28	Pouvez-vous décrire le système de partage des coûts (tarification) dans le système sanitaire ? (TS)	Oui Non	
Q29	Quelle est l'utilité du système de tarification et sa justification ? (TS)		
Q30	Y a-t-il des directives à suivre quant à la gestion des fonds dans le système sanitaire (inclus les montants, les marges, etc.) ? (STS)	Oui Non	
	a) Si oui est-ce que ces directives/normes sont suivies ?		
	b) Si non pourquoi ?		
Q31	<p>Quel serait l'impact sur le système si la prise en charge gratuite résultait par un manque à gagner ? (non remplacement des coûts du paludisme et ceux des autres infections des moins de cinq ans) (ST)</p> <p><i>(Enquêteurs : Avant de poser la prochaine question expliquer le principe de tiers payant « Mécanisme grâce auquel le malade est dispensé des frais de prise en charge. Concrètement cela signifie que si le malade est pris en charge à 100% il n'y aurait rien à régler chez les praticiens. Le praticien se fait rembourser ou est payé pour la prise en charge du malade par les systèmes de compensation mis en place »)</i></p>	<p>Réduction des ressources financières Non-paiement des salaires Arrêt des activités préventives Arrêt de la prise en charge des dépenses courantes Disfonctionnement des ASACO Perturbation du système de recouvrement des coûts</p> <p><b>97.</b> Autres (préciser)</p> <p><b>98.</b> Ne sait pas</p>	

No	Questions	Codes	Filtres
Q32	Quel sera l'impact de la gratuité sur la recherche et l'inversement dans le secteur de la santé ? (MRTC ?)		
Q33	Y a-t-il des soins et des services pour les enfants de moins de 5 ans qui ne sont pas payants ? (DAF – DNS- DND Social)	Oui Non 98. Ne sait pas	
Q35	Quel à été le processus au Mali pour l'élaboration de la politique de subvention pour les enfants de moins de cinq ans ?(ST)		
Q35	Comment est-ce que les frais/charges de ces soins et services sont couverts et par qui ? (DAF – DNS- DND Social)		
Q36	Comment au niveau des formations sanitaires ces soins et services non payants pour les enfants de moins de cinq ans sont-ils mis en œuvre ? (DNS- DND Social)		

## Conclusions et remerciements

**MINISTERE DE LA SANTE  
REPUBLIQUE DU MALI**

*Un peuple, un but , une foi*

**CELLULE DE PLANIFICATION  
ET STATISTIQUES**



**ETUDE SUR LA PRISE EN CHARGE DES MOINS DE  
CINQ ANS ET DES SOINS DU PALUDISME**

**OUTIL 2 : QUESTIONNAIRE INTEGRE POUR LA COLLECTE DES  
DONNEES SUR LES FORMATIONS SANITAIRES :**

## A. SECTION IDENTIFICATION

<p><b>A.1. N° de questionnaire</b>  <input type="text"/></p> <p><b>A.2. N° Enquêteur</b>  <input type="text"/></p> <p><b>A.3. N° Vérificateurs</b>  <input type="text"/></p> <p><b>A.4. N° Agent de Saisie</b>  <input type="text"/></p> <p><b>A.5. Date</b>  <input type="text" value="Jours / mois / 2010"/></p>	<p><b>A.6. Zone</b></p> <table border="1"> <tr> <td><b>Zone à forte prévalence Sikasso</b></td> <td><b>Zone à moyenne Prévalence Koulikoro</b></td> <td><b>Zone Epidémique Gao</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table> <p><b>A.7. Types de structures</b></p> <table border="1"> <tr> <td><b>EPH 3<sup>ème</sup> REF</b></td> <td><b>EPH 2<sup>ème</sup> REF</b></td> <td><b>CSREF</b></td> <td><b>CSCOM</b></td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </table> <p><b>A.8. Non de la localité</b>      <b>A.9. Population Couverte</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p><b>A.10. Personne enquêtée</b>          1. Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>          2. Nom          3. Fonction</p> <p><b>A.11. Zone d'implantation</b>          1. Urbaine <input type="checkbox"/>          2. Rurale <input type="checkbox"/></p>	<b>Zone à forte prévalence Sikasso</b>	<b>Zone à moyenne Prévalence Koulikoro</b>	<b>Zone Epidémique Gao</b>	1	2	3	<b>EPH 3<sup>ème</sup> REF</b>	<b>EPH 2<sup>ème</sup> REF</b>	<b>CSREF</b>	<b>CSCOM</b>	1	2	3	4	<input type="text"/>							
<b>Zone à forte prévalence Sikasso</b>	<b>Zone à moyenne Prévalence Koulikoro</b>	<b>Zone Epidémique Gao</b>																					
1	2	3																					
<b>EPH 3<sup>ème</sup> REF</b>	<b>EPH 2<sup>ème</sup> REF</b>	<b>CSREF</b>	<b>CSCOM</b>																				
1	2	3	4																				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																
<p><b>A.12. Résultats :</b></p>	<p>Rempli                  Partiellement Rempli                  Refusé                  Autre (spécifié) : _____</p>																						
<p><b>A.13</b> Nombre d'année (mois) de fonctionnement de la formation sanitaire/offre des prestations de service de santé</p>	<p>1. Années <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>2. Mois <input type="text"/> <input type="text"/></p>																						
<p><b>A.14 Début de l'enquête : Heure</b>                  Signature de l'enquêteur</p>	<p><b>15. Fin de l'enquête : heure</b></p>																						

## B. SECTION UTILISATION DES SERVICES, RESSOURCES COLLECTEES ET DEPENSES

**Objectifs :** Le but de cette section est de recueillir des données sur l'utilisation de la formation sanitaire, sur les ressources collectées sur les utilisateurs des services. Des données sur les dépenses, incluant ceux du personnel, et autres dépenses pour les deux dernières années.

**Source de données :** Entretien avec le major/responsable de la formation sanitaire, rapports SLIS (Système Local d'Information Sanitaire), financier, et registre

*Note : Il est possible que certaines informations sur les ressources et dépenses soient disponibles avec l'ASACO*

No.		
<b>B.1</b>	Nombre de Personnel (y compris les bénévoles et les stagiaires)	a) Plein temps <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b) Temps partiel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B.2</b>	Nombre de médecins/pharmaciens	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B.3</b>	Nombre d'assistants médicaux, Techniciens supérieurs de santé et techniciens de santé	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B.4</b>	Nombre total de lits d'hospitalisation/observation dans la formation sanitaire	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B.5</b>	Nombre total de lits d'hospitalisation/observation dans la formation sanitaire réservés aux enfants de zéro à cinq ans	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B.6</b>	Nombre total de malades hospitalisés /observés et durée moyenne de séjour au niveau de tous les services de la formation sanitaire (deux dernières années disponibles)	<b>2008</b> Nombre <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Durée moyenne de séjour <input type="text"/> <input type="text"/> <b>2009</b> Nombre <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Durée moyenne de séjour <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B.7</b>	Nombre total de cas ambulatoires (deux dernières années disponibles):	<b>Paludisme</b> <b>a) 2008</b> Nombre : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>b) 2009</b> Nombre : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  <b>Autres maladies</b> <b>a) 2008</b> Nombre : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <b>b) 2009</b> Nombre : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>B.8</b>	Nombre total d'admission 0-5 ans (deux dernières années disponibles):  <b>NB : Cette question est à appliquer uniquement aux hôpitaux et aux CSREF pour les CSCOM prendre le nombre de perfusion (palu grave et autres maladies des enfants)</b>	<b>1. Paludisme</b> <b>a)2008</b> Nombre <input type="text"/> <input type="text"/> Durée moyenne de séjour <input type="text"/> <input type="text"/> <b>2009</b> Nombre <input type="text"/> <input type="text"/> Durée moyenne de séjour <input type="text"/> <input type="text"/>  <b>2. Autres maladies</b> <b>a) 2008</b> Nombre <input type="text"/> <input type="text"/> Durée moyenne de séjour <input type="text"/> <input type="text"/> <b>b) 2009</b> Nombre <input type="text"/> <input type="text"/> Durée moyenne de séjour <input type="text"/> <input type="text"/>

**B.9 Collecte des données sur les soins et services pour les enfants de moins de cinq ans à travers les supports de données existants dans les structures de santé.**

CODES	SOINS ET SERVICES	NOMBRE DE CAS PAR MOIS EN 2009												Nombre TOTAL PAR AN
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
<b>I</b>	<b>PRESTATION DE SERVICES AUX ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS</b>													
101	Cas de prestation de service ambulatoire pour les enfants de moins de cinq ans													
102	Hospitalisation des enfants de moins de cinq ans													
103	Consultations													
104	TDR													
105	Imagerie													
106	Autres examens complémentaires (Préciser le nombre par type)													
<b>2</b>	<b>CAS DE PALUDISME</b>													
21	Paludisme : service ambulatoire													
211	Nombre de cas de paludisme des enfants de moins de cinq ans													
212	Pourcentage estimatif de cas de paludisme pour les enfants de moins de cinq ans													
22	Hospitalisation paludisme													
221	Admissions des enfants de moins de cinq ans													
222	Pourcentage estimatif des admissions pour les moins de cinq ans													

CODES	SOINS ET SERVICES	NOMBRE DE CAS PAR MOIS EN 2009												Nombre TOTAL PAR AN
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
<b>3</b>	<b>PALUDISME CONSULTATION</b>													
301	Consultations paludisme pour enfants de moins de 5 ans													
302	Pourcentage estimatif des consultations pour les enfants de moins de cinq ans (si donnée non disponible)													
<b>4</b>	<b>PALUDISME LABORATOIRE/ TDR</b>													
401	Nombre de tests pour les enfants de moins de cinq ans													
402	Pourcentage estimatif des tests antipaludiques effectués pour les enfants de moins de cinq ans													
<b>5</b>	<b>PALUDISME MEDICAMENTS</b>													
501	Nombre de traitement à base de CTA prescrits pour les moins les enfants de cinq ans ?													
502	Pourcentage estimatif des prescriptions pour les enfants moins de cinq ans													
503	Nombre de traitement à base de SP prescrits pour les enfants de moins de cinq ans													
504	Pourcentage estimatif des prescriptions pour les enfants de moins de cinq ans													
505	Nombre de traitement à base de Amodiaquine prescrits pour les enfants de moins de cinq ans													
506	Pourcentage estimatif des prescriptions pour les enfants de moins de cinq ans													
507	Nombre de traitement à base de Paracétamol prescrit pour les enfants de moins de cinq ans													

CODES	SOINS ET SERVICES	NOMBRE DE CAS PAR MOIS EN 2009												Nombre TOTAL PAR AN
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
508	Pourcentage % estimatif des prescriptions pour moins de cinq ans													
509	Nombre de traitement à base d'autres médicaments prescrits pour les enfants de moins de cinq ans													
510	Pourcentage % estimatif des prescriptions pour moins de cinq ans													
<b>6</b>	<b>MEDICAMENTS PALUDISME VENDU/DISTRIBUE</b>													
601	Nombre de traitement à base de CTA vendus/distribués au moins de cinq ans													
602	Pourcentage estimatif des CTA vendu/distribué aux moins de cinq ans													
603	Nombre de traitement à base de SP vendus/distribués au moins de cinq ans													
604	Pourcentage estimatif de SP vendu/distribué aux moins de cinq ans													
605	Nombre de traitement à base de amodiaquine vendus/distribués au moins de cinq ans													
606	Pourcentage estimatif d'amodiaquine vendu/distribué aux moins de cinq ans													
610	Nombre de traitement à base de paracétamol vendus/distribués au moins de cinq ans													
611	Pourcentage estimatif de paracétamol vendu/distribué aux moins de cinq ans													
612	Nombre de traitement à base d'autre médicaments vendus/distribués au moins de cinq ans													
613	Pourcentage estimatif des autres médicaments vendu/distribué aux moins de cinq ans													

Commentaires :

## B 10. Tarification des soins

CODES	SOINS DES MOINS DE CINQ ANS	Tarification initiale en FCFA (année..... )				Tarification actuelle en FCFA (année de mise à jour ...)			
		Première visite		Suivi		Première visite		Suivi	
		Adhérents	Non Adh	Adhérents	Non Adh	Adhérents	Non Adh	Adhérents	Non Adh
<b>I</b>	<b>SOINS DES MOINS DE CINQ ANS</b>								
101	Enregistrement (Carnet de consultation, ticket)								
102	Consultation								
103	Les examens complémentaires de laboratoire pour le diagnostic								
104	Les médicaments prescrits ? (compléter la liste en annexe)								
105	Journées hospitalisation								
106	Autres prises en charge (à préciser : _____)								
<b>2</b>	<b>SOINS PALUDISME DES MOINS DE CINQ ANS</b>								
201	Enregistrement (carnet de consultation, ticket)								
202	Consultation								
203	Les examens complémentaires de laboratoire pour le diagnostic (Tests/TDR)								
204	Imagerie								
205	Jours hospitalisation								
206	Autres prises en charge (à définir : _____)								
<b>3</b>	<b>CPN recentrée</b>								
301	Enregistrement (carnet de consultation, ticket)								
302	Consultation								

CODES	SOINS DES MOINS DE CINQ ANS	Tarification initiale en FCFA (année..... )		Tarification actuelle en FCFA (année de mise à jour ...)	
		Première visite	Suivi	Première visite	Suivi
303	Les examens complémentaires de laboratoire pour le diagnostic (Tests/TDR)				
304	Imagerie				
305	Jours hospitalisation				
306	Autres prises en charge (à définir : _____)				

Marqué "0" si pas de tarification

**B.11 Fonds (ressources) des soins/services des enfants de moins de cinq ans (paludisme) par mois, pour deux ans.**

CODES		Recettes /revenue/ressources total de la participation des usager par mois en FCFA												Total pour l'année
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
<b>1</b>	<b>SOINS POUR LES MOINS DE CINQ ANS 2008</b>													
101	Enregistrement (carnet de consultation, ticket adhésion)													
102	Consultation													
103	Les examens complémentaires de laboratoire pour le diagnostic													
104	Imagerie													
105	Jours hospitalisation													
106	Autres prises en charge (à préciser (_____))													
<b>2</b>	<b>SOINS POUR LES MOINS DE CINQ ANS 2009</b>													
201	Enregistrement (carnet de consultation, ticket, adhésion)													
202	Consultation													
203	Les examens complémentaires de laboratoire pour le diagnostic													
204	Imagerie													
205	Jours hospitalisation													
206	Autres prise en charge (spécifié : (_____))													
<b>3</b>	<b>SOINS PALUDISME 2008</b>													
301	Enregistrement (carnet de consultation, ticket, adhésion)													
302	Consultation													
303	Les examens complémentaires de laboratoire pour le diagnostic (Tests/TDR),													
304	Imagerie													
305	Jours hospitalisation													

CODES		Recettes /revenue/ressources total de la participation des usager par mois en FCFA												Total pour l'année
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
306	Autres prise en charge (à définir : _____)													
<b>4</b>	<b>4. SOINS PALUDISME 2009</b>													
401	Enregistrement (carnet de consultation, ticket, adhésion)													
402	Consultation													
403	Les examens complémentaires de laboratoire pour le diagnostic (Tests/TDR)													
404	Imagerie													
411	Jours hospitalisation													
412	Autres prise en charge (à définir : _____)													

*Marqué "0" si pas de tarification*

**B.12 Les enfants de moins de cinq ans (paludisme) : nombre de patients pris en charge gratuitement et ceux (refoules pour l'année 2009 :**

CODES		NOMBRE DE CAS PAR MOIS												TOTAL POUR L'ANNÉE
		J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	
<b>I</b>	<b>NOMBRE DE CAS PAR MOIS</b>													
11	Nombre total de patients pris en charge gratuitement													
12	Nombre total de patients de moins de 5 ans pris en charge gratuitement													
13	Nombre total de patients non pris en charge (pour des raisons financières)													
14	Nombre total de patients de moins de 5 ans non pris en charge (pour des raisons financières)													
<b>2</b>	<b>NOMBRE DE CAS PAR MOIS (PALUDISME)</b>													
21	Nombre total de patients paludiques pris en charge gratuitement (non-paiement)													
22	Nombre total de patients de moins de 5 ans paludique pris en charge gratuitement													
23	Nombre total de patients paludiques non pris en charge (pour des raisons financières)													
24	Nombre total de patients paludique de moins de 5 ans non pris en charge (pour des raisons financières)													

**Commentaires:**

### B.13 Recettes : Fonds, ressources et revenus

#### Sources des recettes (Fonds, ressources et revenus) et Dépenses des formations sanitaires

<b>CODES</b>	<b>RUBRIQUES</b>	<b>Total en FCFA en 2008</b>	<b>Total en FCFA en 2009</b>
<b>1</b>	<b>B.12 Sources des recettes : Fonds, ressources et revenus</b>		
101	Etat		
102	Recouvrement des coûts sur les prestations et services (Consultations et enregistrement		
103	Marge bénéficiaire sur la vente des médicaments – (voir annexe médicaments)		
104	Subventions programmes Spécifiques (verticales à préciser) _____		
105	Subvention ONG		
106	Subventions : collectivités décentralisées (Mairie etc.)		
107	Autres partenaires		
<b>108</b>	<b>Total pour la formation sanitaire</b>		
<b>2</b>	<b>B.13 Dépenses Formations Sanitaires</b>		
<b>21</b>	<b>Dépenses en Personnel</b>		
211	Salaires		
212	Charges sociales, avantages sociaux des employés (mariage, baptême, décès, % en cas achat de médicament ou consultation)		
213	Autres		
<b>210</b>	<b>Total</b>		
<b>22</b>	<b>Autres dépenses de Fonctionnement</b>		
221	Location		
222	Entretien bâtiment		
223	Eau/Gaz/Electricité		
224	Carburant et lubrifiant		
225	Fourniture de bureau		
226	Communication		
227	Autres		
<b>220</b>	<b>Total</b>		
<b>221</b>	<b>Dépenses totales de la Formation Sanitaire</b>		

## C. SECTION RECUEIL LES DONNEES DES QUALITATIVES SUR PAIEMENTS DES SOINS PAR LES USAGERS DANS FORMATIONS SANITAIRES

**Objectifs :** Le but de ce formulaire est de recueillir des informations sur les paiements des usagers dans la formation sanitaires, comment ces fonds sont utilisés ? L'impact des paiements et la perception de la qualité.

**Source de données :** Entretien avec le major/responsable de la formation sanitaire, rapports SNIS, financier, et registre

<b>C.1</b>	Répondez avec précision et détails les questions suivantes qui concernent les paiements pour les soins des enfants de moins de cinq ans
	Qui a fixé les tarifs pour les soins et services à la formation sanitaire (ASACO, cercle, région, national, autre) ?
	Si localement, expliquer la procédure ?
	A quelle fréquence les tarifications sont changées ?
	Quelle est la date du dernier changement/ajustement?
	e) Si les tarifs ont changés, est ce que vous pouvez nous donner l'historique des changements – citez la source de l'information ?
<b>C.2</b>	Répondez avec précision et détails les questions suivantes qui concernent les paiements pour les soins du paludisme
	a) Qui a fixé les tarifs pour les soins et services à la formation sanitaire (ASACO, cercle, région, autres) ?
	b) Si localement, expliquer la procédure ?
	c) A quelle fréquence les tarifications sont changées ?
	d) Quelle est la date du dernier changement/ajustement?

	e) Si les tarifs ont changés, est ce que vous pouvez nous donner l'historique des changements – citez la source de l'information ?
<b>C.3</b>	Décrire en détails à quel niveau / étapes les patients payent et pourquoi? <i>[Enquêteur, sondez les réponses pour vous assurer que vous avez bien tous les détails et tous les paiements potentiels. C.à.d. : est-ce que le paiement se fait avant la consultation, au laboratoire, à la pharmacie, etc. Assurez-vous que vous avez bien cerné tous les paiements potentiels</i>
<b>C.4</b>	Qui à la formation sanitaire ou ASACO est responsable des activités suivantes: Collecte des fonds Comptabilité et gestion des fonds Rapports financiers Suivi/supervision Allocation et utilisation des fonds pour la formation sanitaire et autres
<b>C.5</b>	Estimer les frais associés à la collecte des fonds (ressources humaines, registres, équipements et gestion financière, rapports, supervision/suivi et autres) et comment est-ce que cela a évolué ?
<b>C.6</b>	Qui gère les fonds collectés (formation sanitaire, conseil d'administration, ASACO, ECD (Equipe Cadre de District, autres)?

C.7	Est-ce que la formation sanitaire garde une partie des fonds ? Si oui, quel est le pourcentage retenu ?																																																		
C.8	Est ce qu'il y a un partage des fonds entre différents niveaux ou formation sanitaire. Si oui, décrire. [Enquêteur, utiliser 10,000 CFA et donner un exemple d'un partage typique].																																																		
C.9	<p>Comment est-ce que les fonds retenus (hors ventes des médicaments) sont utilisés au niveau de la formation sanitaire ? Est ce qu'ils sont utilisés pour les frais de fonctionnement ou d'investissement ?</p> <table border="1" data-bbox="336 909 1414 1294"> <thead> <tr> <th></th> <th>oui</th> <th>non</th> <th>Pourcentage</th> <th>commentaires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="5"><b>Dépenses de fonctionnement</b></td> </tr> <tr> <td>a) Achat des médicaments</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) Salaire du personnel</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) Dépenses courantes</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) Autres (à préciser)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5"><b>Dépenses d'investissement</b></td> </tr> <tr> <td>a) Construction /rénovation</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) Achat d'équipement</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) Autres (à préciser)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		oui	non	Pourcentage	commentaires	<b>Dépenses de fonctionnement</b>					a) Achat des médicaments					b) Salaire du personnel					c) Dépenses courantes					d) Autres (à préciser)					<b>Dépenses d'investissement</b>					a) Construction /rénovation					b) Achat d'équipement					c) Autres (à préciser)				
	oui	non	Pourcentage	commentaires																																															
<b>Dépenses de fonctionnement</b>																																																			
a) Achat des médicaments																																																			
b) Salaire du personnel																																																			
c) Dépenses courantes																																																			
d) Autres (à préciser)																																																			
<b>Dépenses d'investissement</b>																																																			
a) Construction /rénovation																																																			
b) Achat d'équipement																																																			
c) Autres (à préciser)																																																			
C.10	En quoi les fonds collectés ont un effet sur la qualité des soins et services dans la formation sanitaire et aire de santé? Donnez des exemples.																																																		
C.11	Quels effets les fonds collectés ont eu sur l'utilisation des services et le recours aux soins dans la formation sanitaire ? Donnez des exemples																																																		

<b>C.12</b>	<p>Si la <u>consultation</u> était gratuite pour les enfants de moins de cinq ans, et que le manque à gagner n'était pas comblé, quelles dépenses souffriraient de la baisse des revenus (salaires, entretiens, autres,) Si possible donnez un estimatif des coûts dans ces catégories.  <i>[Enquêteur : Sondez pour déterminer quelles catégories de dépenses aurait besoin d'un appui externe, et combien serait demander].</i></p>
<b>C.13</b>	<p>Pour la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de cinq, si la <u>consultation</u> était gratuite et que le manque à gagner n'était pas comblé, quelles dépenses souffriraient de la baisse des revenus (salaires, entretiens, autres,) Si possible donnez un estimatif des couts dans ces catégories.  <i>[Enquêteur : Sondez pour déterminer quelle catégorie de dépense aurait besoin d'un appui externe ou d'un appui interne ou les deux combinés].</i></p>
<b>C.14</b>	<p>Pour la prise en charge des enfants de moins de cinq ans, si les <u>tests</u> étaient gratuits et que le manque à gagner n'était pas comblé, quelles dépenses souffriraient de la baisse des revenus (salaires, entretiens, autres,) Si possible donnez un estimatif des coûts dans ces catégories.  <i>[Enquêteur : Sondez pour déterminer quelle catégorie de dépense aurait besoin d'un appui externe ou d'un appui interne ou les deux combinés].</i></p>
<b>C.15</b>	<p>Pour la prise en charge du paludisme, si les <u>tests</u> étaient gratuits et que le manque à gagner n'était pas comblé, quelles dépenses souffriraient de la baisse des revenus (salaires, entretiens, autres,) Si possible donnez un estimatif des coûts dans ces catégories.  <i>[Enquêteur : Sondez pour déterminer quelle catégorie de dépense aura besoin d'un appui externe ou d'un appui interne ou les deux combinés].</i></p>

<b>C.16</b>	<p>Pour la prise en charge des enfants de moins de cinq ans, si les <u>médicaments</u> étaient gratuits et que le manque à gagner n'était pas comblé, quelles dépenses souffriraient de la baisse des revenus (salaires, entretiens, réapprovisionnement, autres,) Si possible donnez un coût estimatif pour chaque catégorie).  <i>[Enquêteur : Sondez pour déterminer quelle catégorie de dépense aura besoin d'un appui externe ou d'un appui interne ou les deux combinés].</i></p>
<b>C.17</b>	<p>Pour la prise en charge du paludisme, si les <u>médicaments</u> étaient gratuits et que le manque à gagner n'était pas comblé, quelles dépenses souffriraient de la baisse des revenus (salaires, entretiens, réapprovisionnement, autres,) Si possible donnez un estimatif des coûts dans ces catégories.  <i>[Enquêteur : Sondez pour déterminer quelle catégorie de dépense aura besoin d'un appui externe ou d'un appui interne ou les deux combinés].</i></p>
<b>C.18</b>	<p>Est-ce que la gratuité des CTA a eu un impact sur la qualité de la prise en charge du paludisme?  Si oui, comment, donnez des exemples si possibles.</p>
<b>C.19</b>	<p>Est-ce que les CTA gratuits ont eu un effet sur la fréquentation de la formation sanitaire?  Si oui, comment, donnez des exemples si possibles ; si non expliquez.  Donnez un estimatif du gain ou perte en fréquentation résultant de cette politique.</p>

## D. SECTION SUR LES DIFFERENTES FORMES DE PRISE EN CHARGE DU PALUDISME

**Objectifs :** Le but de ce formulaire est de recueillir des informations sur les différentes prises en charge du paludisme qui sont offertes et la logique de ces différentes formes de prise en charge. Sont aussi incluses les questions sur l'incapacité de certains patients de payer pour les soins.

**Source de données :** Entretien avec le major/responsable de la formation sanitaire, docteur et personnel soignant

No	Questions	Codes	Filtres
D.1	Prestataires	Pédiatre .....1 Médecin ..... 2 Sage-femme.....3 Infirmier ..... 4 Autres (Spécifier).....	
D.2	Avez-vous fait retourner des patients qui ne possèdent pas de ticket ?	Oui.....1 Non.....2	Si non →D4
	a) Si oui sont –ils revenus avec le ticket	Oui.....1 Non.....2	
D.3	Combien de fois par semaine avez- vous retourné des patients qui ne possèdent pas de tickets (dernier mois)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
D.4	Est-ce que ce type d'information est noté par le personnel?	Oui.....1 Non.....2	
D.5	Pouvez-vous estimer le pourcentage de patient par mois à qui on a refusé traitement/service par manque de moyens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
D.6	Est-ce que vous avez déjà donné des soins gratuitement?	Oui.....1 Non.....2	Si non →D1
D.7.	Préciser les gratuités		
D.8	Combien de fois par semaine avez-vous donné des traitements gratuits ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
D.9	Est-ce que ce type d'information est noté par le personnel?	Oui.....1 Non.....2	

D.10	Pouvez-vous estimer le pourcentage de patients par semaine qui ont bénéficié de soins gratuits ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
D.11	Quelles sont les considérations qui influencent le choix des traitements pour le paludisme (réponses multiples possibles) [Enquêteur, ne pas lire les réponses possibles]	Efficacité du traitement.....1 Capacités financières du malade ....2 Marge bénéficiaire sur le choix ... 3 Disponibilité du médicament.....4 Pas de considération..... 5 Autres (Spécifier: _____)	
D.12	Si la réponse en haut n'est pas 5, classer les considérations ci-contre par ordre d'importance	Efficacité du traitement ... .. <input type="checkbox"/> Capacités financières du malade... <input type="checkbox"/> Marge sur le choix..... <input type="checkbox"/> Disponibilité du médicament..... <input type="checkbox"/> Autres (Spécifier : _____)	

Fin de l'entretien



## **ETUDE SUR LA PRISE EN CHARGE DES MOINS DE CINQ ANS ET DES SOINS DU PALUDISME**

### **OUTIL 3 : MEDICAMENTS**

Types de structures

<b>EPH 3<sup>ème</sup> REF</b>	<b>EPH 2<sup>ème</sup> REF</b>	<b>CSREF</b>	<b>CSCOM</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

**Non de la localité**

L'outil sert à connaître la part des médicaments pédiatriques dans l'amélioration de la qualité soins des formations sanitaires. Les sources de données qui alimentent cet outil sont : les bons de commande, les bons de réception, les fiches de stock, les cahiers de suivi des ventes dans certaines structures comme les CSCOM et les logiciels de suivi de vente dans les grandes structures. Les enquêteurs doivent utiliser les documents mis à jour.

Méthodes	Taches de l'enquêteur
<p><b>Méthode 1 :</b> Utilisation des bons de réception ou des bons de commande qui peuvent être mensuelle, trimestrielle ou semestrielle</p>	<p>Utiliser les bons de commande ou de réception de 2008, 2009 pour extraire les médicaments pédiatriques Faire le comptage des bons par année en séparant les bons de réception et bons de commande. Rassurez-vous que tous les bons sont présents. Compter le nombre de boites pour chaque type de médicament pour les années 2008, 2009 en utilisant la liste de médicaments. (Ajouter les médicaments n'existant pas sur la liste). Relever le prix de vente et d'achat pour chaque médicament Prendre en compte le stock initial pour chaque année .En considérant qu'il n'y a pas eu de perte :</p> <p><b>Calculons :</b></p> <p><b>a) Le prix d'achat :</b> Nombre de boites de chaque produit multiplié par le prix d'achat unitaire</p> <p><b>b) Le prix d'achat total :</b> La somme de tous les prix d'achat pour chaque produit</p> <p><b>c) Le prix de vente :</b> Nombre de boite de chaque produit multiplié par le prix de vente unitaire</p> <p><b>d) Le prix de vente total :</b> La somme de tous les prix de vente pour chaque produit</p> <p><b>e) La marge bénéficiaire pour chaque année : d-b</b></p>
<p><b>Méthode 2 :</b> Utilisation des cahiers de vente</p>	<p>Utiliser les cahiers de vente 2008 et 2009 Faire la vérification que les cahiers de vente sont tenus tous les mois pour chaque année. Compter le nombre de boites de médicaments pédiatriques de l'année 2008, 2009 en se référant à la liste de médicaments et en y ajoutant les médicaments manquants sur la liste. Calculons :</p> <p><b>a) Le prix de vente pour chaque produit :</b> Nombre de boites de chaque produit multiplié par le prix de vente unitaire de chaque produit</p> <p><b>b) Le prix de vente total :</b> La somme de tous les prix de vente pour chaque produit En considérant qu'il n'y a pas eu de perte calculons : En connaissant le nombre de boites de médicament par mois/trimestre /semestre et les prix unitaires d'achat</p> <p><b>c) Le prix d'achat pour chaque produit :</b> Nombre de boite de chaque produit multiplié par le prix d'achat unitaire pour chaque produit</p> <p><b>d) Le prix d'achat total :</b> La somme de tous les prix d'achat pour chaque produit</p> <p><b>e) La marge bénéficiaire pour chaque année :</b> Le prix de vente total moins le prix d'achat total</p>

Méthodes	Taches de l'enquêteur
<b>Méthode 3 : utilisation des moyennes</b>	Connaître le prix moyen d'une ordonnance pour les soins d'un enfant de moins de 5 ans pour les soins généraux : Pour connaître le prix moyen, voir le prescripteur et/ou le gestionnaire du dépôt. Faire une estimation du coût moyen en utilisant les ordonnances prescrites du jour : faire la somme de toutes les ordonnances et diviser par le nombre de patients Et compter le nombre de patients ayant reçu cette prescription Connaître le prix moyen d'une ordonnance pour les soins d'un enfant de moins de 5 ans pour les soins du paludisme Et compter le nombre de patients ayant reçu cette prescription

:

Nous tiendrons compte seulement des médicaments pédiatriques achetés ou vendus par les dépôts pharmaceutiques.

On cherchera à déterminer si la formation sanitaire reçoit des fonds venant de la vente des médicaments (utilisation du formulaire 2, question 12). On cherchera surtout à ressortir la part qui revient aux médicaments pédiatriques.

Si l'argent provenant de la vente des médicaments est investi nous rechercherons à savoir les dépenses soutenues par ces fonds dans la formation sanitaire.

(Remplir le tableau ci-dessous)

Utilisation des ressources de la vente du médicament				
	oui	non	Pourcentage	commentaires
<b>Dépenses de fonctionnement dépôt ou pharmacie</b>				
a) Achat des médicaments (renouvellement du stock)				
b) Salaire du personnel				
c) Dépenses courantes				
d) Autres (à préciser)				
<b>Dépenses d'investissement</b>				
a) Construction /rénovation				
b) Achat d'équipement				
c) Autres (à préciser)				
<b>Dépenses de fonctionnement Formation Sanitaire</b>				
a) Achat d'intrants				
b) Salaire du personnel				
c) Dépenses courantes				
d) Autres (à préciser)				
<b>Dépenses d'investissement</b>				
a) Construction /rénovation				
b) Achat d'équipement				
c) Autres (à préciser)				
<b>Autres Dépenses (hors circuit médicament et formation sanitaire)</b>				

**Tableau d'inventaire des médicaments pour 2008**

<b>CODES</b>	<b>Liste des médicaments</b>	<b>Nombre de boîtes entrées (a)</b>	<b>Prix d'achat unitaire (b)</b>	<b>Prix d'achat total (c)</b>	<b>Nombre de boîtes vendues /sorties (d)</b>	<b>Prix unitaire de vente (e)</b>	<b>Prix de vente total (f)</b>	<b>Bénéfices (g) = ( f) – (c)</b>
<b>I</b>	<b>Antipaludiques</b>							
101	Amodiaquine solution buvable							
102	Chloroquine sirop 125							
103	Artésunate + Amodiaquine buvable							
104	Artésunate + Amodiaquine comprimé							
105	Quinine comprimé							
106	Quinine injectable							
107	Sulfadoxine + pyriméthamine 500 + 25							
108	Autre CTA ou pharmacopée							
<b>2</b>	<b>Antibiotiques</b>							
201	Amoxicilline sirop (125 /250mg)							
202	Cotrimoxazole sirop							
203	Metronidazole sirop							
204	Ciprofloxacine comprimé 250 mg							
205	Ciprofloxacine injectable							
206	Ampicilline 1g injectable/Amoxicilline							
207	Chloramphénicol sirop							
<b>3</b>	<b>Autres</b>							
301	Paracétamol sirop							
302	Ibuprofène comprimé							
303	Ibuprofène sirop							
304	Fluconazole sirop 200mg							
305	Sel de réhydratation oral							
306	Solution saline injectable							
307	Glucose 5% injectable							
308	Fer + Acide folique poudre							
309	Zinc							

## LISTE DES MEDICAMENTS PEDIATRIQUES SORTIS EN 2008

CODES	Liste des médicaments	Nombre de Médicaments sortis par mois												Nombre total de boîtes
		J	F	M	A	M	J	J	O	S	O	N	D	
<b>I</b>	<b>Antipaludiques</b>													
101	Amodiaquine solution buvable													
102	Artésunate + Amodiaquine buvable													
103	Artésunate + Amodiaquine comprimé													
104	Quinine comprimé													
105	Quinine injectable													
106	Sulfadoxine + pyriméthamine 500 + 25													
107	Autre CTA ou pharmacopée													
<b>2</b>	<b>Antibiotiques</b>													
201	Amoxicilline sirop (125 /250mg)													
202	Cotrimoxazole sirop													
203	Metronidazole sirop													
204	Ciprofloxacine comprimé 250 mg													
205	Ciprofloxacine injectable													
206	Ampicilline Ig injectable/Amoxicilline													
207	Chloramphénicol sirop													
<b>3</b>	<b>Autres</b>													
301	Paracétamol sirop													
302	Ibuprofène comprimé													
303	Ibuprofène sirop													
304	Fluconazole sirop 200mg													
305	Sel de réhydratation oral													
306	Solution saline injectable													
307	Glucose 5% injectable													
308	Fer + Acide folique poudre													
309	Zinc													

**Tableau des recettes et évolution des prix des médicaments 2008**

	Liste des médicaments	Recettes des médicaments par mois pour 2008												Nombre de boîte	Prix unitaire	Tarification initiale en FCFA (année..... )		Tarification actuelle en FCFA (année de mise à jour ...)	
		J	F	M	A	M	J	J	O	S	O	N	D			Première visite	Suivi	Première visite	Suivi
<b>1</b>	<b>Antipaludiques</b>																		
101	Amodiaquine solution buvable																		
102	Artésunate + Amodiaquine buvable																		
103	Artésunate + Amodiaquine comprimé																		
104	Quinine comprimé																		
105	Quinine injectable																		
106	Sulfadoxine + pyriméthamine 500 + 25																		
107	Autre CTA ou pharmacopée																		
<b>2</b>	<b>Antibiotiques</b>																		
201	Amoxicilline sirop (125 /250mg)																		
202	Cotrimoxazole sirop																		
203	Metronidazole sirop																		
204	Ciprofloxacine comprimé 250 mg																		
205	Ciprofloxacine injectable																		

	Liste des médicaments	Recettes des médicaments par mois pour 2008												Nombre de boîte	Prix unitaire	Tarification initiale en FCFA (année..... )		Tarification actuelle en FCFA (année de mise à jour ...)	
		J	F	M	A	M	J	J	O	S	O	N	D			Première visite	Suivi	Première visite	Suivi
206	Ampicilline 1g injectable/Amoxicilline																		
207	Chloramphénicol sirop																		
<b>3</b>	<b>Autres</b>																		
301	Paracétamol sirop																		
302	Ibuprofène comprimé																		
303	Ibuprofène sirop																		
304	Fluconazole sirop 200mg																		
305	Sel de réhydratation oral																		
306	Solution saline injectable																		
307	Glucose 5% injectable																		
308	Fer + Acide folique poudre																		
309	Zinc																		
310	Produits ophtalmiques																		
311	MILD																		
312	Farine alimentaire																		
313	Laits thérapeutiques																		

Liste des médicaments	Recettes des médicaments par mois pour 2008												Nombre de boîte	Prix unitaire	Tarification initiale en FCFA (année..... )		Tarification actuelle en FCFA (année de mise à jour ...)	
	J	F	M	A	M	J	J	O	S	O	N	D			Première visite	Suivi	Première visite	Suivi

**Tableau d'inventaire des médicaments pour 2009**

<b>CODES</b>	<b>Liste des médicaments</b>	<b>Nombre de boîtes entrées (a)</b>	<b>Prix d'achat unitaire (b)</b>	<b>Prix d'achat total (c)</b>	<b>Nombre de boîtes vendues /sorties (d)</b>	<b>Prix unitaire de vente (e)</b>	<b>Prix de vente total (f)</b>	<b>Bénéfices (g) = ( f ) - (c)</b>
<b>1</b>	<b>Antipaludiques</b>							
101	Amodiaquine solution buvable							
102	Artésunate + Amodiaquine buvable							
103	Artésunate + Amodiaquine comprimé							
104	Quinine comprimé							
105	Quinine injectable							
106	Sulfadoxine + pyriméthamine 500 + 25							
107	Autre CTA ou pharmacopée							
<b>2</b>	<b>Antibiotiques</b>							
201	Amoxicilline sirop (125 /250mg)							
202	Cotrimoxazole sirop							
203	Metronidazole sirop							
204	Ciprofloxacine comprimé 250 mg							
205	Ciprofloxacine injectable							
206	Ampicilline 1g injectable/Amoxicilline							
207	Chloramphénicol sirop							
<b>3</b>	<b>Autres</b>							
301	Paracétamol sirop							
302	Ibuprofène comprimé							
303	Ibuprofène sirop							
304	Fluconazole sirop 200mg							
305	Sel de réhydratation oral							
306	Solution saline injectable							
307	Glucose 5% injectable							
308	Fer + Acide folique poudre							
309	Zinc							

<b>CODES</b>	<b>Liste des médicaments</b>	<b>Nombre de boîtes entrées (a)</b>	<b>Prix d'achat unitaire (b)</b>	<b>Prix d'achat total (c)</b>	<b>Nombre de boîtes vendues /sorties (d)</b>	<b>Prix unitaire de vente (e)</b>	<b>Prix de vente total (f)</b>	<b>Bénéfices  (g) = ( f ) - (c)</b>

## LISTE DES MEDICAMENTS PEDIATRIQUES SORTIS EN 2009

CODES	Liste des médicaments	Nombre de Médicaments sortis par mois												Nombre total de boîtes
		J	F	M	A	M	J	J	O	S	O	N	D	
<b>I</b>	<b>Antipaludiques</b>													
101	Amodiaquine solution buvable													
103	Artésunate + Amodiaquine buvable													
104	Artésunate + Amodiaquine comprimé													
105	Quinine comprimé													
106	Quinine injectable													
107	Sulfadoxine + pyriméthamine 500 + 25													
108	Autre CTA ou pharmacopée													
<b>2</b>	<b>Antibiotiques</b>													
201	Amoxicilline sirop (125 /250mg)													
202	Cotrimoxazole sirop													
203	Metronidazole sirop													
204	Ciprofloxacine comprimé 250 mg													
205	Ciprofloxacine injectable													
206	Ampicilline 1g injectable/Amoxicilline													
207	Chloramphénicol sirop													
<b>3</b>	<b>Autres</b>													
301	Paracétamol sirop													
302	Ibuprofène comprimé													
303	Ibuprofène sirop													
304	Fluconazole sirop 200mg													
305	Sel de réhydratation oral													
306	Solution saline injectable													
307	Glucose 5% injectable													
308	Fer + Acide folique poudre													
309	Zinc													

CODES	Liste des médicaments	Nombre de Médicaments sortis par mois												Nombre total de boites
		J	F	M	A	M	J	J	O	S	O	N	D	

**Tableau des recettes et évolution des prix des médicaments 2009**

	Liste des médicaments	Recettes des médicaments par mois pour 2008												Nombre de boîte	Prix unitaire	Tarification initiale en FCFA (année..... )		Tarification actuelle en FCFA (année de mise à jour ...)	
		J	F	M	A	M	J	J	O	S	O	N	D			Première visite	Suivi	Première visite	Suivi
<b>I</b>	<b>Antipaludiques</b>																		
101	Amodiaquine solution buvable																		
102	Artésunate + Amodiaquine buvable																		
103	Artésunate + Amodiaquine comprimé																		
104	Quinine comprimé																		
105	Quinine injectable																		
106	Sulfadoxine + pyriméthamine 500 + 25																		
107	Autre CTA ou pharmacopée																		
<b>2</b>	<b>Antibiotiques</b>																		
201	Amoxicilline sirop (125 /250mg)																		
202	Cotrimoxazole sirop																		
203	Metronidazole sirop																		
204	Ciprofloxacine comprimé 250 mg																		
205	Ciprofloxacine injectable																		
206	Ampicilline 1g injectable/Amoxicilline																		
207	Chloramphénicol sirop																		



**MINISTERE DE LA SANTE  
REPUBLIQUE DU MALI**

*peuple, un but, une foi*

**CELLULE DE PLANIFICATION  
ET STATISTIQUES**



**ETUDE SUR LA PRISE EN CHARGE DES MOINS DE  
CINQ ANS ET DES SOINS DU PALUDISME**

**OUTIL 4 : QUESTIONNAIRE D'ENTRETIEN INDIVIDUEL DE  
SORTIE POUR LES PATIENTS AMBULATOIRES**

**Objectifs :** Le but de ce questionnaire est de recueillir des informations des patients ambulatoires qui ont bénéficié des soins du paludisme (ou des soins pour les moins de cinq ans) sur les soins reçus, les différents soins, les coûts associés, la qualité des soins/services. Questions qui indiquent le statut socio-économique des répondants sont incluses dans ce questionnaire.

**Source de données :** Entretien approfondi avec des clients à la sortie des formations sanitaires / (points de ventes ?)

## A. IDENTIFICATION

4.1. N° de questionnaire

A.2. N° Enquêteur

A.3. N° Vérificateurs

A.4. N° Agent de Saisie

A.5. Date

A.6. Zone

Zone à forte prévalence Sikasso	Zone à moyenne Prévalence Koulikoro	Zone Epidémique Gao
1	2	3

A.7. Types de structures

EPH 3 <sup>ème</sup> REF	EPH 2 <sup>ème</sup> REF	CSREF	CSCOM
1	2	3	4

A.8. Non de la localité      A.9. Population Couverte

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

A.9. Personne enquêtée

1. Homme  Femme

2. Nom

3. Fonction

A.10. Zone d'implantation

1. Urbaine

2. Rurale


A.11. Résultats :

Rempli  
Partiellement Rempli  
Refusé  
Autre (spécifié) : \_\_\_\_\_

A.12 Nombre d'année (mois) de fonctionnement de la formation sanitaire/offre des prestations de service de santé

1. Années

2. Mois

A.13 Début de l'enquête : Heure

Fin de l'enquête : heure

Signature de l'enquêteur

## B. Questions

4.1	Est-ce que votre visite aujourd'hui était pour des soins d'un enfant de moins de cinq ans ?	Oui.....1 Non.....2	Si oui→ 4.3
4.2	Si non, avez-vous pendant la dernière semaine/mois visité cet établissement pour les soins d'un enfant de moins de cinq ans ?	Oui.....1 Non.....2	Si oui→ 4.5
4.3	Est-ce que votre visite aujourd'hui était pour le traitement du paludisme ?	Oui.....1 Non.....2	Si oui→ 4.5
4.4	Si non, avez-vous pendant la dernière semaine/mois visité cet établissement pour des soins du paludisme ?	Oui.....1 Non.....2	Si oui→ 4.5

**ENQUETEUR :**

Si les réponses en 4.1 et 4.2 sont « non », remercier le répondant et conclure l'entretien.

<b>INFORMATION SUR LE PATIENT (E) ET LE MALADE</b>		
<b>4.5</b>	<b>ENQUETEUR : Notez le sexe du répondant.</b>	Masculin.....1 Féminin.....2
<b>4.6</b>	<b>Vous avez quel âge?</b> <i>INSISTEZ</i> : quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? <i>ENQUETEUR</i> : Notez l'âge en années	Age en années <input type="text"/> <input type="text"/> NSP .....
<b>4.7</b>	<b>Statut matrimonial</b>	Célibataire.....1 Marié.....2 Divorcé.....3 Veuve/veuf.....4 NSP.....99
<b>4.8</b>	<b>Nombre d'enfants vivant dans le ménage</b>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>4.9</b>	Dans votre ménage, quel est le <u>principal</u> revêtement du sol?	<u>Matériau naturel</u> Terre/sable .....1 Bouse.....2 <u>matériau moderne</u> parquet ou bois poli .....1 vinyle ou lino/asphalte.....2 carreaux.....3 ciment.....4 moquette.....5 autre (préciser) _____
<b>4.10</b>	Dans votre ménage, y-a-t-il quelqu'un qui possède une bicyclette ?	Oui .....1 Non.....2
<b>4.11</b>	Dans votre ménage, y-a-t-il quelqu'un qui possède un téléviseur ?	Oui.....1 Non.....2
<b>4.12</b>	Dans votre ménage, quel genre de combustible utilisez-vous <u>principalement</u> pour la cuisine ?	Electricité.....1 Gaz bouteille .....2 Charbon de bois .....3 Bois à bruler, paille .....4 Bouse.....5 Autre (préciser) _____

4.13	D'où provient <u>principalement</u> l'eau que boivent les membres de votre ménage ?  (ENCERCLER UNE REPONSE)	Eau du robinet dans logement .....1 eau du robinet dans cour/concession .....2 Eau du robinet public... .....3 Puits ouvert (non protégé) .....4 Puits couvert ou forage (protégé) .....5 Eau de surface (source, fleuve/rivière, marre/lac, barrage) .....6 Eau de pluie .....7 Eau minérale.....8 autre (préciser) _____																
<b>INFORMATION SUR LES SOINS DE SANTE</b>																		
4.14	Qui a reçu aujourd'hui ou la visite précédente des soins pour le paludisme?	Vous-même.....1 Votre enfant (s).....2 Vous et vos enfants.....3																
4.15	Nombre d'enfant ayant reçu des soins,	<input type="text"/>																
4.16	Combien d'enfants ayant reçu des soins pour le paludisme ont moins de cinq ans?	<input type="text"/>																
4.17	Pour chaque patient qui a reçu des soins pour le paludisme, indiquez si c'est la première visite ou une visite de suivi	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Première visite</td> <td>Suivi</td> </tr> <tr> <td>Vous-même</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Enfant #1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Enfant #2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Enfant # 3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		Première visite	Suivi	Vous-même	1	2	Enfant #1	1	2	Enfant #2	1	2	Enfant # 3	1	2	
	Première visite	Suivi																
Vous-même	1	2																
Enfant #1	1	2																
Enfant #2	1	2																
Enfant # 3	1	2																
4.18	Si visite de suivi, indiquez le nombre de fois que vous visitez cet établissement pour des soins de paludisme	<table border="0"> <tr> <td>Vous-même...</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Enfant #1 .....</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Enfant #2 .....</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Enfant # 3 .....</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	Vous-même...	<input type="text"/>	Enfant #1 .....	<input type="text"/>	Enfant #2 .....	<input type="text"/>	Enfant # 3 .....	<input type="text"/>								
Vous-même...	<input type="text"/>																	
Enfant #1 .....	<input type="text"/>																	
Enfant #2 .....	<input type="text"/>																	
Enfant # 3 .....	<input type="text"/>																	
4.19	Pour chaque patient, indiquez si vous avez <u>consulté</u> pendant cette visite ou la précédente	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Vous-même</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Enfant #1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Enfant #2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Enfant # 3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		Oui	Non	Vous-même	1	2	Enfant #1	1	2	Enfant #2	1	2	Enfant # 3	1	2	
	Oui	Non																
Vous-même	1	2																
Enfant #1	1	2																
Enfant #2	1	2																
Enfant # 3	1	2																
4.20	Pour chaque patient, indiquez si vous avez fait un <u>test</u> de diagnostic du paludisme pendant cette visite ou la précédente	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Vous-même</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Enfant #1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Enfant #2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Enfant # 3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		Oui	Non	Vous-même	1	2	Enfant #1	1	2	Enfant #2	1	2	Enfant # 3	1	2	
	Oui	Non																
Vous-même	1	2																
Enfant #1	1	2																
Enfant #2	1	2																
Enfant # 3	1	2																
4.21	Pour chaque patient, indiquez si vous avez reçu une <u>prescription</u> pendant cette visite ou la précédente	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Vous-même</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Enfant #1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Enfant #2</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Enfant # 3</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		Oui	Non	Vous-même	1	2	Enfant #1	1	2	Enfant #2	1	2	Enfant # 3	1	2	
	Oui	Non																
Vous-même	1	2																
Enfant #1	1	2																
Enfant #2	1	2																
Enfant # 3	1	2																

<p><b>4.22</b></p>	<p>Pour chaque patient qui a reçu des soins, indiquez quel médicament a été prescrit pendant cette visite ou la précédente</p>	<p><u><b>Vous-même</b></u>  CTA.....01  SP.....02  Chloroquine .....03  Amodia quine.....04  Paracétamol.....05  Autres.....06  .....  NSP.....07  Pas de réponse (PDR) .....099</p> <p><u><b>Enfant #1</b></u>  CTA.....01  SP.....02  Chloroquine .....03  Amodia quine.....04  Paracétamol.....05  Autre.....06  .....  NSP.....07  PdR.....099</p> <p><u><b>Enfant #2</b></u>  CTA.....01  SP.....02  Chloroquine .....03  Amodia quine.....04  Paracétamol.....05  Autre.....06  .....  NSP.....07  PdR.....099</p> <p><u><b>Enfant #3</b></u>  CTA.....01  SP.....02  Chloroquine .....03  Amodia quine.....04  Paracétamol.....05  Autre.....06  NSP.....07  PdR.....099</p>	
<p><b>4.23</b></p>	<p>Est-ce que vous avez reçu des médicaments pour le paludisme à la formation sanitaire?</p>	<p><b>a) Gratuitement</b>  Oui.....1  Non.....2</p> <p><b>b) Acheter</b>  Oui.....1  Non.....2</p>	

4.24	Si oui, combien de médicaments ont été reçus ou achetés parmi ceux prescrits ?	<b>Reçu gratuitement</b> Tout.....1 Une partie.....2 Aucun.....3 NSP.....8  <b>Achetés</b> Tout.....1 Une partie.....2 Aucun.....3 NSP.....8	
4.25	Si la réponse à 4.22 était 2(SP) ou 3 (chloroquine) quelle est la raison principale ?	Pas d'autres médicaments disponibles.....1 Pas de moyen d'acheter d'autres médicaments.....2 Refus d'acheter les médicaments prescrits.....3 Ne connaît pas le médicament.....4 Ne sais pas.....5 Autres.....6 (spécifié : _____)	
4.26	Pourquoi n'avez-vous pas reçu/acheté les médicaments à la formation sanitaire?	Pas de pharmacie/dépôt.....1 Pas de médicaments disponibles.....2 Pas de moyen d'acheter .....3 Pas de temps/achetez plus tard.....4 Refus d'acheter médicaments prescrit .....5 Autres.....6 (spécifié : _____)	
4.27	Allez-vous acheter les médicaments pour le paludisme autre part ?	Oui.....1 Non.....2	
4.28	Où compter vous achetez les médicaments ?	Autre dépôt.....1 Pharmacie.....2 Boutique .....3 Vendeur/marché.....4 Autres.....5 (à préciser : _____)	
4.29	Donnez la raison pour laquelle vous avez refusé d'acheter les médicaments		
<b>QUALITÉ DES SOINS A LA FORMATION SANITAIRE</b>			
4.30	Vous avez attendu combien de temps avant de voir le personnel soignant (docteur/infirmier/etc.)?	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Heures Minutes	
4.31	Combien de temps a duré la consultation?	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/> Heures Minutes	
4.32	Êtes-vous satisfait pleinement des soins et services reçus?	Oui.....1 Non..... 2	

<b>4.33</b>	Si la réponse est non, pourquoi ?				
<b>Pour chacune des questions qui suivent est ce que vous avez été satisfait ou non ?</b>					
		<b>Satisfaisant - 1</b>	<b>Pas Satisfaisant - 2</b>	<b>NSP/Pas de réponse - 3</b>	
<b>4.34</b>	Le temps d'attente pour être vu ?				
<b>4.35</b>	Le temps que le personnel met pour les soins est-il ?				
<b>4.36</b>	Le temps d'attente des résultats des tests est-il ?				
<b>4.37</b>	Les possibilités de discuter de votre santé avec le personnel soignant sont-elles ?				
<b>4.38</b>	Les explications que vous avez reçues sur le traitement sont-elles ?				
<b>4.39</b>	La qualité de la prestation est-elle ?				
<b>4.40</b>	La disponibilité des médicaments est-elle ?				
<b>4.41</b>	La propreté des locaux est-elle ?				
<b>4.42</b>	L'accueil par le personnel soignant est-il ?				
<b>4.43</b>	Le coût des soins/services est-il ?				
<b>4.44</b>	Avez-vous d'autres observations sur les soins/services (préciser) : _____				

<b>INFORMATION SUR LES DEPENSES</b>			
<b>4.45</b>	Avant la visite, est ce que vous saviez qu'il fallait payer pour les soins du paludisme ?	Oui.....1 Non.....2	<b>Si 2 → 4.48</b>
<b>4.46</b>	Est ce qu'il y a eu une différence de prix entre ce que vous connaissez et ce qui a été demandé?	Oui.....1 En partie .....2 Non.....3	
<b>4.47</b>	Qu'est ce qui était différent?	Frais de consultation.....1 Frais de laboratoire/test.....2 Coût de CTA .....3 Coût du SP .....4 Coût de la Chloroquine .....5 Coût de l'Amodiaquine .....6 Coût du Paracétamol .....7 Autres (préciser).....8	
<b>4.48</b>	Est-ce que vous avez payé tous les frais aujourd'hui : Les soins ? Les médicaments ??	<b>Soins</b> Tout payer.....1 Partiellement.....2 Pas payé .....3  <b>Médicaments</b> Tout payer.....1 Partiellement.....2 Pas payé .....3	
<b>4.49</b>	Si paiement partiel, pourquoi	Pas de moyens.....1 Peut payer mais pas assez d'argent sur moi .....2 Mutuelles.....3 Autres .....4 (spécifié : _____)	
<b>4.50</b>	Si non paiement pourquoi ?	Pas de moyen.....1 Payer plus tard.....2 Soins gratuits.....3 Médicaments gratuits.....4 Test gratuit .....5 Enfant de moins de cinq ans.....6 Exemption/Indigents.....7 Famille/proches du personnel.....8 Autres (Spécifié) .....97	
<b>Indiquez quel montant vous avez payé pour les prestations et les médicaments</b>			
<b>4.51</b>	Consultation	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (en FCFA)  NSP - 99	

4.52	Les examens complémentaires de laboratoire – test/TDR/imagerie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (en FCFA) NSP - 99	
4.53	CTA	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (en FCFA) NSP - 99	
4.54	SP	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (en FCFA) NSP - 999	
4.55	Chloroquine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (en FCFA) NSP - 99	
4.56	Amodiaquine	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (en FCFA) NSP - 99	
4.57	Paracétamol	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (en FCFA) NSP - 99	
4.58	Pharmacopée (tisane, spiruline)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (en FCFA) NSP - 99	
4.59	Quel était le coût du transport de chez vous à la formation sanitaire?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (en FCFA) NSP - 99	
4.60	Est-ce que vous avez trouvé le paiement trop cher, si oui le quel? (Réponses multiples possible).	<b>Pas trop cher</b> Consultation.....1 Diagnostics.....2 Médicaments.....3 Autres <b>Trop cher</b> Consultation.....1 Diagnostics.....2 Médicaments.....3 Autres (Spécifier : _____).....4 NSP .....99	
4.61	D'où vient l'argent que vous avez utilisé aujourd'hui?	Salaires/argent propre.....1 Argent de l'époux(se).....2 Argent d'un parent.....3 Emprunt.....4 Vente d'un bien (mouton, chèvre, etc.).....5 Autres .....6 (spécifier : _____)	

4.62	Quelles possibilités de paiement, vous ont été offertes, (Plusieurs choix possibles)	Païement partiel..... 1 Payer plus tard..... 2 Aucun..... 3 NSP/Pas de réponse.....4 Autres ..... 5 (Spécifier : _____)	
4.63	Qu'est-ce que vous avez choisi?	Païement partiel..... 1 Payer plus tard..... 2 Aucun.....3 NSP/Pas de réponse.....4 Autres ..... 5 (Spécifier : _____)	







