

# L'Initiative pour l'équité au Mali (IPE)



Rapport d'étude sur  
la demande,  
l'offre, et la qualité  
des soins de santé  
de base dans la  
commune  
de Sikasso et le  
cercle de Bla

*Décembre 2000*

---

Allison Gamble Kelley  
Edward Kelley  
Cheick H. T. Simpara  
Ousmane Sidibé  
Marty Makinen



Abt Associates Inc.



République du Mali



---

## L'Initiative pour l'équité au Mali (IPE)

### Rapport d'étude sur la demande, l'offre et la qualité des soins de base dans la commune de Sikasso et le cercle de Bla

*Février 2001*

**Allison Gamble Kelley**  
**Edward Kelley**  
**Cheick H.T. Simpara**  
**Ousmane Sidibé**  
**Marty Makinen**

---

# Table des matières

<b>1. REMERCIEMENTS .....</b>	<b>5</b>
<b>2. SOMMAIRE.....</b>	<b>7</b>
2.1 CONTEXTE, OBJECTIFS ET MÉTHODOLOGIE.....	7
2.2 PRINCIPALES CONSTATATIONS .....	8
2.2.1 <i>Caractéristiques des ménages</i> .....	8
2.2.2 <i>Besoin de services de santé</i> .....	9
2.2.3 <i>Utilisation des soins pour la fièvre</i> .....	9
2.2.4 <i>Utilisation des services liés à l'accouchement</i> .....	10
2.2.5 <i>Planification familiale et utilisation des services pour les MST</i> .....	10
2.2.6 <i>Prix payés</i> .....	11
2.2.7 <i>Satisfaction de la clientèle</i> .....	11
2.2.8 <i>Caractéristiques des prestataires</i> .....	12
2.2.9 <i>Qualité structurelle et disponibilité des médicaments</i> .....	12
2.2.10 <i>Qualité des soins</i> .....	13
2.2.11 <i>Fixation des tarifs et présence des mécanismes de solidarité</i> .....	13
<b>3. INTRODUCTION.....</b>	<b>14</b>
3.1 CONTEXTE.....	14
3.2 PARTENAIRES .....	16
3.3 OBJECTIFS .....	16
3.4 THÈMES ACTUELS DE LA LITTÉRATURE SUR L'ÉQUITÉ .....	16
3.5 PRINCIPALES QUESTIONS DE L'INITIATIVE .....	17
<b>4. MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>18</b>
4.1 ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉNAGES .....	18
4.1.1 <i>Sélection des sites</i> .....	18
4.1.2 <i>Indicateurs</i> .....	19
4.1.3 <i>Echantillon</i> .....	19
4.1.4 <i>Comparaisons</i> .....	20
4.1.5 <i>Données recueillies</i> .....	20
4.1.5.1 <i>Caractéristiques recueillies sur les ménages</i> .....	20
4.1.5.2 <i>Calculs des statuts socio-économiques</i> .....	21
4.1.5.3 <i>Informations sur l'utilisation et la satisfaction</i> .....	21
4.2 ENQUÊTE AUPRÈS DES PRESTATAIRES .....	22
4.2.1 <i>Echantillon – méthodologie et taille</i> .....	22
4.2.2 <i>Données recueillies</i> .....	23
<b>5. CONSTATATIONS.....</b>	<b>25</b>
5.1 LES CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES .....	25
5.1.1 <i>Distribution de la population par âge et sexe</i> .....	25
5.1.2 <i>Présence de handicaps</i> .....	26
5.1.3 <i>Niveaux d'instruction</i> .....	26
5.1.4 <i>Situation socio-économique</i> .....	29
5.1.5 <i>Dépenses des ménages</i> .....	31
5.1.6 <i>Dépenses de santé</i> .....	31
5.2 BESOIN DE SERVICES DE SANTÉ .....	33
5.2.1 <i>Fièvre</i> .....	33
5.2.2 <i>Services d'accouchements / grossesse</i> .....	33
5.2.3 <i>Maladies sexuellement transmissibles</i> .....	34
5.3 UTILISATION DES SOINS POUR LA FIÈVRE .....	35
5.3.1 <i>Dans l'ensemble et par gravité, quintile, sexe, niveau d'instruction, âge</i> .....	35

5.3.2	<i>Raisons pour la non-utilisation des soins</i> .....	36
5.3.3	<i>Choix du prestataire</i> .....	37
5.3.4	<i>Utilisation des prestataires multiples pour les services relatifs à la fièvre</i> .....	39
5.3.5	<i>Analyse de régression de la demande de soins pour la fièvre</i> .....	39
5.4	UTILISATION DES SERVICES LIÉS À L ACCOUCHEMENT.....	43
5.4.1	<i>Utilisation des services liés à l'accouchement dans l'ensemble et par niveau d'instruction,</i> .....	43
5.4.2	<i>Raisons pour la non-utilisation des services de consultation post-natale</i> .....	44
5.4.3	<i>Choix du prestataire : Où les femmes accouchent</i> .....	45
5.4.4	<i>Analyse de régression de la demande des services pour les accouchements</i> .....	46
5.5	PLANIFICATION FAMILIALE ET UTILISATION DE SOINS POUR LES MST .....	48
5.5.1	<i>Connaissance et utilisation de la planification familiale</i> .....	48
5.5.2	<i>Connaissance, prévalence et utilisation des services pour les MST</i> .....	49
5.5.3	<i>Choix du prestataire pour la planification familiale et les MST</i> .....	51
5.6	PRIX PAYÉS ET MÉCANISMES DE SOLIDARITÉ.....	53
5.7	SATISFACTION DE LA CLIENTÈLE .....	54
5.7.1	<i>Dans l'ensemble et par statut du prestataire (public, privé et communautaire)</i> .....	54
5.7.2	<i>Choix du prestataire</i> .....	57
5.8	CARACTÉRISTIQUES DES PRESTATAIRES .....	58
5.9	QUALITÉ STRUCTURELLE .....	60
5.10	DISPONIBILITÉ DES MÉDICAMENTS.....	61
5.11	QUALITÉ DES SOINS .....	63
5.12	FIXATION DES TARIFS ET PRÉSENCE DES MÉCANISMES DE SOLIDARITÉ .....	64
<b>6.</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>67</b>
<b>7.</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>71</b>
7.1	PERSONNEL DE L' IPE/MALI .....	72
7.2	THÈMES ACTUELS DE LA LITTÉRATURE SUR L'ÉQUITÉ .....	74
7.2.1	<i>Copaiements et équité</i> .....	74
7.2.2	<i>Politiques courantes en matière d'équité</i> .....	75
7.2.3	<i>L'expérience africaine en matière de mécanismes de protection</i> .....	77
7.2.3.1	Contrôle des moyens de payer et exonérations .....	77
7.2.3.2	Ciblage basé sur les caractéristiques .....	79
7.2.3.3	Partage des risques et plans de prépaiement.....	79
7.2.4	<i>Évaluation des politiques d'équité en Afrique</i> .....	80
7.2.5	<i>Références</i> .....	81
7.3	MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES MÉNAGES .....	83
7.3.1	<i>Cadre conceptuel</i> .....	83
7.3.2	<i>Échantillonnage</i> .....	83
7.3.2.1	Introduction.....	83
7.3.2.2	Cadre de l'échantillonnage .....	84
7.3.2.3	Taille de l'échantillon et précision des estimations .....	84
7.3.2.4	Précision des estimations de changement .....	85
7.3.2.5	Choix de l'échantillon .....	86
7.3.3	<i>Cartographie</i> .....	89
7.3.3.1	Responsabilité de l'équipe PHR des cartographes et des agents de dénombrement.....	89
7.3.3.2	Repérage des sections d'énumération.....	90
7.3.3.3	Établissement des plans de la SE .....	91
7.3.3.4	Dénombrement des ménages.....	92
7.3.3.5	Contrôle de qualité.....	92
7.3.4	<i>La collecte des données</i> .....	94
7.3.4.1	Instrument de la collecte .....	94
7.3.4.2	Préparation et déroulement de la collecte : .....	95
7.4	MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE AUPRÈS DES PRESTATAIRES.....	97
7.4.1	<i>Cadre institutionnel</i> .....	97
7.4.2	<i>Objectifs</i> .....	97
7.4.3	<i>Outils de la collecte</i> .....	97
7.4.4	<i>Echantillonnage</i> .....	100

7.4.5	<i>Personnel et calendrier des activités de l'enquête prestataire</i> .....	100
7.4.6	<i>Collecte des données</i> .....	100
7.4.6.1	Organisation des équipes .....	100
7.4.6.2	Recrutement des enquêteurs/enquêtrices.....	101
7.4.6.3	Contrôle de la collecte.....	101
7.4.6.4	Exploitation des données .....	101

## LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	: SOMMAIRE DES ÉCHANTILLONS DE MÉNAGES .....	20
TABLEAU 2	: SOMMAIRE DES ÉCHANTILLONS DE PRESTATAIRES .....	23
TABLEAU 3	: TYPE DE HANDICAP POUR UNE POPULATION DE 1 000 PERSONNES.....	26
TABLEAU 4	: DÉNOMINATEURS PAR QUINTILE.....	29
TABLEAU 5	: DÉPENSES DE CONSOMMATION MOYENNE PAR TÊTE ET PAR JOUR* (FCFA).....	29
TABLEAU 6	: SOMMAIRE SOCIO-ÉCONOMIQUE DES MÉNAGES .....	31
TABLEAU 7	: POURCENTAGE DES DÉPENSES DE SANTÉ DES MÉNAGES PAR QUINTILE .....	32
TABLEAU 8	: SOMMAIRE DE L'UTILISATION DES SOINS POUR LA FIÈVRE.....	36
TABLEAU 9	: SOURCES DES TRAITEMENTS PAR LES MALADES EUX-MÊMES POUR LA FIÈVRE .....	37
TABLEAU 10	: UTILISATION DES SOINS EN CAS DE FIÈVRE PAR TYPE DE PRESTATAIRE.....	38
TABLEAU 11	: ANALYSE DE RÉGRESSION DE L'UTILISATION EN CAS DE FIÈVRE .....	41
TABLEAU 12	: SOMMAIRE DE L'UTILISATION DES SERVICES LIÉS À L'ACCOUCHEMENT .....	43
TABLEAU 13	: ACCOUCHEMENTS PAR TYPE DE PRESTATAIRE .....	45
TABLEAU 14	: ANALYSE DE RÉGRESSION DE L'UTILISATION POUR LES ACCOUCHEMENTS ASSISTÉS.....	46
TABLEAU 15	: SOMMAIRE DE LA CONNAISSANCE ET DE L'UTILISATION POUR LA PLANIFICATION FAMILIALE .....	49
TABLEAU 16	: SOMMAIRE DE LA CONNAISSANCE DES MST.....	49
TABLEAU 17	: POURCENTAGE DE LA CLIENTÈLE QUI A DEMANDÉ DES SOINS POUR DES MST.....	50
TABLEAU 18	: PRIX MOYENS PAYÉS PAR TYPE DE PRESTATAIRE .....	53
TABLEAU 19	: SATISFACTION PAR DIMENSION DE QUALITÉ ET TYPE DE PRESTATAIRE.....	56
TABLEAU 20	: RAISONS DU CHOIX D'UN PRESTATAIRE POUR DES SOINS EN CAS DE FIÈVRE.....	57
TABLEAU 21	: RATIOS DES PERSONNELS DE PRESTATAIRES .....	58
TABLEAU 22	: VOLUME DE SERVICE ANNUEL.....	59
TABLEAU 23	: SOMMAIRE DE LA DISPONIBILITÉ DES VACCINS ET MÉDICAMENTS ESSENTIELS .....	62
TABLEAU 24	: RESPECT DES NORMES DE SOINS EN CAS DE FIÈVRE.....	64
TABLEAU 25	: FACTURATION DES SERVICES ET TARIFS PAR TYPE DE PRESTATAIRE .....	65
TABLEAU 26	: PRÉSENCE DES MÉCANISMES DE SOLIDARITÉ .....	65

## LISTE DES FIGURES

FIGURE 1	: SOMMAIRE DES TRANCHES D'ÂGE PAR SEXE .....	26
FIGURE 2	: SOMMAIRE DES NIVEAUX D'INSTRUCTION .....	27
FIGURE 3	: NIVEAU D'INSTRUCTION DES CHEFS DE MÉNAGES .....	28
FIGURE 4	: NIVEAU D'INSTRUCTION ET QUINTILE DE REVENUS .....	28
FIGURE 5	: LES QUINTILES DE REVENUS.....	30
FIGURE 6	: BESOINS DE SERVICES LIÉS À LA GROSSESSE .....	34
FIGURE 7	: RAISONS CITÉES POUR NE PAS DEMANDER DE SOINS.....	37
FIGURE 8	: CHOIX DU PRESTATAIRE ET QUINTILE DE REVENUS .....	39
FIGURE 9	: RAISONS CITÉES POUR NE PAS DEMANDER DE SERVICES DE CONSULTATION POST-NATALE.....	45
FIGURE 10	: CHOIX DU PRESTATAIRE POUR LE TRAITEMENT DES MST .....	51
FIGURE 11	: SATISFACTION PAR TYPE DE PRESTATAIRE .....	55
FIGURE 12	: QUALITÉ STRUCTURELLE PAR TYPE DE PRESTATAIRE.....	61
FIGURE 13	: QUALITÉ DES CONSULTATIONS EN CAS DE FIÈVRE PAR TYPE DE PRESTATAIRE .....	63

---

# 1. Remerciements

L'exécution des études réalisées dans le cadre de l'Initiative pour l'Equité au Mali est une opération qui concerne plusieurs pays de la sous-région. Elle est le résultat des efforts constants développement d'améliorer constamment des connaissances relatives à la situation sanitaire et sociale du pays.

En effet, ce résultat est la conjugaison de multiples activités auxquelles de nombreuses personnes

Nous aimerons exprimer, en premier lieu, toute notre reconnaissance aux populations des zones enquêtées et de façon particulière, aux femmes qui n'ont ménagé aucun effort, malgré leurs diverses occupations quotidiennes pour se prêter à nos nombreuses questions. Nous tenons également à adresser nos vifs remerciements à tous les leaders d'opinion, particulièrement les chefs de village et de quartier, pour leur contribution inconditionnelle à la réalisation de l'étude.

:

- Toutes les structures nationales formelles ou informelles ;
- Les hauts commissaires de Sikasso et Ségou ;
- Le Délégué du Gouvernement de Bla ;
- Les responsables de la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique ;
- Les Directeurs régionaux du Plan et de la Statistique ;
- Les Directeur régionaux de l'Action Sociale ;
- Les responsables des Directions régionales de la santé de deux sites de l'étude, particulièrement le Directeur régional de la Santé de Sikasso dont la détermination a permis la réussite de l'opération à Sikasso.

Nous saluons ici :

- Les actions positives de la collaboration intra-sectorielle au sein du Département de la Santé et de l'Action Sociale, a travers notamment la Cellule de Planification et de Statistique ;
- Les Directions Nationales de la Santé et de Action Sociale ;
- La Direction Administrative et Financière du Département de la Santé et de l'Action Sociale.

L'occasion est également bonne et opportune pour féliciter sincèrement, malgré les conditions de

- Les autres membres de l'équipe PHR à Bamako - le chauffeur Bréma Ba et la secrétaire/comptable Oumou Traoré Ba
- Les agents cartographes ;
- Les chefs d'équipes ;

- Les enquêtrices et enquêteurs ;
- Le personnel de saisie ;
- Les chauffeurs dont le courage et le dévouement ont permis la collecte des informations sur le terrain.

Nos vifs remerciements s'adressent à tous les consultants nationaux et internationaux qui ont participé à la formation des équipes de terrain et de saisie.

Toute notre sincère reconnaissance et notre gratitude à :

- L'équipe de Abt Associates à travers son projet PHR, notamment Mme. Allison Gamble Kelley, Directrice du Projet Initiative pour l'Equité pour Abt Associates avec qui la collaboration a toujours été fructueuse et agréable ;
- Dr. Marty Makinen, Vice Président de Abt Associates et conseiller du Projet au Mali, qui a suivi avec beaucoup d'intérêt toutes les étapes de l'enquête ;
- Dr. Edward Kelley du Projet Assurance Qualité de Washington DC, à travers son expérience sur la qualité des soins, a particulièrement œuvré à l'élaboration de modules pour la collecte des informations sur la qualité des services ;
- M. Sabou Djibrina du Projet Assurance Qualité du Niger, pour l'établissement des masques de saisie et la formation des agents de saisie.

Nous ne saurions terminer nos propos sans remercier très vivement l'USAID/Washington, qui a financé cette Initiative, l'USAID/Mali et l'UNICEF/Mali qui ont fourni à nos équipes le soutien technique et logistique nécessaire à la réalisation des activités.

Que toutes celles et ceux qui n'ont pas été notamment cité dans ces lignes, trouvent ici l'expression de notre profonde reconnaissance pour la réussite de . Toutes ces personnes font désormais partie de la grande famille qui a contribué au succès de l'IPE/Mali.

**Merci.**

prioritaires identifiés. Ceci a marqué la fin de la première phase de l'IPE. Dans sa deuxième phase, l'IPE contribue à mettre en œuvre plusieurs des stratégies proposées sur des sites pilotes. Lors de la phase finale, une évaluation sera réalisée pour déterminer l'efficacité de ces stratégies pour améliorer l'accès aux soins de santé de qualité et leur utilisation, en particulier pour les pauvres et les groupes vulnérables. Ce rapport présente les constatations de la première phase

En utilisant une méthodologie d'enquête scientifique pour recueillir de données sur les ménages et les prestataires. L'IPE a examiné la demande de services de santé et de services de santé de base sur deux sites pilotes au Mali, dans le cercle rural de Bla et dans la commune urbaine de Sikasso.

---

<sup>1</sup> L'IPE fait partie du programme régional du projet Partenariats pour la réforme de la santé (PHR) qui vise à rendre plus accessibles les soins de santé de qualité à la population et à renforcer les systèmes de financement du secteur sanitaire dans l'Afrique de l'Ouest. L'IPE est géré au Mali par une équipe technique qui comprend Cheick H.T. Simpara et Ousmane Sidibé avec le soutien de Bréma Ba et Oumou Traoré Ba. Allison Gamble Kelley, Directrice de l'IPE et responsable des activités du projet PHR dans l'Afrique de l'Ouest, s'est chargé de l'équipe internationale, qui comprend Marty Makinen, économiste de la santé et conseiller à l'IPE et Edouard Kelley, spécialiste en qualité et conseiller à

13 016 individus. Dans l'ensemble, les données sur les caractéristiques des correspondent aux sources de données existantes telles que l'Enquête démographique et de santé la plus récente pour le Mali, qui date de 1995-1996.

- Les dépenses d'alimentation continuent à être le coût le plus élevé pour les ménages maliens. Le quintile le plus aisé à Sikasso dépense 46 % des dépenses familiales totales pour acheter de la nourriture, tandis que le quintile le plus pauvre dépense 67 %. A Bla, le quintile le plus aisé dépense 34 % sur la nourriture, tandis que le plus pauvre dépense 79 %.
- Après la nourriture, les deux dépenses les plus importantes sont les services utilitaires et le . Le quintile le plus pauvre dépense nettement moins pour la santé que tous les autres quintiles. Sur les deux sites, le quintile le plus pauvre dépense 6,5 % de la consommation du ménage pour la santé, tandis que le quintile le plus aisé dépense 35 %.

---

<sup>2</sup> Afin de mesurer l'inégalité (en termes de besoins ou utilisation des soins de santé) à travers des groupes socio-économiques différents, il est nécessaire d'établir une définition de statut socio-économique. Le niveau de consommation est accepté comme une mesure supérieure aux mesures de revenus à un certain moment, puisqu'elles ne reflètent ni les revenus à long-terme, ni la fortune permanente, et elles peuvent être variables selon la saison (Atkinson, 1985). De plus, les données sur les dépenses de consommation des enquêtes ménages sont considérées d'être plus valables que les auto-déclarations de revenus. Les dépenses de consommation = la valeur totale des dépenses du ménage mesurées pour une certaine période. Alors, les dépenses de consommation représentent dans cette analyse une estimation des revenus à long-terme. Cette étude a employé les auto-déclarations des dépenses de consommation comme l'indicateur principal des revenus des ménages dans l'échantillon. Ces ménages sont divisés en cinq groupes égaux (les quintiles) par le niveau de

<sup>3</sup> Les enquêteurs ont encouragé les chefs du ménage de consulter d'autres membres du ménage qui sont responsables pour certaines dépenses afin de recueillir les informations les plus complètes sur la

. Quand l'utilisation des services pour la fièvre a été analysé en , il ressort que les individus avec une fièvre demandent plus souvent des soins sur les deux sites ( $p < 0,001$ ).

- Le niveau d'instruction des membres de ménages ayant souffert d'une fièvre et des chefs de ménages peut être important en matière de décisions de demande de soins. En général, quel que soit le site ou le sexe, les personnes instruites utilisent beaucoup plus souvent des soins pour la fièvre (47 % contre 37 %), ( $p = 0,002$ ). Dans les régions rurales, le niveau d'instruction du chef de ménage est également un facteur significatif affectant la d de soins pour la fièvre.

---

<sup>4</sup> La fièvre est la cause principale de morbidité au Mali. Beaucoup de cas de fièvre signifient le paludisme, qui est la cause la plus importante de mortalité au Mali.

- Le coût des soins n'est pas cité comme raison du choix des prestataires, mais il compte tout de même. Parmi les personnes qui n'utilisent pas de soins, les raisons les plus souvent citées ont été le manque d'argent et la préférence exprimée pour un traitement à domicile (73 % des personnes qui n'ont pas demandé de soins ont cité ces deux raisons). Le quintile le plus pauvre a tendance à utiliser des prestataires traditionnels et privés beaucoup plus souvent que les autres quintiles ( $p < 0,01$ ), et à utiliser moins souvent les hôpitaux. Parmi toutes les personnes qui n'ont pas demandé de soins, 89 % se soignent eux-mêmes.

#### **2.2.4 Utilisation des services liés à l'accouchement**

Toutes les femmes de l'échantillon de l'IPE âgées de 15-49 ans qui avaient accouché pendant l'année civile précédant l'enquête ou qui étaient enceintes au moment de l'enquête ont eu un entretien avec un enquêteur. Des questions ont été posées sur leur utilisation des services de consultation prénatale et post-natale, ainsi que sur leur accouchement. Voici les principales constatations.

- L'utilisation des services de consultation prénatale est élevée, 70,9 % des femmes indiquant qu'elles ont demandé des services de consultation prénatale. Le niveau d'instruction est un facteur clé, en particulier en milieu rural, pour déterminer si les femmes demandent des services de consultation prénatale.
- Le site aussi est un facteur important pour déterminer si les femmes ont un accouchement assisté. Les femmes habitant à Bla sont beaucoup moins susceptibles que celles de Sikasso d'avoir un accouchement assisté ( $p < 0,001$ ). Plus de 30 % des femmes de Bla accouchent sans assistance, par rapport à 5 % à Sikasso. De plus, les femmes pauvres du quintile de revenus le plus bas sont nettement moins susceptibles d'avoir un accouchement assisté.
- Le recours aux services de consultation post-natale dépend plus du niveau d'instruction du chef de ménage que de celui de la mère. Le niveau d'instruction du chef de ménage est associé positivement à l'emploi de services post-nataux ( $p < 0,01$ ). Toutefois, dans l'ensemble, l'emploi de services de consultation post-natale est très bas (36% des femmes interrogées), et la raison la plus souvent citée par les femmes pour ne pas demander de services de consultation post-natale est que les femmes pensent ils ne sont pas nécessaires si elles (et leurs enfants) n'ont pas de problèmes apparents.

#### **2.2.5 Planification familiale et utilisation des services pour les MST**

L'équipe chargée de l'étude s'est entretenue avec des jeunes gens de 15 à 24 ans au sujet de leur emploi de la planification familiale, de leur connaissance des maladies sexuellement transmissibles (MST) et de la demande de soins pour les MST. Dans l'ensemble, cette équipe s'est entretenue avec 814 jeunes gens à Sikasso (396 hommes et 418 femmes) et avec 565 jeunes gens à Bla (316 hommes et 249 femmes). Voici les principales constatations.

- Il semble y avoir une différence significative entre les sites en termes de connaissance de la planification familiale, les jeunes gens de Bla étant significativement moins susceptibles d'avoir entendu parler de diverses méthodes, 71 % à Sikasso contre 54 % à Bla ayant entendu parler de préservatifs, 75 % à Sikasso contre 70 % à Bla ayant entendu parler des contraceptifs oraux pour le contrôle des naissances. Ces différences étaient significatives ( $p < 0,001$  en ce qui concerne la connaissance des préservatifs,  $p = 0,040$  pour la connaissance des contraceptifs oraux,  $p < 0,001$  pour le stérilet).

- Il existe une différence significative entre Sikasso et Bla quant à la connaissance des MST; les jeunes de Bla sont beaucoup moins susceptibles de connaître les MST qu'à Sikasso ( $p < 0,001$ ). Cependant, 86% des jeunes dans les deux sites disent qu'ils ont entendu parler des MST.
- Le site est un facteur important pour la connaissance et l'utilisation de la planification familiale. Les jeunes gens de Bla étaient nettement moins susceptibles de connaître une méthode de planification familiale (54 % connaissaient les préservatifs, contre 71 % à Sikasso,  $p < 0,001$ ). Les jeunes gens de Bla étaient aussi moins susceptibles d'avoir utilisé une méthode de planification familiale dans le passé que les jeunes de Sikasso ( $p = 0,003$ ). Cependant, l'utilisation de la planification familiale était universellement basse : 15 % des jeunes gens de Sikasso avaient utilisé la planification familiale, contre seulement 9 % à Bla.
- Il existe une différence significative entre Sikasso et Bla quant à la connaissance des MST ; les jeunes de Bla sont beaucoup moins susceptibles de connaître les MST qu'à Sikasso ( $p < 0,001$ ). Très peu de clients ont indiqué qu'ils avaient eu une MST au cours des 12 derniers mois, mais 67 % de ceux qui avaient eu une MST ont demandé des soins. En général, les jeunes clients préfèrent demander des soins aux prestataires modernes publics et aux prestataires traditionnels pour le traitement des MST.

### 2.2.6 Prix payés

L'enquête de l'IPE auprès des ménages a inclus des questions sur les prix que les individus qui ont eu recours aux soins ont payé pour les services reçus, y compris les honoraires de consultation, de diagnostic ou de laboratoire, les médicaments, la référence ou l'évacuation, l'hospitalisation et les autres dépenses. Les principales constatations quant aux prix payés et aux m solidarité sont les suivants.

- Plus de 80 % des personnes interrogée qui se sont rendues chez un prestataire de soins de santé ont payé pour les services reçus. La majorité des 20 % de clients qui n'ont pas payé affirment avoir reçu des soins gratuits parce que l'agent de santé était un ami, un voisin ou un membre de la famille.
- Quand on leur a demandé s'ils avaient b écanisme de solidarité au moment de payer pour les services reçus, moins de 4 % ont répondu par l'affirmative. Sur ces 4 %, la plupart avaient reçu une certaine réduction de prix.
- Quand on leur a demandé combien ils avaient payé pour les services au moment de la fourniture des services de santé, les clients ont donné une série de prix plus élevés que ceux qui avaient été mentionnés par les prestataires. Les prestataires publics ont été décrits par les clients comme étant les plus coûteux à Sikasso pour la plupart des services, à la différence des constatations de l'enquête auprès des prestataires.

### 2.2.7 Satisfaction de la clientèle

Dans l'ensemble, les clients ont déclaré qu'ils étaient relativement satisfaits des services de santé reçus quand on leur a posé des questions sur les soins curatifs (traitement pour la fi services de soins maternels. Pour tous les types de prestataire, en ce qui concerne le traitement de la fièvre, 80 % des clients étaient soit « très satisfaits », soit « satisfaits ». Seulement 28 % des clients étaient « très satisfaits » de leur première visite. Même niveau de satisfaction pour les services de consultation prénatale que pour la fièvre, approximativement 30 % des personnes interrogées indiquant qu'elles étaient « très satisfaites » des services et approximativement 60 % «

Voici quelques constatations importantes sur la satisfaction de la clientèle.

- En général, les clients étaient surtout satisfaits des pharmacies et des prestataires du secteur privé quant à la fourniture de soins pour la fièvre, et des prestataires traditionnels et des prestataires privés en ce qui concerne les services à l'accouchement. Les prestataires publics ont été classés plus bas que les autres prestataires à la fois pour les soins en cas de fièvre et les services d'accouchement.
- Pour les soins en cas de fièvre, quel que soit le prestataire, la raison la plus importante pour le choix d'un prestataire a été la perception de compétence technique du personnel (34 %). La deuxième raison indiquée par ordre d'importance a été la proximité géographique du domicile du client (28 %).
- En termes de services d'accouchement, la raison la plus importante citée par les clients pour le choix d'un prestataire a été la proximité, puis la présence de personnel compétent.

### **2.2.8 Caractéristiques des prestataires**

L'IPE a fait une enquête sur tous les prestataires de soins sur les deux sites. Voici les principales constatations concernant les caractéristiques des prestataires.

- Des données ont été recueillies sur 592 prestataires, dont 85 prestataires modernes (publics, privés, communaux, communautaires et parapublics), 48 pharmacies, 214 prestataires traditionnels, 129 revendeurs de médicaments et 31 prestataires d'action sociale.
- Dans l'ensemble, les ratios du personnel médical par rapport à la population sont beaucoup plus bas à Bla qu'à Sikasso, parfois de 1 à 10. Le ratio du personnel ayant reçu une formation en services d'accouchement est particulièrement préoccupant surtout à Bla.
- En termes de volume de services fournis, les prestataires publics ont généralement offert à la fois les services les plus variés et le volume le plus élevé par prestataire.

### **2.2.9 Qualité structurelle et disponibilité des médicaments**

Ce que l'IPE appelle « la qualité structurelle » a été évaluée en tenant compte de la disponibilité des matériels de base, comme les stéthoscopes, les thermomètres, les chaises ou les bancs pour les salles d'attente, un endroit pour se laver les mains, etc., ainsi que du niveau général de propreté des établissements. Voici les principales constatations concernant la qualité structurelle :

- Les prestataires publics ont été classés nettement plus haut que les prestataires privés ( $p < 0,05$ ) sur les deux sites en termes de qualité structurelle. Toutefois, les prestataires publics n'ont pas eu des scores aussi favorables en ce qui concerne la propreté d'ensemble des établissements : seulement 58 % des établissements des prestataires publics et communautaires ont été jugés « propres », contre 67 % pour ceux des prestataires privés.
- La disponibilité des médicaments est relativement satisfaisante dans le secteur public, à quelques exceptions près. Moins d'un cinquième (19,4 %) des formations disposaient d'aspirine/de paracétamol au moment de l'enquête. Par ailleurs, on constate que 48 % des formations disposaient de chloroquine.

communication et le respect général des normes en matière de traitement de la fièvre. Les observations directes des prestataires modernes ont fournis ces principales constatations concernant la qualité des soins.

- En général, le respect des normes pour les maladies fébriles a été relativement satisfaisant pour tous les prestataires et sur les deux sites. Cependant, le niveau du respect général des normes n'est pas dépassé 48% pour tous les prestataires.
- Toutefois, les résultats des prestataires publics et les communautaires ont été inférieurs à ceux des prestataires privés dans plusieurs domaines des soins pour la fièvre, notamment le respect la communications interpersonnelle entre prestataires et clients. L'indice synthétique pour le respect des normes pour la communication était 47% pour les publics, 37% pour les communautaires et 49% pour les privés.

### **2.2.11 Fixation des tarifs et présence des mécanismes de solidarité**

L'IPE a recueilli des informations sur le pourcentage des prestataires qui déclarent qu'ils font payer pour leurs services et sur leurs tarifs moyens pour ces services, ainsi que sur la présence des mécanismes de solidarité. Voici les principales constatations.

- Les prestataires publics sont plus susceptibles d'avoir un barème officiel de tarifs pour leurs services et, par conséquent, ils sont plus susceptibles de faire payer pour ces services.
- Dans l'ensemble, cependant, les tarifs moyens des prestataires privés sont plus élevés que ceux de tous les autres prestataires, suivis par ceux des prestataires informels. Selon les données provenant de tous les prestataires, les prestataires publics ont les tarifs les plus bas.
- Les mécanismes de solidarité sont offerts le plus souvent dans le secteur informel. Les mécanismes les plus courants qui sont cités sont l'exonération (75 %), les paiements différés (17 %) et les fonds de solidarité (17 %).

, mise en œuvre par le biais du Projet Santé, Population, Hydraulique Rurale parmi d'autres programmes, a conduit à une collaboration beaucoup plus étroite entre l'Etat et ses partenaires au développement – les ONG, les associations, les communautés et les individus.

populations. à améliorer l'utilisation par ces

L'IPE répond également à un mandat plus vaste pour l'Afrique au sud du Sahara dans son ensemble. En juin 1997, la Commission économique pour l'Afrique, les Nations Unies, plusieurs gouvernements de la sous-région et la Banque mondiale ont organisé une conférence la recouvrement des coûts dans les secteurs sociaux . Des représentants de 17 Etats de l'Afrique au sud du Sahara, d'organisations non gouvernementales et d'organisations bilatérales et multilatérales ont participé. Le point culminant de la conférence a été la signature du « Consensus d'Addis-Abeba », qui déclare que bien que le recouvrement des coûts soit nécessaire, il pourrait avoir un impact sur l'équité, la qualité et l'accès, en particulier pour les pauvres. Le consensus énuméra 15 principes, dont plusieurs demandent la participation des communautés aux systèmes de recouvrement des coûts et l'amélioration de l'accès et des mécanismes de solidarité pour protéger les pauvres.

---

<sup>5</sup> "Plan décennal de développement sanitaire et social 1998-2007", Ministère de la santé, des personnes âgées et de la solidarité, République du Mali.

Mali. Les membres de ce comité de pilotage comprennent l'Union Technique des Mutualités Maliennes (UTM), FENASCOM, l'USAID, l'UNICEF, l'OMS, le Ministère de la Santé, le Ministère de l'Action sociale, DAF, DNSI, l'INRSP, le Ministère de la Jeunesse et des Sports.

---

### 3.3 Objectifs

L'IPE a trois objectifs principaux :

1. Aider le gouvernement à formuler des stratégies pour améliorer l'accès (financier) aux services de santé dans un contexte de recouvrement des coûts ;
2. Contribuer à rendre possible une **utilisation plus élevée** des services de santé disponibles, en particulier par les pauvres et les populations vulnérables ;
3. Fournir aux prestataires de soins de santé des informations sur la qualité et planifier et améliorer les services dans le secteur de la santé.

---

### 3.4 Thèmes actuels de la littérature sur l'équité

Pour atténuer les inégalités pouvant résulter de la facturation des services directement aux utilisateurs des services de santé, un certain nombre de modifications sont souvent apportées aux programmes de recouvrement des coûts. L'Annexe 7.2 traite les thèmes de la littérature sur l'équité. Elle présente le contexte de l'initiative pour l'IPE en passant brièvement en revue la littérature sur les implications pour l'équité des paiements par les utilisateurs, et, en particulier, des mécanismes de protection qui accompagnent souvent les paiements par les utilisateurs.

La relation entre le recouvrement des coûts et l'équité demeure ambiguë. La Banque mondiale, entre autres, a affirmé que la facturation de services qui ne servent qu'à leur bénéficiaire causera une consommation plus efficace de ces services, tout en augmentant la disponibilité des ressources publiques pour les services ayant des externalités positives, comme les immunisations et les services de consultation prénatale et maternels (Shaw et Ainsworth 1996, Waters). Cependant, dans la pratique, l'introduction de paiements par les utilisateurs sans mécanismes de protection efficaces risque d'avoir un impact négatif sur les pauvres. Les faits démontrent que l'impact de le recouvrement des coûts sur l'accès et l'équité dépend de la manière dont les initiatives sont conçues et mises en œuvre (Leighton 1995).

---

### 3.5 Principales questions de l'Initiative

L'analyse des données de l'IPE sur les ménages et les prestataires pose trois questions principales qui concernent les besoins, l'utilisation, et le choix de prestataire pour les services de santé :

1. Les besoins en matière de soins de santé : Y a-t-il des groupes qui ont plus de besoins de services de santé de base que d'autres ?
2. L'utilisation des soins de santé : Quelle est l'importance du problème de la faible utilisation des services de santé ? Existence-ils des groupes qui utilisent moins étant donné leur besoins ? Dans quelle mesure le faible taux d'utilisation des services organisés par le gouvernement est-il compensé par l'emploi d'autres sources ?
3. Choix de prestataire : Existe-t-il une différence entre les types de prestataires utilisés par les

Les différences des besoins, de l'utilisation et du type des prestataires consultés aux différents niveaux de revenus sont particulièrement intéressantes – mais ce ne sont pas les seuls points. L'enquête a également porté sur d'autres aspects qui affectent la décision de demander (ou de ne pas demander) des soins, tels que l'opinion des clients sur les prestataires de soins qu'ils ont utilisés, le coût des services reçus et le rôle des mécanismes de protection dans la prestation des services.

L'IPE répond aux questions suivantes sur la prestation des services :

1. Quelle est la plage des services de santé disponibles pour la population, dans le secteur formel, moderne, et aussi dans le secteur informel (traditionnel) ?
2. Quelles sont les principales raisons pour lesquelles les gens choisissent de consulter les prestataires dont ils utilisent les services ?
3. Comment peut-on comparer ces prestataires en termes de variété, qualité et prix des services qu'ils proposent ?

énumération retenue,  
une liste des ménages qui a servi de cadre d'échantillonnage pour le choix lors de la deuxième étape a été préparée. Un échantillon des ménages a été retenu à partir de cette liste. (Cette conception est présentée en détail 7.3.2.)

#### **4.1.1 Sélection des sites**

Deux sites pilotes ont été sélectionnés un site rural (Cercle de Bla, région de Ségou) et un site urbain secondaire (commune de Sikasso, région de Sikasso). L'IPE et son comité de pilotage ont convenu que la sélection d'un site urbain et d'un site rural rendraient les leçons plus faciles

Le comité de pilotage a convenu que les problèmes affectant l'utilisation des services de santé ne sont probablement pas les mêmes en milieu urbain qu'en milieu rural , avec plus de prestataires privés, un accès géographique plus facile aux établissements de santé, une incidence plus élevée du VIH/SIDA et d'autres maladies sexuellement transmissibles et, potentiellement, une manifestation de solidarité différente. Seulement les sites où la facturation des clients était utilisée pour les consultations, les médicaments et les accouchements ont été pris en compte. Les autres critères de sélection des sites ont été la présence d'une association de santé communautaire opérationnelle, des services de qualité raisonnable et un intérêt manifesté pour une collaboration avec cette Initiative par l'équipe socio-sanitaire locale et par la communauté. Le comité de pilotage a également convenu que les sites pilotes devraient être caractérisés par une certaine réflexion sur les mécanismes de solidarité, par exemple avec un fond de solidarité pour des patients en cas d'urgence.

### 4.1.2 Indicateurs

Les indicateurs choisis pour représenter les services de santé de base ont été le recours aux soins des ménages pour :

- (1) la fièvre et
- (2) les services liés à la grossesse et l'accouchement.

Afin de pouvoir étudier le comportement des populations sur les deux sites pilotes en ce qui concerne la demande de soins, l'IPE a sélectionné deux indicateurs primaires pour faire son enquête – l'utilisation des services pour la fièvre et ceux liés aux accouchements (services de consultation prénatale, accouchement et services de consultation post-natale). Des questionnaires sur l'utilisation des services liés à l'accouchement (services de consultation prénatale, accouchement et services de consultation post-natale) ont été administrés aux femmes en âge de procréer (15-49). De plus, un questionnaire séparé a été administré aux jeunes gens (âgés de 15 à 24 ans) pour déterminer leur connaissance des MST, leur utilisation des services de santé pour les MST et de planification familiale.

### 4.1.3 Echantillon

La méthodologie d'échantillonnage a porté sur l'analyse des raisons du recours aux services pour <sup>6</sup>, les maladies sexuellement transmissibles (MST), la planification familiale et les services liés à l'accouchement. La taille de l'échantillon a été calculée de façon à permettre une analyse statistiquement significative des données, et elle a été basée sur l'incidence soupçonnée de la fièvre dans les 15 jours précédant l'enquête, ainsi que sur le nombre des femmes enceintes ou ayant accouché d'un bébé au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Au total, 13 016 individus ont été interrogés (6 955 à Sikasso et 6 061 à Bla). Sur ce chiffre, 899 individus avaient souffert de fièvre pendant la période spécifiée, avec une prévalence égale à 7 %. Sur les 2 906 femmes âgées de 15 à 49 ans, 769 ont satisfait aux critères d'éligibilité pour les services d'accouchement (taux de natalité brut est 41 naissances pour 1 000 habitants 1999). De plus, 1 379 jeunes gens ont été interrogés.

---

<sup>6</sup> La fièvre est la cause la plus courante de morbidité au Mali. De nombreuses fièvres sont causées par le paludisme, et le paludisme est la cause de mortalité la plus importante au Mali.



Les données recueillies sur les caractéristiques des ménages ont inclus : la taille du ménage, la ventilation des membres des ménages par âge et par sexe, des informations sur l'habitat et les possessions matérielles, et le niveau d'instruction des membres.

#### 4.1.5.2 Calculs des statuts socio-économiques

L'IPE a décidé d'utiliser une approximation des revenus basés sur la consommation.<sup>8</sup> Les enquêteurs ont posé aux chefs de ménage des questions sur la consommation pour les principales : nourriture, transports, logement, services utilitaires (eau, combustible, électricité, etc.), frais de scolarité, santé et habillement. Afin d'obtenir des informations aussi complètes que possible, les enquêteurs de l'IPE ont posé des questions aux chefs de ménage pour les orienter vers le membre du ménage qui est essentiellement responsable de chaque type de

Les questions ont été adaptées à l'intervalle approprié pour chaque type de dépense : par exemple, les dépenses de logement ont été estimées pour le dernier mois, les frais de scolarité ée et la nourriture pour la semaine écoulée. Des questions sur la consommation des produits de l'autoproduction ont permis l'IPE de prendre cet aspect important de consommation en compte. Toutes les estimations ont ensuite été annualisées

afin de produire le statut socio-économique (SSE) des ménages<sup>9</sup>. Le statut socio-économique moyen ajusté par tête a été calculé en divisant le SSE par le nombre d'adultes du ménage (>14 ans) puis en ajoutant 75 % de ce montant par enfant (<14) vivant dans le ménage.

En analysant le montant, l'IPE a utilisé la méthode des quintiles pour mettre les ménages en cinq groupes égaux en nombre par leur niveau de dépenses pour la consommation par tête . Quintile 1 représentant les plus pauvres (20% avec le niveau de dépenses pour la consommation par tête le plus bas) et le quintile 5 les plus aisés (le niveau le plus élevé de l'échantillon).

#### 4.1.5.3 Informations sur l'utilisation et la satisfaction

Chacun des modules sur l'utilisation des services clés a posé des questions aux personnes interrogées sur les sujets suivants :

- Comportement en matière de demande de soins (si des soins ont été demandés ou non non, pourquoi, et si d'autres mesures (quelles) ont été prises, telles que le traitement à domicile et l'automédication)
- Satisfaction en ce qui concerne la visite
- Paiement pour les services reçus (déplacements et honoraires, en plus combien de temps était
- Utilisation des mécanismes de solidarité
- Références

---

<sup>8</sup> Cette méthode a certains avantages par rapport à l'évaluation directe du revenu qui peut être sujette à des sous-déclarations réelles des ressources des ménages. La méthode choisie par l'IPE est utilisée par un nombre important d'enquêtes, y compris le Living Standards Monitoring Surveys (LSMS) de la Banque Mondiale. Le constat a été enfin fait par les économistes que dans les pays les moins avancés, l'essentiel des ressources des ménages est consacré aux dépenses de consommation qui peuvent être considérées comme un proxy-indicateur des revenus.

<sup>9</sup> Spécifiquement, les questions utilisées pour ce calcul se trouvent dans le Module Chef de Ménage  
$$SSE = (Q202 * 12) + (Q204 * 12) + Q206 + (Q207 * 12) + (Q208 * 4) + (Q209 * 12) + \text{MONTANT TOTAL PAR SEMAINE DE } Q211 * 52 + (Q213 * 12)$$

---

## **4.2 Enquête auprès des prestataires**

L'IPE a décidé de faire une enquête auprès de tous les prestataires de soins de santé sur chaque site pour comprendre la gamme complète des services à la disposition des populations, ainsi que pour comparer leur prix, leur qualité, leurs fournitures et leur matériel. Comme dans le cas de l'enquête auprès des ménages, toutes les données proviennent des entretiens avec les prestataires (à l'exception du « module de qualité technique » décrit à la fin de la section 4.2.2, et qui a employé la technique de l'observation directe).

### **4.2.1 Echantillon – méthodologie et taille**

Les prestataires enquêtés comprenaient non seulement les prestataires de soins de santé « modernes », qu'ils soient publics ou privés, qu'il s'agisse d'organisations non gouvernementales ou de missions, mais aussi les prestataires du secteur informel, dont les thérapeutes traditionnels et les revendeurs de médicaments sur le marché. L'équipe de l'IPE a travaillé avec des équipes de santé sur les deux sites pour inventorier autant de prestataires de soins de santé que possible. Ces listes ont été complétées ultérieurement en ajoutant tous les prestataires cités par les ménages pendant l'enquête auprès des ménages. Bien qu'il soit impossible d'être absolument sûr d'avoir fait une liste complète des revendeurs de médicaments, par exemple, parce qu'ils sont souvent itinérants, les enquêteurs de l'IPE se sont efforcés d'en rechercher autant que possible. Le Tableau 2 présente les nombres et catégories des prestataires interrogés, comme catégorisé dans les questionnaires sur l'offre.

Tableau 2 : Sommaire des échantillons de prestataires

	Nombre de prestataires		
	Sikasso	Bla	Total
Prestataires modernes	35	50	<b>85</b>
Publics	8	3	11
Communautaires	1	15	16
Communaux	1	1	2
Privés, à but lucratif	14	12	26
Privés, à but non lucratif <sup>10</sup>	8	19	27
Parapublics <sup>11</sup>	3	0	3
Pharmacies	19	29	<b>48</b>
Thérapeutes traditionnels	69	145	<b>214</b>
Revendeurs de médicaments	72	57	<b>129</b>
Action sociale	21	10	<b>31</b>
			<b>592</b>

Cependant, afin de rendre l'analyse de ces données plus pertinente, nous avons regroupé ces : prestataires publics<sup>12</sup>, prestataires communautaires<sup>13</sup>, prestataires privés<sup>14</sup>, pharmacies, et prestataires informels<sup>15</sup>. Le « marché » des prestataires de soins de santé est fort différent dans la commune de Sikasso et le cercle de Bla. Aucun hôpital n'existe à Bla, ce qui n'est pas le cas à Sikasso. De plus, lors des enquêtes de l'IPE, Sikasso ne disposait d'aucun des établissements communautaires créés grâce à la politique sectorielle la plus récente. Bla, par contre, était un cercle pilote pour les centres de santé communautaires (CSCOM). Cette distinction permet une analyse de l'utilisation des soins hospitaliers (à Sikasso) pour les services de santé de base, ainsi que des résultats de la politique sectorielle (à Bla). Toutefois, en raison de ces différences, certaines comparaisons entre les sites ne sont pas possibles.

#### 4.2.2 Données recueillies

Les enquêteurs de l'IPE ont administré des questionnaires<sup>16</sup> au premier responsable chez chaque prestataire. Ces entretiens ont été complétés en consultant des sources de données sur les prestataires, dans la mesure du possible, pour obtenir des informations précises sur le volume des services, etc. Des modules d'enquête distincts ont été adoptés pour les prestataires modernes, les prestataires de l'action sociale, les pharmacies, les thérapeutes traditionnels et les revendeurs de

<sup>10</sup> Formations mises en places et gérées par les ONG ou les Associations ou groupements caritatifs ou confessionnels, n'ayant pas comme objectif la recherche du profit.

<sup>11</sup> Les formations gérées par une institution de prévoyance sociale comme l'INPS, notamment le centre Médico-interentreprise (CMIE), les maternités, et les services de protection maternelle et infantile.

<sup>12</sup> Prestataires publics = Centres de santé du cercle (CSC), hôpitaux, centres de santé d'arrondissement (CSA) non-révisés

<sup>13</sup> Prestataires communautaires = Centres de santé communautaires (CSCOM) et centres de santé d'arrondissement révisés (CSAR). Ces centres sont le résultat d'une politique sectorielle des années 1990 de promouvoir la gestion démocratique du secteur de la santé.

<sup>14</sup> Prestataires privés = à but lucratif (par exemple, les infirmiers à la retraite) et non-lucratif (par exemple, les confessionnels).

<sup>15</sup> Prestataires informels = thérapeutes traditionnels et revendeurs des médicaments.

<sup>16</sup> Les questionnaires en entier sont disponibles sur demande du projet PHR.

médicaments. Tous les questionnaires ont posé une série de questions (modifiées pour chaque type de prestataire) sur les sujets suivants :

- Disponibilité du personnel
- Financement du personnel
- Services offerts (gamme)
- Disponibilité des médicaments
- Qualité structurelle (conformité des locaux, des équipements, de la source d'eau, de l'élimination des déchets, etc.)
- Utilisation des services (volume)
- Tarification
- Présence des mécanismes de solidarité ou de protection
- Références et processus de supervision

Un module distinct a été développé et appliqué à tout prestataire moderne (public et privé) pour évaluer la qualité technique des soins. Ce module a été appliqué en observant trois consultations par prestataire pour les patients souffrant de fièvre et les visites de planification familiale en utilisant les normes maliennes<sup>17</sup> pour le comportement des prestataires et les standards pour des consultations de planification familiale et en cas de fièvre.

---

<sup>17</sup> Ces normes sont basés sur les standards de l'OMS et de la Division de la Santé Familiale et Communautaire du Mali.

---

## 5. Constatations

Bien que les enquêtes de l'IPE aient produit de riches informations sur de nombreux aspects des soins de santé à Sikasso et à Bla, ce rapport porte sur les constatations significatives qui ont spécifiquement trait au mandat de l'IPE. De nombreuses autres analyses sont possibles sur ces données, et les lecteurs sont encouragés à communiquer des demandes spécifiques aux auteurs de ce rapport. Les Sections 5.1 à 5.7 présentent les constatations de l'enquête auprès des ménages en ce qui concerne les caractéristiques des ménages et la demande de soins en cas de fièvre, de services d'accouchement, de planification familiale, et de soins pour les maladies sexuellement transmissibles. Elle présente aussi des données concernant le paiement des services, les mécanismes de solidarité et la satisfaction de la clientèle. Grâce aux résultats de l'enquête auprès des prestataires, les Sections 5.8 à 5.12 peuvent présenter des données sur les caractéristiques des prestataires, la qualité structurelle, la disponibilité des médicaments, la qualité des soins, la fixation des prix et les mécanismes de solidarité.

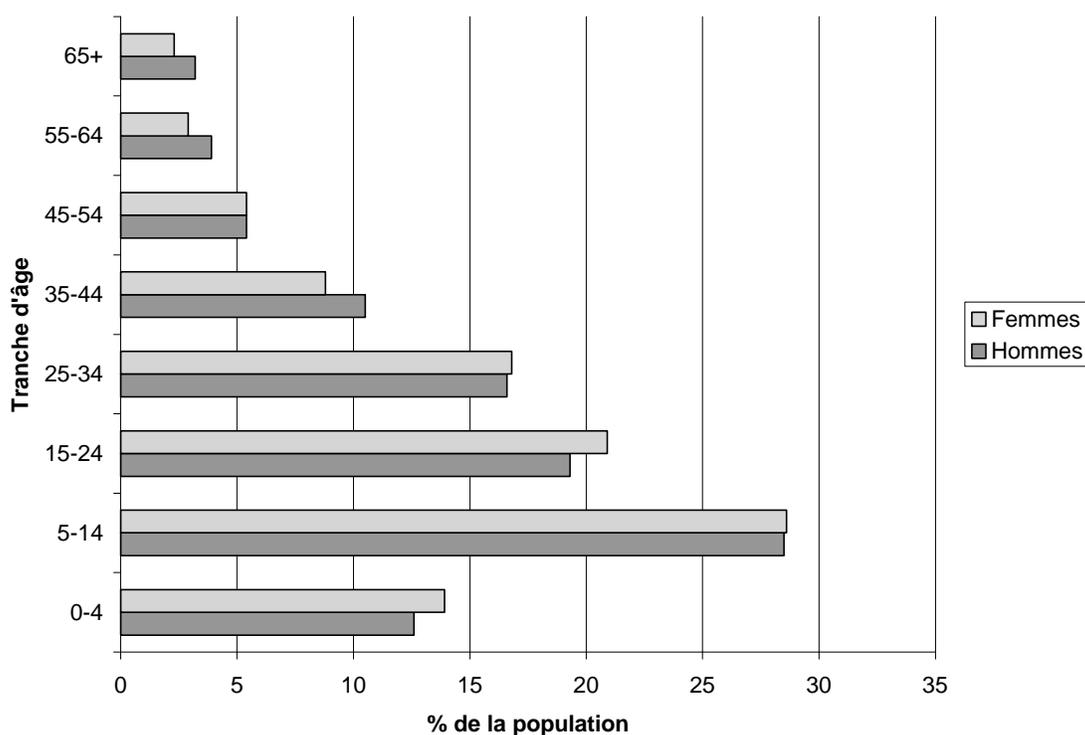
---

### 5.1 Les caractéristiques des ménages

#### 5.1.1 Distribution de la population par âge et sexe

Comme le démontre la Figure 1, le profil démographique de l'échantillon est dominé par les enfants – 41 % de la population a moins de 15 ans sur les deux sites. Dans l'ensemble, approximativement 52 % de la population est masculine et 48 % féminine.

Figure 1 : Sommaire des tranches d'âge par sexe



### 5.1.2 Présence de handicaps

A Sikasso, 98 % des individus ont déclaré qu'ils n'avaient pas de handicaps parmi les ménages . Parmi les ménages qui ont indiqué un individu handicapé, la majorité étaient handicapés physiquement (1 %). De même, à Bla, moins de 2 % de la population de l'échantillon était handicapée, les handicaps physiques étant les plus courants. Ces données sont présentées au Tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 : Type de handicap pour une population de 1 000 personnes

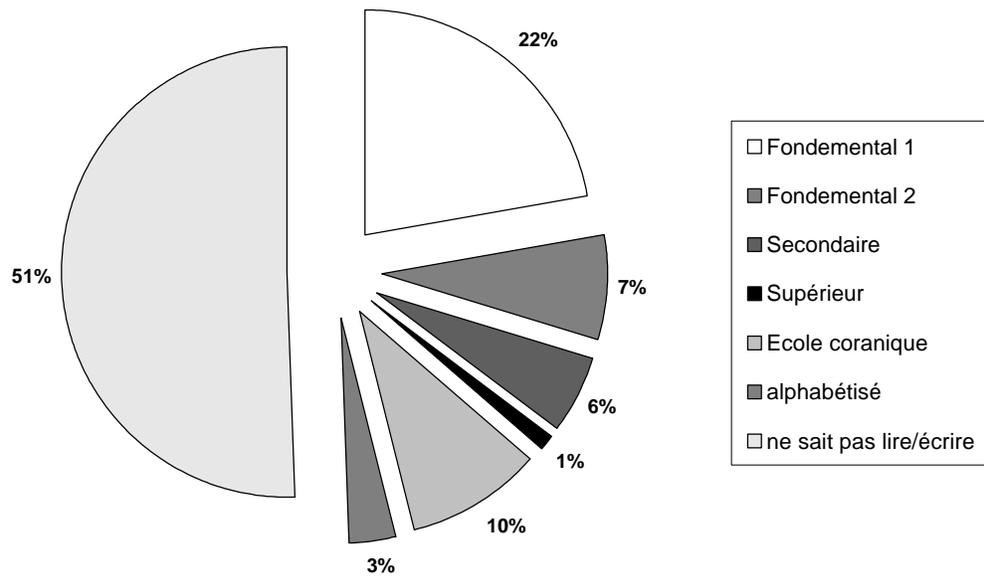
Type de handicap	Sikasso	Bla
Mental	3.1	1.8
Physique	10.9	6.6
Visuel	5.1	4.5
Pas de handicap	980	987

### 5.1.3 Niveaux d'instruction

La Figure 2 ci-dessous montre le niveau d'instruction de tous les individus qui ont été interrogés à Sikasso et à Bla, hommes et femmes. Les individus vivant à Sikasso sont nettement plus susceptibles d'être instruits que ceux qui vivent à Bla ( $p < 0,001$ ). 77 % des individus interrogés à

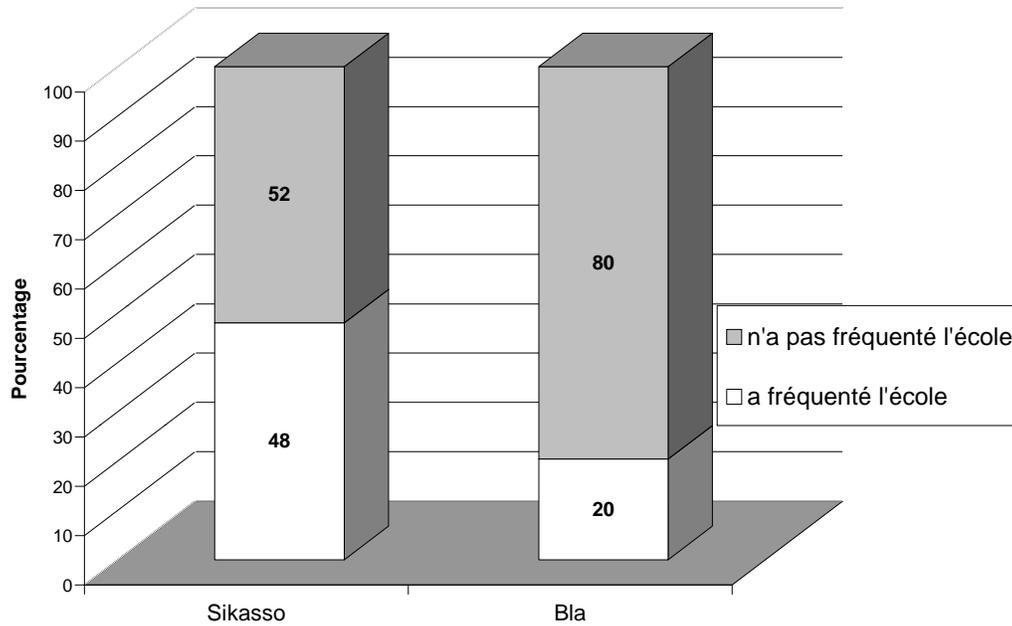
Bla ne savaient ni lire, ni écrire, par rapport à 42 % à Sikasso. De même, 1 % des individus interrogés à Bla avaient fait des études secondaires, contre 7 % à Sikasso.

Figure 2 : Sommaire des niveaux d'instruction



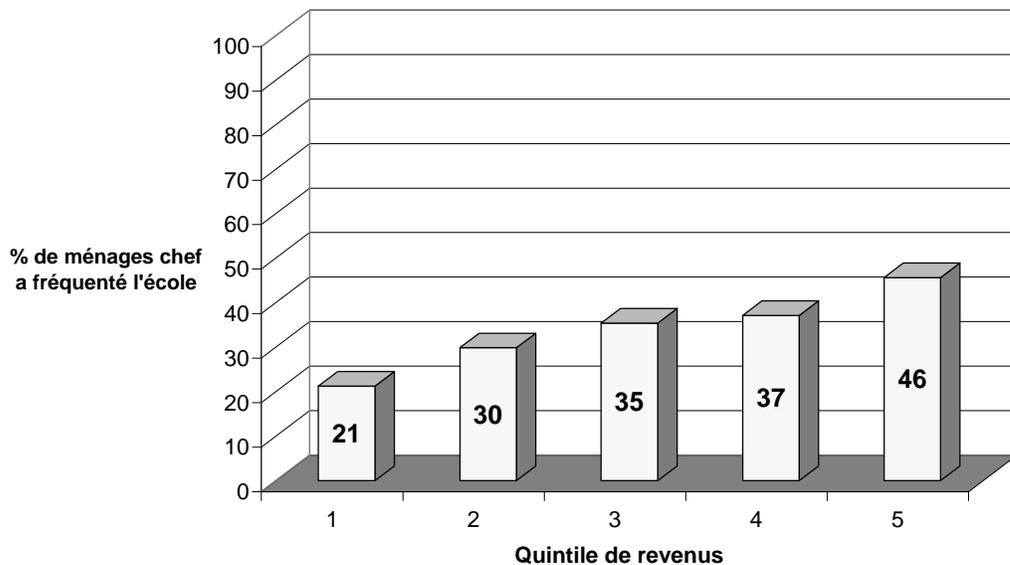
Sur les deux sites, 34 % des chefs de ménage avaient fréquenté l'école, mais, à nouveau, ceux de Sikasso étaient nettement plus susceptibles d'être instruits que ceux de Bla ( $p < 0,001$ ), comme le montre la Figure 3.

Figure 3 : Niveau d'instruction des chefs de ménages



Le niveau d'instruction a également une corrélation significative avec le quintile de revenus d'un ménage. Les ménages dont le chef est instruit sont beaucoup plus susceptibles d'être dans des quintiles de revenus plus élevés que ceux dont le chef n'est pas instruit ( $p < 0,000$ ), comme le montre la Figure 4 ci-dessous.

Figure 4 : Niveau d'instruction et quintile de revenus



### 5.1.4 Situation socio-économique

Bien que chaque quintile de revenus ait le même nombre de ménages, le Tableau 4 montre qu'ils n'ont pas le même nombre d'individus. Le quintile le plus pauvre a la part la plus importante de la population, et le quintile le plus aisé a la part la plus faible.

Tableau 4 : Dénominateurs par quintile

Dénominateur (N )	Quintile 1	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5
Total des individus dans les ménages de l'échantillon	3130	3038	2479	2205	1788
Taille moyenne des ménages	9.8	9.5	7.7	6.9	5.6

L'IPE a comparé les constatations socio-économiques de ses enquêtes à d'autres sources de données disponibles, spécifiquement le *Rapport annuel sur le développement humain durable au Mali*.<sup>18</sup> Ce rapport a établi un seuil de pauvreté basée sur les données d'une enquête de 1988/89 sur la consommation des ménages (l'enquête budget consommation – EBC) et de l'enquête malienne de conjoncture économique et sociale (EMCES 1994). Le seuil de pauvreté a été défini comme « le niveau auquel un individu ou un ménage ne peut pas satisfaire ses besoins de nutrition minimum ». Cette étude a utilisé 102 971 FCFA par personne et par an comme seuil de pauvreté pour déterminer l'incidence de pauvreté en 1996. Ceci correspond à 282 FCFA par personne et par jour.

Le Tableau 5 below show montre la consommation moyenne par tête et par jour en utilisant la méthodologie des quintiles de revenus de l'IPE.

Tableau 5 : Dépenses de consommation moyenne par tête et par jour\* (FCFA)

Quintile de revenus	Sikasso	Bla
Q1 (les plus pauvres)	166	93
Q2	300	155
Q3	426	215
Q4	646	301
Q5 (les plus aisés)	1 504	1 101

\*Noter que les dépenses de consommation moyenne dans les chiffres ci-dessus sont les dépenses totales de consommation et non simplement l'alimentation.

<sup>18</sup> *Rapport annuel sur le développement humain durable au Mali : synthèse*. Juillet 1998. Bamako : Observatoire du développement humain durable et de lutte contre la pauvreté au Mali.

par les mesures alternatives de remplacement utilisées par exemple par les enquêtes démographiques et de santé. Le quatrième indicateur présenté « le ménage a une radio » - montre l'ubiquité des radios possédées au Mali et révèle qu'il existe un support efficace pour atteindre les ménages aisés comme les ménages pauvres par des campagnes d'information, d'éducation et de communication (IEC).

Tableau 6 : Sommaire socio-économique des ménages

Indicateur	% de Quintile le plus pauvre			% de Quintile le plus aisé		
	Sikasso	Bla	Total	Sikasso	Bla	Total
Accès à l'eau potable (robinet public ou privé, puits privé, forage/pompe, camion citerne, eau de bouteille) <sup>a</sup>	85	37	60	96	52	73
Le chef de ménage a fréquenté l'école <sup>b</sup>	28	15	21	64	29	46
Le ménage a l'électricité <sup>c</sup>	6	1	3	40	2	21
Le ménage a une radio <sup>d</sup>	81	75	78	92	86	89

<sup>a</sup> différences significatives entre les quintiles de revenus pour Sikasso, Bla et Total à  $p < 0,01$

<sup>b</sup> différences significatives entre les quintiles de revenus pour Sikasso, Bla et Total à  $p < 0,05$

<sup>c</sup> différences significatives entre les quintiles de revenus pour Sikasso à  $p < 0,001$

<sup>d</sup> différences significatives entre les quintiles de revenus pour Sikasso à  $p < 0,01$

### 5.1.5 Dépenses des ménages

Les dépenses d'alimentation sont toujours la dépense principale des ménages maliens. Le quintile le plus aisé à Sikasso dépense 46 % des revenus du ménage pour la nourriture, tandis que le plus pauvre dépense 67 % de ses revenus pour la nourriture. A Bla, les ménages du quintile le plus aisé dépensent 34 % pour la nourriture contre 79 % ceux du quintile le plus pauvre. Une étude de 1993 de la Direction Nationale de la Statistique et de l'Information (DNSI) 1988, en moyenne, les ménages urbains dépensaient 47 % pour la nourriture, tandis que les ménages ruraux dépensaient 57 %. Après l'alimentation, les deux dépenses les plus importantes étaient les services utilitaires et le combustible (charbon de bois, bois, électricité, eau, etc.), et la santé. Les dépenses pour les services utilitaires allaient de 13 % de dépenses totales chez les ménages ruraux pauvres, contre 3 % chez les ménages urbains aisés.

### 5.1.6 Dépenses de santé

A Bla, la santé représente le deuxième poste de dépenses pour les ménages, représentant entre 5 % des dépenses totales pour les ménages les plus pauvres et 53 % pour les ménages les plus aisés, et entre 8 % et 30 % à Sikasso. Le fait que la part de dépenses totales allant à la santé augmente avec le niveau de revenu indique que la santé est considérée comme un produit de luxe par les ménages de Sikasso et de Bla.

Tableau 7 : Pourcentage des dépenses de santé des ménages par quintile

Catégorie de dépenses	Les plus pauvres		Les plus aisés	
	Sikasso	Bla	Sikasso	Bla
Santé <sup>a</sup>	8	5	30	53
Toutes les autres dépenses	92	95	70	60

<sup>a</sup> Différences significatives entre les quintiles le plus pauvre et le plus aisé pour Sikasso, Bla, et Total à  $p < 0,01$ .

Les indicateurs socio-économiques qui ont fait l'objet de cet analyse montrent que les populations de Sikasso et de Bla se ressemblent à celles d'autres études. En conséquence, les résultats de l'étude IPE sont valables pour décrire un échantillon aléatoire des populations et pour les classer en groupes par leurs situations socio-économique.

---

## **5.2 Besoin de services de santé**

Cette section présente les résultats de l'analyse des données des deux sites sur le besoin de services pour les indicateurs choisis, la fièvre, les accouchements et les maladies sexuellement transmissibles (MST). L'analyse communique les résultats pour les deux sites, puis elle traite les différences entre les sites, entre les quintiles de revenus, etc., concernant le besoin de services de santé pour les maladies fébriles, les services liés à l'accouchement et les services de santé reproductive, en particulier les soins curatifs pour les MST.

### **5.2.1 Fièvre**

Approximativement 7 % des ménages de l'échantillon ont indiqué qu'au moins un de leurs membres a souffert de fièvre dans les 15 jours précédant l'enquête. L'enquête a posé une série de questions pour confirmer l'incidence de fièvre et déterminer la gravité relative de l'épisode selon la personne interrogée. En général, les données ne révèlent pas de différence significative dans l'incidence des fièvres par quintile de revenus. Le besoin de soins pour la fièvre était remarquablement uniforme<sup>19</sup> pour les deux sites et les deux sexes. De plus, il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre la gravité de l'épisode de fièvre et le quintile de revenus sur les deux sites. L'incidence de fièvre « grave » et « très grave » était répartie uniformément entre les quintiles. Une série d'analyses furent réalisées pour comparer les sites et les quintiles de revenus entre les sites pour déterminer des différences statistiques. Il existe des différences entre les sites en ce qui concerne le besoin de soins pour les maladies fébriles, mais ces différences ne sont pas significatives statistiquement.

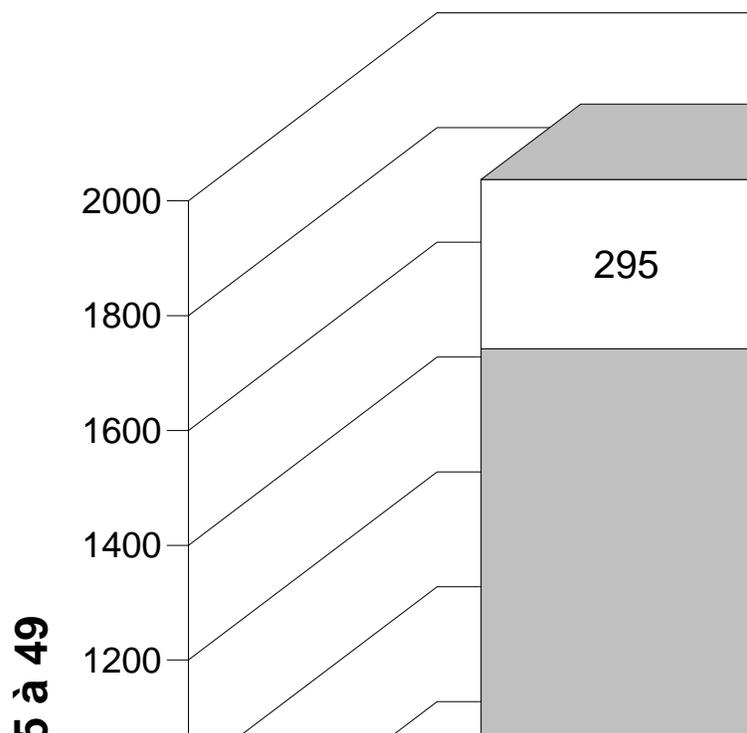
### **5.2.2 Services d'accouchements / grossesse**

Le questionnaire a interrogé des femmes (15-49) qui soit étaient enceintes, soit avaient accouché au cours des 12 mois précédant l'enquête. Le taux de natalité brut varie considérablement entre les deux sites ; 29 naissances pour 1 000 personnes à Sikasso contre 54 pour 1 000 à Bla. Il existe une différence significative entre les deux sites en termes de besoin de services d'accouchement.

---

<sup>19</sup> Les moustiques piquent tout le monde.

Figure 6: Besoins de services liés à la grossesse



Le pourcentage des femmes enceintes (femmes 15-49) sur les deux sites varie de 6 % à Sikasso à 12 % à Bla. A des fins de comparaison, les pourcentages de femmes enceintes pendant l'enquête démographique et de santé de 1996 étaient de 12 % dans les zones urbaines secondaires et de 15 % dans les zones rurales. Il y avait aussi une différence significative entre les sites en termes du nombre des femmes ayant accouché au cours des 12 mois précédant l'enquête (12 % à Sikasso et 26 % à Bla). Ces deux relations étaient très significatives ( $p < 0,001$ ). Mais le quintile de revenus n'a pas de corrélation significative avec le besoin de services d'accouchement/grossesse.

### 5.2.3 Maladies sexuellement transmissibles

Les enquêteurs ont interrogé tous les jeunes gens de 15 à 24 ans dans les ménages de l'échantillon en ce qui concerne leur connaissance et leurs pratiques en matière de MST et de planification familiale. Comme l'on s'y attendait, l'incidence des MST communiquée par les intéressés est faible sur les deux sites, seulement 2,8 pour cent des hommes et des femmes sur les deux sites ayant eu une MST au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ce chiffre est légèrement inférieur à l'incidence indiquée des MST lors de l'enquête démographique et de santé (EDS) de 1995/96 au Mali (3,4%). Cette différence a pu être expliquée par la plage limitée des tranches d'âge de l'échantillon de l'IPÉ (15-24), alors que l'enquête EDS couvrait les âges de 15 ans et au-dessus. Les hommes avaient une incidence plus élevée de MST que les femmes dans l'enquête EDS, ce qui va à l'encontre des constatations de l'IPÉ. Il est possible que les femmes de 15 à 24 ans soient plus susceptibles d'être sexuellement actives que les hommes dans cette tranche d'âge.

Les femmes sont beaucoup plus susceptibles d'indiquer elles-mêmes une incidence de MST que les hommes sur les deux sites ( $p = 0,019$ ). Sur ces deux sites, les jeunes gens de 20 à 24 ans étaient nettement plus susceptibles d'avoir une MST au cours des 12 mois précédant l'enquête que ceux ( $p = 0,057$ ).

47 % des femmes dans les autres quintiles de revenus. Une analyse complémentaire sur chaque site montre que cette relation est significative statistiquement à Sikasso mais non pas à Bla ( $p < 0,05$ ).

En général, pour les deux sites et sexes, les personnes instruites demandent plus souvent des soins en cas de fièvre que les personnes sans instruction (47 % contre 37 %). Cette relation est statistiquement significative ( $p = 0,002$ ).

Quand les hommes et les femmes sont analysés séparément, le niveau d'instruction demeure un facteur positif de détermination de la demande de soins. 53 % des femmes instruites ont demandé des soins par rapport à 41 % des femmes sans instruction ( $p = 0,03$ ), bien que la relation soit plus forte à Sikasso qu'à Bla.

Quand les tendances d'utilisation sont examinées par rapport au niveau d'instruction du chef de ménage, nous avons constaté une relation statistiquement significative ( $p < 0,001$ ). Cependant, en cas de ventilation site par site, la relation entre l'utilisation de soins et le niveau d'instruction du chef de ménage n'était significative qu'à Bla, où 47 % des gens ont demandé des soins quand le chef de ménage est instruit par rapport à 27 % quand il ne l'est pas ( $p < 0,001$ ).

. Ces raisons représentent 90 % de toutes les réponses.

---

<sup>20</sup> Aux fins de cette analyse, les tranches d'âge ont été ventilées ainsi: 0-5, 6-14, 15-24, 25-39, 40-54, et 55 ou plus.

	Source ( %) <sup>a</sup>		
	Sikasso	Bla	Total
Pharmacie	53	14	33
Médicaments disponibles à domicile	18	18	18
Revendeur de médicaments	13	41	27
Thérapeute traditionnel	12	17	15

<sup>a</sup> Différences significatives dans les sources entre Sikasso et Bla à p<0,001

### 5.3.3 Choix du prestataire

Parmi les personnes interrogées qui ont demandé des soins en cas de fièvre, les choix de prestataires les plus fréquents ont été « moderne public » et « moderne privé »  
Tableau 10.

Tableau 10 : Utilisation des soins en cas de fièvre par type de prestataire

	Prestataire ( %)		
	Sikasso	Bla	Total
Moderne public <sup>18</sup>	35	61	45
Hôpital	24	0	15
Moderne privé	19	23	20
Thérapeute	18	16	17
Pharmacie	4	0	3
Revendeur/marché	0	0	0

Le choix du prestataire est en corrélation significative ( $p < 0,01$ ) avec le quintile de revenus, comme la Figure 8 ci-dessous l'illustre. Les gens les plus pauvres sont les moins susceptibles d'utiliser les hôpitaux et les plus susceptibles de consulter des s traditionnels. Ce sont également les plus importants utilisateurs des prestataires privés.

<sup>18</sup> Les prestataires modernes publics comprennent tous les centres de santé, hôpitaux, centres de santé d'arrondissement non-revitalisés, tous les établissements communautaires (CSCOMS et CSAR) et tous les établissements communaux. Les prestataires modernes privés comprennent tous les établissements à but lucratif et non lucratif, ainsi que les praticiens formés travaillant à leur compte, comme les infirmiers en retraite.

un second prestataire. Sur ces cinq personnes, seulement trois sont allées le voir. Douze personnes seulement ont demandé des soins à un deuxième prestataire sans suggestion de . Bien qu'il y ait eu trop peu d'observations pour permettre de tirer des conclusions, le quintile de revenus ne semble pas jouer un grand rôle dans la décision de demander des soins à un deuxième prestataire. Il est frappant de constater qu'à Bla, sur les 36 personnes dont la santé ne s'est pas améliorée à la suite du traitement initial, une seule s'est adressée à un deuxième prestataire .

### **5.3.5 Analyse de régression de la demande de soins pour la fièvre**

Pour conclure cette analyse à variables multiples, nous avons créé comprendre l'importance relative d'un certain nombre de variables dans la décision d'utiliser des services en cas de fièvre. Le modèle utilisé pour les analyses qui est présenté ci-dessous a compris les variables suivantes : rural/urbain, quintile de revenus, sexe, gravité de la fièvre, niveau d'instruction du chef de ménage et niveau d'instruction du malade.

Quand nous avons conduit cette analyse à variables multiples pour étudier **l'utilisation des services pour la fièvre en général**, nous avons constaté que les personnes habitant à la campagne sont seulement 0,64 fois aussi susceptibles de demander des soins en cas de fièvre que les habitants des villes. Bien qu'il existe une certaine corrélation entre le quintile et l'utilisation des services, celle-ci n'est pas complètement claire. Cependant, les individus dans le quintile le plus aisé sont 1,95 fois plus susceptibles d'utiliser des services en cas de fièvre que ceux qui sont dans le quintile le plus pauvre. Les femmes ne sont pas plus significativement susceptibles que les hommes d'utiliser des services pour la fièvre. Les individus souffrant de fièvre « très grave » sont beaucoup plus susceptibles d'utiliser des services de ceux qui souffrent de fièvre peu grave. Enfin, les gens sont plus susceptibles d'utiliser des services si le chef de ménage est instruit (rapport des cotes = 1,36,  $p=0,049$ ). Il n'y avait pas de corrélation entre le niveau d'instruction du malade et l'utilisation des services. Dans l'ensemble, cette régression avait une faible puissance d'explication<sup>22</sup> ( $r^2=0,06$ ). Ces informations sont résumées au Tableau 11.

---

<sup>22</sup> La puissance d'explication mesure jusqu'à quel degré le modèle explique la variation de l'indicateur d'intérêt (dans ce cas – l'utilisation des soins en cas de fièvre). Le  $r^2$  est la mesure statistique de la puissance d'explication de façon précise.

rural/urbain » fait référence aux chances qu'un malade du milieu rural utilisera les soins de santé vis à vis les chances qu'un malade urbain utilisera les soins.

<sup>b</sup>« Très » = très significatif,  $p < 0,01$ , « Signif. » = significatif,  $p < 0,05$ ,

« Non signif. » = pas significatif,  $p > 0,05$

En termes d'utilisation de **prestataires publics** pour des services en cas de fièvre, les habitants de Bla sont significativement plus susceptibles de consulter un prestataire public que ceux de Sikasso (rapport des cotes = 4,02,  $p < 0,001$ ). Mais le quintile de revenus ne semble pas être un facteur déterminant pour la demande de soins chez un prestataire public. Les femmes sont légèrement plus susceptibles que les hommes de consulter des prestataires publics en cas de fi (rapport des cotes = 1,55,  $p = 0,06$ ). Quand des individus sont atteints d'une fièvre « très grave » (par rapport à une fièvre « grave »), ils sont moins susceptibles de consulter des prestataires publics (rapport des cotes = 2,24,  $p = 0,01$ ). Cette analyse de régression a produit  $r^2 = 0,11$ .

Ce modèle est modérément utile pour examiner spécifiquement l'utilisation de services en cas de **prestataires privés** ( $r^2 = 0,08$ ). Les personnes habitant à Sikasso sont beaucoup plus susceptibles d'utiliser des services privés (rapport des cotes = 0,307,  $p < 0,001$ ). Le quintile de revenus et le sexe ne semblent pas être des facteurs déterminants de l'utilisation d'un prestataire privé ou non. Les individus atteints d'une fièvre très grave sont plus susceptibles de consulter des prestataires privés que ceux qui sont atteints d'une fièvre « grave » (rapport des cotes = 0,49,  $p < 0,001$ ) ou « pas grave » (rapport des cotes = 0,37,  $p = 0,009$ ).

Concernant l'utilisation des services de **thérapeutes traditionnels** en cas de fièvre, ce modèle a une faible puissance d'explication<sup>23</sup> ( $r^2 = 0,03$ ). Bien que le recours aux thérapeutes traditionnels soit peu différente à la ville et à la campagne, le quintile de revenus fait une différence. Les

---

<sup>23</sup> Une faible puissance d'explication veut dire que les variables comprises dans le modèle n'ont qu'un faible impact sur la décision d'un malade d'utiliser les soins de santé et sur son choix de prestataire. D'autres variables non-mesurées expliquent son choix davantage.

individus du quintile le plus aisé sont significativement moins susceptibles de consulter un thérapeute traditionnel en cas de fièvre que ceux du quintile le plus pauvre (rapport des cotes = 0,24,  $p=0,012$ ). Les femmes sont significativement moins susceptibles que les hommes de consulter un thérapeute traditionnel en cas de fièvre (rapport des cotes = 0,479,  $p=0,015$ ). Ni la gravité relative de la fièvre, ni le niveau d'instruction du chef de ménage n'affecte le recours aux s traditionnels dans ce modèle.

---

## 5.4 Utilisation des services liés à l'accouchement

Toutes les femmes de l'échantillon de population de l'IPE de la tranche d'âge 15-49 qui avaient eu un accouchement pendant l'année précédant l'enquête ou qui étaient enceintes au moment de l'enquête ont été interrogées. Des questions ont été posées sur leur emploi de services de consultation prénatale et post-natale, ainsi que sur l'accouchement de leur enfant.

### 5.4.1 Utilisation des services liés à l'accouchement dans l'ensemble et par niveau d'instruction, groupe socio-économique

Dans l'ensemble, l'utilisation de services de consultation prénatale par la population de l'échantillon pour cette étude a augmenté en comparaison avec les données recueillies pour tout le Mali dans le cadre de l'enquête EDS de 1995-1996. En 1996, 48,9 % des femmes interrogées ont déclaré qu'elles avaient utilisé des services de consultation prénatale. Selon les données recueillies par l'IPE, 70,9 % ont déclaré qu'elles avaient utilisé des services de consultation

Tableau 12 : Sommaire de l'utilisation des services liés à l'accouchement

	Utilisation des services de consultation prénatale en %			Recours à assistance pour l'accouchement <sup>24</sup> en %			Utilisation des services de consultation post-natale en %		
	Sikasso	Bla	Total	Sikasso	Bla	Total	Sikasso	Bla	Total
Quintile de revenus le plus aisé	90	62	<b>71</b>	96	68	<b>77</b>	58	29	<b>38</b>
Quintile de revenus le plus pauvre	83	54	<b>63</b>	94	58	<b>69</b>	23	24	<b>24</b>
Femme instruite	87	79	<b>84</b>	95	76	<b>89</b>	39	55	<b>45</b>
Femme sans instruction	87	60	<b>68</b>	94	68	<b>76</b>	38	32	<b>34</b>

---

<sup>24</sup> Ici, un accouchement assisté signifie qu'un médecin, une sage-femme, une infirmière obstétrique, une aide-soignante, une matrone ou une accoucheuse traditionnelle était présent pendant l'accouchement. Le lieu de l'accouchement n'est pas pris en compte.

A Bla, le recours aux services de consultation prénatale est en corrélation significative avec le niveau d'instruction de la mère. Les femmes instruites étaient plus susceptibles d'utiliser des services de consultation prénatale que les femmes sans instruction ( $p < 0,01$ ). A Sikasso, l'utilisation de services de consultation prénatale était élevée quel que soit le niveau d'instruction : approximativement 87 % de toutes les femmes utilisaient des services de consultation prénatale.

Les femmes habitant à Bla sont significativement moins susceptibles que celles de Sikasso d'avoir un accouchement assisté ( $p < 0,001$ ). Plus de 30 % des femmes de Bla ont des accouchements sans assistance, par rapport à 5 % à Sikasso.

Les femmes instruites sont significativement plus susceptibles d'avoir un accouchement assisté que les femmes sans instruction ( $p < 0,01$ ), alors que le niveau d'instruction du chef de ménage n'est pas un facteur significatif.

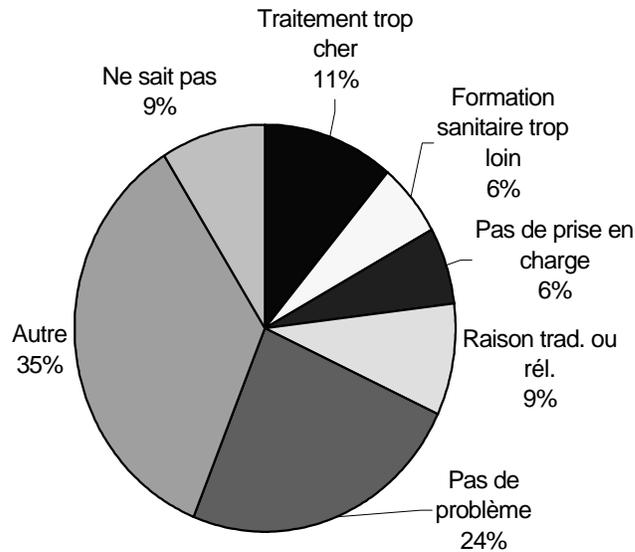
Aucune différence significative n'a été constatée quant à l'utilisation de services de consultation pré- et post-natale entre les quintiles de revenus. Cependant, il existe une relation statistiquement significative entre le quintile de revenus et l'accouchement assisté. En général, les femmes du quintile le plus pauvre sont significativement moins susceptibles d'avoir eu un accouchement assisté ( $p < 0,05$ ) que celles des autres quintiles, particulièrement à Bla.

L'utilisation de services de consultation post-natale est faible en règle générale, ce qui est frappante étant donné le pourcentage élevé de femmes qui utilisent les consultations prénatales. Moins de 36% des femmes ont utilisé les services de consultation post-natale. Le niveau d'instruction de la mère n'était pas significativement en corrélation avec l'emploi de services post-nataux. Mais le niveau d'éducation du chef de ménage était en corrélation positive avec le recours

#### **5.4.2 Raisons pour la non-utilisation des services de consultation post-natale**

Comme l'utilisation des services de consultation prénatale est relativement répandue, l'IPE a étudié les raisons pour lesquels les services post-nataux sont aussi rarement utilisés. Comme indiqué à la Figure 9, la principale raison citée pour ne pas demander de services de consultation post-natale n'était ni financière, ni géographique, ni traditionnelle, ni religieuse. Au lieu de cela, parmi les femmes classées ci-dessous dans la catégorie « pas de problème » qu'elles ne demandaient pas de services de consultation post-natale parce qu'elles n'avaient pas de problèmes nécessitant des soins.

Figure 9 : Raisons citées pour ne pas demander de services de consultation post-natale



#### 5.4.3 Choix du prestataire : Où les femmes accouchent

En plus de la recherche visant à déterminer si les femmes avaient eu des accouchements assistés, l'enquête IPE a demandé où les femmes avaient eu leur accouchement. Le Tableau 13 présente cette information.

Tableau 13 : Accouchements par type de prestataire

Type de prestataire <sup>a</sup>	Quintile le plus pauvre			Quintile le plus aisé		
	Sikasso	Bla	Total	Sikasso	Bla	Total
Moderne public <sup>b</sup>	79	23	40	96	40	58
Moderne privé	0	9	7	0	18	12
Prestataire traditionnel	6	9	8	0	4	2
A domicile	15	57	44	0	39	27

<sup>a</sup> Différences significatives entre les quintiles de revenus et le type de prestataire utilisé pour les

<sup>b</sup> Moderne public comprend l'hôpital

En général, le choix de prestataire pour l'accouchement était différent selon les quintiles de revenus. A Sikasso, la grande majorité de femmes de l'échantillon qui se trouvent dans le quintile de revenus le plus aisé ont accouché dans le moderne public et jamais à domicile. Les femmes dans le quintile le plus pauvre ont accouché moins souvent chez les modernes publics, et 15% ont accouché à domicile. A Bla, ces tendances restent les mêmes, mais le pourcentage de femmes qui

rural/urbain » fait référence aux chances qu'un malade du milieu rural utilisera les soins de santé vis à vis les chances qu'un malade urbain utilisera les soins.

<sup>b</sup>« Très » = très significatif,  $p < 0,01$ , « Signif. » = significatif,  $p < 0,05$ ,

« Non signif. » = pas significatif,  $p > 0,05$

Cet analyse montre que les femmes qui vivent dans zones rurales sont beaucoup moins susceptibles d'avoir un accouchement assisté, comme les femmes qui se trouvent dans le quintile le plus pauvre. Par contre, les femmes ayant eu recours aux services de consultation prénatales sont beaucoup plus susceptibles d'avoir un accouchement assisté.

environ un dixième de la variation dans l'utilisation ( $r^2 = 0,105$ ). Il n'a pas été surprenant de constater que l'utilisation d'un prestataire privé pour les accouchements est en corrélation élevée avec le site urbain (rapport des cotes = 6,87,  $p < 0,001$ ). Il existe également une relation positive (bien que pas très forte) entre le quintile de revenus et l'utilisation d'un prestataire privé pour les accouchements. Le fait d'avoir reçu des services de consultation prénatale ne semble pas influencer l'utilisation d'un prestataire privé selon les résultats de cet analyse. Bien que la relation entre le niveau d'instruction et l'accouchement chez un prestataire privé ne soit pas statistiquement significative, il est intéressant de noter que le niveau d'instruction du chef de ménage a une corrélation négative avec l'utilisation d'un prestataire privé.

Par contre, l'analyse n'a pas éclairé les raisons de la demande de **services de consultation prénatale** ( $r^2 = 0,08$ ). Le fait qu'une femme habite en milieu urbain ou rural a une corrélation significative avec son emploi de services de consultation prénatale (les citadines étant plus susceptibles de les utiliser ; rapport des cotes = 0,280,  $p < 0,001$ ). Il existe une corrélation positive entre le quintile de revenus et l'utilisation des services de consultation prénatale seulement pour le 4<sup>e</sup> quintile.

L'analyse n'explique que faiblement la variation dans l'emploi des **services de consultation post-natale** ( $r^2 = 0,02$ ). Aucune des variables sélectionnées n'est en corrélation significative avec l'utilisation des services post-nataux.

---

## 5.5 Planification familiale et utilisation de soins pour les MST

L'équipe chargée de l'étude a interrogé des jeunes gens de 15 à 24 ans en ce qui concerne leur emploi de la planification familiale, leur connaissance des maladies sexuellement transmissibles (MST) et la demande de soins pour les MST. Dans l'ensemble, cette équipe s'est entretenue avec 740 jeunes gens à Sikasso (346 hommes et 375 femmes) et 525 jeunes gens à Bla (227 hommes et 298 femmes).

### 5.5.1 Connaissance et utilisation de la planification familiale

L'enquête a demandé aux jeunes gens (âgés de 15 à 24 ans) ce qu'ils connaissaient sur diverses méthodes de planification familiale. Il semble y avoir une différence significative entre les sites en termes de connaissance de la planification familiale, les jeunes gens de Bla étant significativement moins susceptibles d'avoir entendu parler de diverses méthodes, 71 % à Sikasso contre 54 % à Bla ayant entendu parler de préservatifs, 75 % à Sikasso contre 70 % à Bla ayant entendu parler des contraceptifs oraux pour le contrôle des naissances. Ces différences étaient significatives ( $p < 0,001$  en ce qui concerne la connaissance des préservatifs,  $p = 0,040$  pour la connaissance des contraceptifs oraux,  $p < 0,001$  pour le stérilet). Les données sont relativement comparables à celles de l'EDS de 1995/96 (dans l'ensemble, 65,9 % avaient entendu parler de préservatifs selon l'EDS, par rapport à 62,5 % des jeunes gens dans l'enquête de l'IPE).

L'enquête a ensuite demandé si les jeunes gens avaient jamais utilisé une méthode de planification familiale pour éviter une grossesse (pour la personne même ou pour son partenaire). A nouveau, les jeunes gens de Bla étaient significativement moins susceptibles selon leurs réponses, d'avoir utilisé une méthode de planification familiale dans le passé que ceux de Sikasso ( $p = 0,003$ ). Toutefois, l'utilisation de planification familiale était faible, 15 % des jeunes gens de Sikasso disent qu'ils avaient utilisé la planification familiale, tandis que seulement 9 % de ceux de Bla disent qu'ils l'avaient utilisée. Par rapport à l'EDS, ces chiffres sont bas ; 12 % des jeunes gens au total disent qu'ils avaient utilisé la contraception dans l'enquête IPE, tandis que les chiffres de l'EDS sont aux environs de 20 %<sup>25</sup>.

Quand on leur a demandé s'ils utilisaient actuellement une méthode de planification familiale pour éviter une grossesse (pour la personne même ou pour son partenaire), les jeunes gens de Bla étaient significativement moins susceptibles d'en utiliser une ( $p < 0,001$ ) que ceux de Sikasso. A Sikasso, 24 % des jeunes gens utilisent actuellement une méthode de PF, contre seulement 8 % à Bla. Il est intéressant de noter que ce chiffre est plus élevé que celui de l'EDS, où seulement 8,2 % des femmes de la tranche d'âge 15-24 et 18,4 % de tous les hommes utilisent actuellement la contraception.

---

<sup>25</sup> La population de base de l'EDS de 1995/96 pour ce calcul consiste en femmes mariées de 15 à 49 ans et en hommes mariés de 15 à 49 ans, alors que celle de l'IPE consiste en hommes et femmes de 15 à 24 ans.

Tableau 15 : Sommaire de la connaissance et de l'utilisation pour la planification familiale

	Sikasso	Bla	Total
% des jeunes gens qui disent qu'ils connaissent une méthode			
Condom	71%	54%	62.5%
Contraceptifs oraux	75%	70%	72.5%
% des jeunes gens qui ont utilisé la planification familiale auparavant (toutes les méthodes) <sup>a</sup>	15 (n=726)	9 (n=495)	12 (n=1221)
% des jeunes gens qui utilisent actuellement la planification familiale (toutes les méthodes) <sup>b</sup>	24 (n=348)	8 (n=284)	17 (n=632)

<sup>a</sup>Différences entre Sikasso et Bla significatives à  $p < 0,01$

<sup>b</sup>Différences entre Sikasso et Bla significatives à  $p < 0,001$

### 5.5.2 Connaissance, prévalence et utilisation des services pour les MST

Il existe une différence significative entre Sikasso et Bla quant à la connaissance des MST; les jeunes de Bla sont beaucoup moins susceptibles de connaître les MST qu'à Sikasso ( $p < 0.001$ ). Cependant, 86% des jeunes dans les deux sites disent qu'ils ont entendu parler des MST. Le niveau de connaissance de certaines MST spécifiques est différent, avec plus de 98% des jeunes ayant une connaissance du SIDA et seulement 29% ayant une connaissance des tumeurs génitales.

Tableau 16 : Sommaire de la connaissance des MST

	Sikasso	Bla	Total
% des jeunes gens qui disent qu'ils ont entendu parler des maladies qui peuvent se transmettre sexuellement	90% (n=736)	80% (n=494)	86% (n=1230)
% des jeunes gens qui ont entendu parler de :	(n=666)	(n=396)	(n=1062)
Syphilis	57%	65%	60%
Blennorragie	64%	59%	62%
SIDA	99%	98%	99%
Tumeur génitale	28%	32%	29%

Comme prévu,<sup>26</sup> l'incidence des MST communiquées par les intéressés est faible sur les deux sites, seulement 2,8 pour cent des hommes et des femmes sur les deux sites disant qu'ils ont eu une MST au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ce chiffre est légèrement plus faible que l'incidence des MST communiquée dans l'EDS de 1995/96 au Mali, qui était de 3,4. Cette différence pourrait être expliquée par la plage d'âges limitée des personnes interrogées par l'enquête IPE (15-24), tandis que l'EDS couvrait les personnes de 15 ans et plus. Les hommes avaient une incidence plus élevée de MST que les femmes dans l'EDS, ce qui est le contraire des constatations de l'enquête IPE. En général, il n'y a pas eu de différences significatives dans la demande de soins entre les jeunes gens instruits et sans instruction, ou entre hommes et femmes.<sup>27</sup>

Tableau 17 : Pourcentage de la clientèle qui a demandé des soins pour des MST

	% qui ont demandé des soins pour des MST		
	Sikasso (n=36) <sup>28</sup>	Bla (n=50)	Total (n=86)
Instruits	61	100	65
Sans instruction	67	70	69
Femmes	70	74	72
Hommes	45	67	55

Après avoir déterminé les besoins en soins pour le traitement des MST chez les jeunes, l'enquête La dernière fois que vous avez eu cette maladie (MST), vous êtes-vous fait soigner ou traiter ? » La majorité des personnes interrogées ont répondu « oui » (69 %). Les personnes interrogées étaient tout aussi susceptibles de se faire soigner à Sikasso qu'à Bla.

On n'a pas observé de différence statistiquement significative concernant le comportement des hommes et des femmes vis-à-vis du traitement des MST, même s'il a été constaté que les femmes étaient plus susceptibles de se faire soigner que les hommes (72 % des femmes contre 55 % des hommes se sont fait soigner en rapport avec leur MST).

La probabilité de se faire soigner pour une MST semble également être liée de manière significative au quintile de revenu ( $p=0,017$ ). Seuls 40 % des jeunes du quintile le plus pauvre se sont fait soigner, contre 67 à 87 % des jeunes des quintiles plus favorisés. Lorsqu'on les décompose par site, cependant, le comportement vis-à-vis du traitement et le revenu restent corrélés de manière significative à Sikasso mais pas à Bla. À Bla, les jeunes de l'ensemble des quintiles étaient relativement susceptibles de se faire soigner pour une MST, alors que seuls 33 % des jeunes du quintile le plus pauvre se faisaient soigner à Sikasso. Par ailleurs, les hommes du quintile le plus pauvre sur les deux sites étaient beaucoup moins susceptibles de se faire soigner que les hommes des autres quintiles, alors qu'il n'existait pas de corrélation significative chez les femmes en fonction du quintile.

<sup>26</sup> Noter que la tendance décrit dans l'EDS et autres enquêtes sur les MSTs est que les clients sont peu disposés à déclarer qu'ils ont eu une MST.

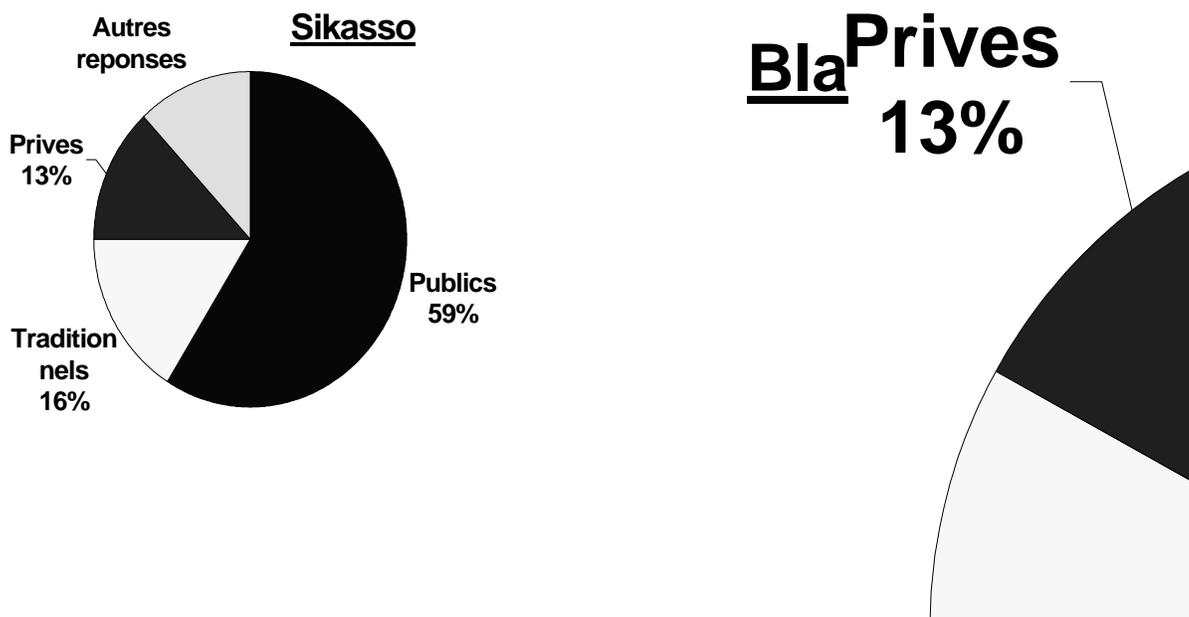
<sup>27</sup> En partie, ce phénomène est dû au faible nombre de jeunes gens qui ont déclaré avoir une MST.

<sup>28</sup> Noter que le n de ce tableau fait référence au nombre total de jeunes clients ayant répondu à Sikasso et Bla qui ont déclaré avoir une MST. Le nombre de clients est différent pour chaque catégorie (personnes instruites, femmes, etc.).

### 5.5.3 Choix du prestataire pour la planification familiale et les MST

En général, les jeunes gens avec un MST préfèrent consulter les prestataires publics modernes et traditionnels pour les MST. Les tendances pour la demande de soins ont été quelque peu différentes pour les deux sites, 59 % des clients de Sikasso recherchant un traitement chez des prestataires publics modernes, y compris l'hôpital, 16 % des clients de Sikasso recherchant un traitement chez des prestataires traditionnels et 13 % des clients de Sikasso recherchant un traitement chez des prestataires privés modernes. A Bla, 48 % des clients ont recherché un traitement chez des prestataires publics modernes, 35 % chez des prestataires traditionnels et 13 % chez des prestataires privés modernes. Sur les deux sites, les clients ont déclaré que la raison la plus importante dans le choix d'un prestataire lors de la recherche de soins pour des MST était la présence de personnel compétent (31 % de tous les clients) suivie de la proximité du domicile du client (28 % de tous les clients). La proximité, par contre, semble légèrement plus importante à Bla qu'à Sikasso. Les clients de Bla ont déclaré que la proximité était légèrement plus importante que du personnel compétent (35 % des clients contre 27 %).

Figure 10: Choix du prestataire pour le traitement des MST



En choisissant un prestataire pour la planification familiale, on a noté certaines différences dans le choix du prestataire entre les deux sites. Sur les deux sites, les clients demandent des services de planification familiale à des prestataires publics modernes (23 % des clients à Sikasso et 37 % à Bla). Cependant, les clients sont beaucoup plus susceptibles de demander des services de planification familiale aux pharmacies à Sikasso (31 %) qu'à Bla (5 %) ( $p < 0,01$ ). A Bla, les clients sont beaucoup plus susceptibles de demander des services de planification familiale à des prestataires traditionnels (26 %) qu'à Sikasso (4 %) ( $p < 0,01$ ). En termes de raisons du choix des prestataires, les raisons les plus importantes sur les deux sites étaient la proximité du domicile des clients (25 % de tous les clients) et la présence de personnel compétent (21 %). Il existait des différences dans les raisons du choix des clients entre les deux sites, les clients de Sikasso déclarant que la compétence du personnel (26 % des clients) et la proximité (22 %) sont les raisons les plus importantes. A Bla, les clients ont déclaré que la proximité était la raison la plus importante (40 % des clients) suivie par la disponibilité des méthodes de planification familiale chez le prestataire (15 %). Ces différences de raisons ont été significatives à  $p < 0,05$ .

## 5.6 Prix payés et mécanismes de solidarité

L'enquête de l'IPE auprès des ménages a inclus des questions sur les prix payés par les clients pour les services reçus, y compris les honoraires de consultation, les honoraires de diagnostics et de laboratoire, les médicaments, les évacuations et références, l'hospitalisation et autres honoraires. On a aussi demandé aux clients s'ils avaient des dépenses de transport pour se rendre chez le prestataire de soins de santé et, le cas échéant, combien. Le tableau ci-dessous présente le **prix total moyen** que les clients disaient qu'ils ont payé selon le type de prestataire chez lequel ils se sont rendus.

Tableau 18 : Prix moyens payés par type de prestataire

Type de visite	Prix moyen payé par type de prestataire (FCFA)							
	Sikasso				Bla			
	Mod. Public	Mod. privé	Trad'l	Pharm	Mod. public	Mod. privé	Trad'l	Pharm
Visite prénatale	6 558	3 507	-	-	3 497	4 188	-	-
Accouchement	7 800	7 333	5 500	-	3 389	3 496	5 625	-
Visite post-natale	2 959	3 050	-	-	1 652	594	1 800	-
Visite pour fièvre	6 768	5 997	3 001	3 408	3 880	3 228	2 608	-
Visite pour MST	8 545	5 625	4 750	7 250	3 890	4 000	-	-

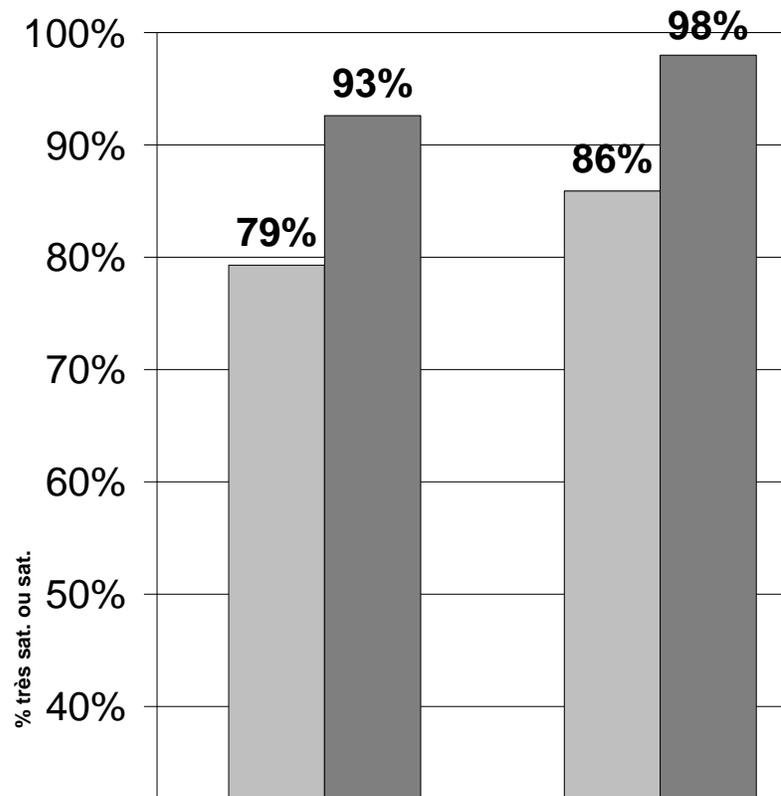
80 % des personnes interrogées qui s'étaient rendues chez un prestataire de soins de santé ont payé pour les services reçus. La majorité des 20 % de clients qui disaient qu'ils n'ont pas payé ont expliqué qu'ils avaient reçu des soins gratuits parce que l'agent de santé était un ami, un membre de la famille ou un voisin.

On a également demandé aux clients s'ils avaient eu du mal à payer pour leurs soins. Bien que 80 % aient répondu par la négative, 58 % des clients de Sikasso et 41 % de ceux de Bla ont dit qu'en général ils trouvaient les prix « chers » (plutôt que « acceptables » ou « moins chers »).

Quand on leur a demandé s'ils avaient bénéficié d'un mécanisme de solidarité au moment de payer pour les services reçus, moins de 4 % ont répondu par l'affirmative. Sur ces 4 %, la plupart

très satisfaites en comparaison avec plus de 36% des gens soignés chez les privés, traditionnels ou les pharmacies ( $p < 0,01$ ).

Figure 11 : Satisfaction par type de prestataire



En termes de dimensions spécifiques des soins, les prestataires publics ont eu des scores très faibles en ce qui concerne la disponibilité des médicaments, mais leurs établissements ont été jugés adéquats pour le service des clients (sièges, espace, etc.). Leurs scores ont aussi été relativement faibles en termes de perception de leur compétence technique et de leurs talents de communications interpersonnelles (seulement 62 % des personnes souffrant de fièvre ont dit que les prestataires publics faisaient toujours du travail de « qualité », et seulement 66 % ont dit que les prestataires publics accueilleraient toujours bien les patients et communiquaient bien avec eux). Le tableau ci-dessous résume ces informations.

Tableau 19 : Satisfaction par dimension de qualité et type de prestataire

Dimensions de qualité	Statut	Public		Privé		Informel		Pharmacie
		Fièvre	Accouch.	Fièvre	Accouch.	Fièvre	Accouch	Fièvre
Comp. Tech.	Toujours	62	76	67	84	70	90	78
	Souvent	26	19	23	16	25	0	11
	Parfois	8	2	3	0	5	10	0
	Rarement	1	0	0	0	0	0	0
	Jamais	0	2	1	0	0	0	0
	Ne sait pas	3	1	6	0	5	0	11
Communications interpersonnelles	Toujours bonnes	66	73	76	74	75	89	88
	Souvent	27	23	22	22	14	11	12
	Parfois	3	3	0	4	5	0	0
	Rarement	2	0	0	0	2	0	0
	Jamais	0	1	1	0	0	0	0
	Ne sait pas	2	0	1	0	4	1	1
Aménagements <sup>a</sup>	Adéquats	92	97	93	96	73	89	78
	Non adéquats	7	3	6	4	27	11	11
	Ne sait pas	1	0	1	0	0	1	11
Accès <sup>a</sup>	Services disponibles	93	98	96	98	92	100	89
	Services non disponibles	5	2	3	2	7	0	11
	Ne sait pas	2	0	1	0	1	0	1
Médicaments <sup>a</sup>	Toujours disponibles	39	46	48	51	61	67	89
	Souvent	24	25	18	22	20	0	11
	Parfois	15	13	3	14	10	0	0
	Rarement	7	4	7	2	3	22	0
	Jamais	14	12	21	8	5	11	0
	Ne sait pas	1	0	3	3	1	0	0

<sup>a</sup> Différences entre les catégories de réponses significatives à  $p < 0,05$  pour les différents types de prestataire

## 5.7.2 Choix du prestataire

Pour les services en cas de fièvre, quels que soient les prestataires, la raison la plus importante du choix d'un prestataire était la compétence technique perçue du personnel (34 %). La raison suivante était l'accès géographique du prestataire en termes de proximité par rapport au domicile du client (28 %). Bien que ces deux raisons soient essentiellement aussi importantes pour le choix d'un prestataire public moderne pour les services en cas de fièvre, les autres prestataires, y compris les prestataires privés modernes et les thérapeutes traditionnels, ont été choisis nettement plus souvent pour la perception de compétence du personnel que les prestataires publics modernes ( $p < 0,05$ ). Relativement peu de clients ont cité des aménagements en mentionnant la propreté et le confort, ou l'accueil et les communications interpersonnelles, comme les principales raisons du choix d'un prestataire. Ces informations sont résumées dans le Tableau 20.

Tableau 20 : Raisons du choix d'un prestataire pour des soins en cas de fièvre

Raison	Pourcentage des clients				Total (n=353)
	Moderne public (n=211)	Moderne privé (n=73)	Thérapeute traditionnel (n=60)	Pharmacie (n=9)	
Personnel compétent	32	37	40	33	34
Proximité du prestataire	31	29	12	44	28
Perception d'efficacité	20	12	22	0	18
Services meilleur marché	1	5	10	0	4
Communications interpersonnelles	0	3	0	0	1
Disponibilité des médicaments	1	4	0	0	1
Aménagements	0	1	0	0	0
Raisons religieuses	0	0	3	0	1
Autres raisons	14	8	13	22	13

Différences entre catégories significatives à  $p < 0,05$  pour différents types de prestataires. Catégorie des revendeurs de médicaments omise en raison des faibles nombres ( $n < 5$ ).

Il semble que la proximité soit plus importante pour les clients en ce qui concerne les accouchements que le traitement de la fièvre – étant citée comme raison la plus importante pour le choix d'un prestataire par 27 %. Ceci est vrai pour tous les prestataires. Cependant, la perception d'efficacité, transmise de bouche à oreille de client à client semble être une raison plus importante pour le choix d'un prestataire public moderne (24 % des réponses) plutôt que d'autres prestataires (2 %-14 %).

## 5.8 Caractéristiques des prestataires

Nous avons recueilli des informations sur tous les membres du personnel et leur source de financement chez les prestataires. Les informations sur le personnel des prestataires et les effectifs par rapport à la population sur les deux sites sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 21 : Ratios des personnels de prestataires

	Pourcentage du personnel médical total		Ratio / Population	
	Sikasso	Bla	Sikasso	Bla
Médecin	16,0	6,25	1/2 529	1/23 164
Infirmier d'Etat	14,4	5,5	1/2 918	1/26 060
Infirmier 1 <sup>er</sup> Cycle	14,0	10,3	1/3 347	1/14 891
Sage Femme	5,5	3,5	1/3 739 femmes	1/21 264 femmes
Pharmacien	1,5	4,2	1/22 762	1/34 746
Laborantin	3,3	1,4	1/12 645	1/104 240
Infirmière obstétricienne	3,3	0,0	1/6 233 femmes	0/106 321 femmes

Dans l'ensemble, les ratios de personnel médical par rapport à la population sont beaucoup plus bas à Bla qu'à Sikasso, parfois dix fois plus bas. Le ratio pour le personnel formé en assistance pour les accouchements est particulièrement inquiétant.

En termes de volumes de services fournis, les prestataires publics disaient qu'ils offrent généralement à la fois les services les plus complets et le volume le plus élevé par prestataire. Une exception notable est la fourniture de services d'immunisation, pour lesquels les prestataires privés à but non lucratif disaient qu'ils ont offert beaucoup plus de vaccinations que les prestataires publics en 1999. Ces informations se trouvent dans le tableau 22.

Tableau 22 : Volume de service annuel<sup>29</sup>

	Sikasso				Bla				Total						
	Public	Privé		Comm	Inform	Public	Privé		Comm	Inform	Public	Privé		Comm	Inform
	(n=12)	FP <sup>30</sup>	NFP			FP	NFP	(16)			FP	NFP			
		(14)	(8)	(12)	(19)	(26)	(27)		(15)						
Consultations externes	4 645	2 115	1 574		62 <sup>31</sup>	16 150	323	4 271	2 047	22	6 946	155	3 234	1 962	35
Consultations prénatales	1 528	57	71			3 403	64	604	818		1 997	58	497	798	
PEV															
DTCP	898	1	1 400			2 563	8	351	745		1 352	3	4 901	678	
Rougeole	572	4	6 000			2 475	0	339	705		1 091	4	2 227	637	
Planification familiale															
Toutes les méthodes	6 671	38	3 491		27 <sup>32</sup>	460	21	293	124	6	9 890	144	8 968	212	14
Préservatifs	14 568	107	1 153			100	49	940	64		9 143	74	6 234	67	
Accouchements assistés	590	30	NA			679	76	82	2 223		616	43	81	210	

Nota – Public dans le tableau ci-dessus comprend les prestataires publics et parapublics ainsi que « communaux ». Les chiffres du tableau ci-dessus sont des moyennes du volume de services pour les prestataires qui offrent les services.

<sup>29</sup> Le tableau présente le volume des services de 1/1/99 à 12/31/99

<sup>30</sup> FP – lucratif ; NFP- non lucratif

<sup>31</sup> « Médecine générale » sur le questionnaire de collecte des données des thérapeutes traditionnels

<sup>32</sup> « Santé reproductive chez les jeunes » sur le questionnaire de collecte des données des s traditionnels.

Nous avons également analysé le personnel des prestataires pour certains services essentiels, tels que les accouchements assistés. Chez tous les prestataires modernes (publics et privés), la majorité des accouchements sont aidés par une matrone (39 %) ou une sage-femme (36 %). Les médecins apportent leur assistance à environ 17 % des accouchements et les accoucheuses traditionnelles à environ 8 % des

Des informations supplémentaires sur le nombre de références fournies et la supervision reçue ont été collectées également auprès des prestataires. Les prestataires publics ont reçu le plus grand nombre de références par an, approximativement 185 par prestataire, contre une moyenne de 21 pour les prestataires privés à but lucratif, 66 pour les prestataires privés à but non lucratif et 21 pour les prestataires communautaires. En termes de proportion de volume de service annuel, ces références représentent une pourcentage plus importante chez les prestataires privé, à but lucratif (13,5% de volume de service annuel) en comparaison avec les publics (2,6%), les privés, à but non-lucratif (2%) et les communautaires (1.1%). La supervision varie également quelque peu selon le type de prestataire. Approximativement 96 % des prestataires publics ont déclaré qu'ils recevaient périodiquement des visites de supervision, alors que seulement 28 % des prestataires privés et 29 % des pharmacies ont fait la même déclaration. Cependant, 37 % des pharmacies ont également déclaré qu'elles recevaient aussi des visites d'inspection.

---

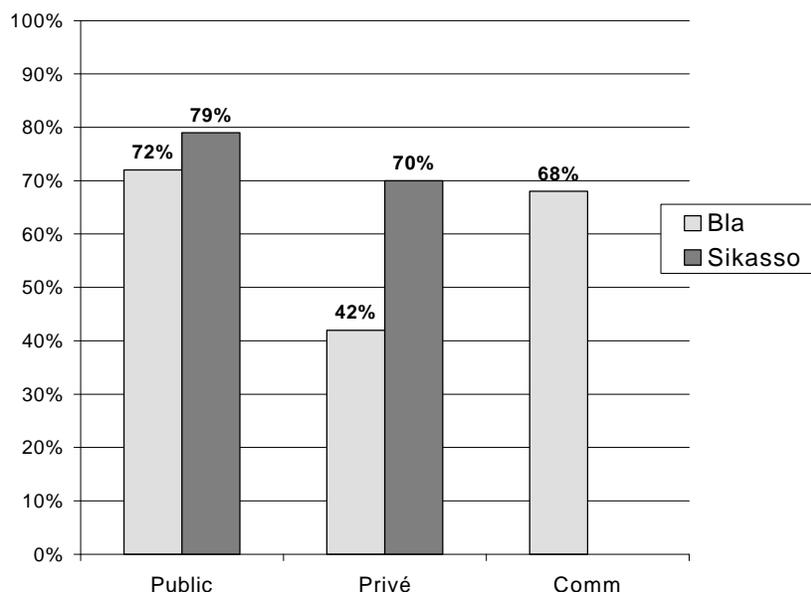
## 5.9 Qualité structurelle

Certaines différences ont été constatées quant à la qualité structurelle parmi les prestataires par rapport à un indice global. Comme indiqué dans la section consacrée à la méthodologie, nous avons évalué les prestataires sur la base de la disponibilité des équipements essentiels, tels que stéthoscopes, thermomètres, chaises ou banquettes pour les salles d'attente, endroits pour se laver les mains, etc., ainsi que le niveau de propreté de l'établissement. Les prestataires publics ont eu des scores nettement supérieurs à ceux des prestataires privés ( $p < 0,05$ ) sur les deux sites en termes de qualité structurelle. Sur les deux sites, les prestataires publics ont eu des scores élevés pour la qualité structurelle (plus de 70 %). Tous les prestataires publics (100%) et près de 93 % des communautaires avaient des endroits adéquats pour que les clients puissent s'asseoir, par rapport à moins de 83 % des prestataires privés. Cependant, les prestataires publics n'ont pas eu d'aussi bons résultats en ce qui concerne la propreté d'ensemble des établissements – seulement 58 % des prestataires publics et communautaires ont été jugés « propres », par rapport à 67 % des prestataires privés<sup>33</sup>. La qualité structurelle d'ensemble est résumée par la Figure 12 ci-dessous.

---

<sup>33</sup> Les modules d'enquête de l'IPE auprès des prestataires ont demandé aux énumérateurs d'évaluer la propreté relative des établissements en utilisant les catégories « propre », « relativement propre » et « pas propre ». Bien qu'une telle évaluation, par définition, soit subjective, des normes uniformes ont été établies pour faire cette évaluation pendant la formation intensive des énumérateurs avant l'enquête.

Figure 12 : Qualité structurelle par type de prestataire



Certain problèmes ont été notés pour tout le groupe des prestataires modernes sur les deux sites, notamment :

- Seulement 50 % de tous les prestataires interrogés disposent d'un thermomètre dans le centre
- Seulement 64 % de tous les prestataires interrogés disposent d'un stéthoscope dans le centre de santé. Les prestataires publics sont plus susceptibles d'avoir un stéthoscope par rapport aux prestataires privés ( $p < 0,001$ ).
- Plus de 20 % de tous les prestataires interrogés ne disposent pas d'une source d'eau potable
- Plus de 38 % de tous les prestataires interrogés n'ont pas d'endroit pour se laver les mains

---

## 5.10 Disponibilité des médicaments

Au cours de l'enquête, on a enregistré les informations nécessaires à une évaluation de la proportion des formations disposant de médicaments essentiels. Les informations ont été collectées soit à partir des déclarations du responsable de la pharmacie, soit à partir d'une observation systématique de l'enquêteur. Le tableau 23 présente les résultats sur la disponibilité des médicaments sur les sites (Sikasso, Bla).

Moins d'une moitié (49 %) des formations disposaient d'aspirine/de paracétamol au moment de l'enquête. Par ailleurs, on constate que 48 % des formations disposaient de chloroquine. En général, moins de 50 % des formations pouvaient fournir des médicaments essentiels aux populations.

Concernant la vaccination, d'une manière générale, moins d'un cinquième des formations disposaient d'antigènes. Le taux de disponibilité variait selon le type d'antigène : 17,5 % pour le DTCP, 17,5 % pour la polio, 19 % pour le BCG, 17,5 % pour le VAR et 20 % pour le VAT. On peut observer qu'il y a très peu de différence entre les taux de disponibilité des vaccins dans les différentes formations, qui restent très faibles. En général, on note le faible taux de disponibilité des antigènes chez les prestataires modernes (publiques, privés) à Sikasso en comparaison avec les formations de Bla.

Le chapitre sur la disponibilité de la vaccination et des médicaments présente également les résultats sur la disponibilité des médicaments et pour les formations qui ont eu une rupture de stock au cours du mois ayant précédé l'enquête pour les médicaments essentiels, les antigènes et certains contraceptifs tandis que 20% des formations ont connu une rupture de stock pour les médicaments, aucune formation n'a connu une rupture de stock des antigènes pendant le mois qui a précédé l'enquête. Les proportions de rupture les plus élevées se situent au niveau de l'amoxicilline (12 %) et de la vitamine A (15 %).

Tableau 23 : Sommaire de la disponibilité des vaccins et médicaments essentiels

Vaccins	Pourcentage des prestataires qui ont eu des stocks réguliers			Pourcentage des prestataires qui ont eu des ruptures de stock au cours du mois dernier		
	Sikasso (n=35)	Bla (n=50)	Total (n=85)	Sikasso (n=35)	Bla (n=50)	Total (n=85)
Aspirine/paracétamol	31	63	49	7	9	8
SRO	27	50	41	3	11	8
Ampicilline	24	50	39	7	11	9
Amoxicilline	27	56	44	10	13	12
Cotrimoxazole	30	58	47	10	11	11
Cholorquine	27	63	48	7	9	8
Vitamine A	12	44	31	11	17	15
DTCP	6	26	18	4	2	3
Polio	6	26	18	4	2	3
BCG	7	28	19	4	2	3
VAR	6	26	18	4	2	3
VAT2	9	28	20	4	2	3
Contraceptifs oraux				4	2	3
Condom				7	4	5

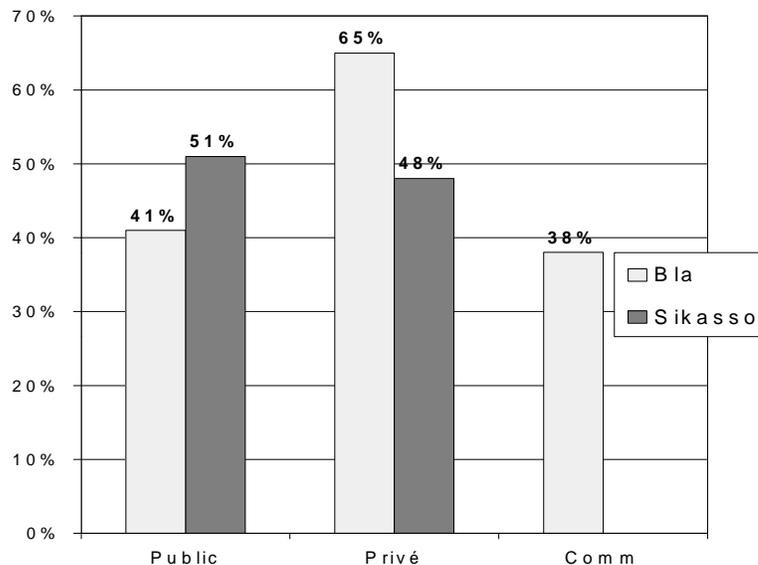
Nota – Le questionnaire n'a pas demandé si les prestataires stockaient régulièrement des contraceptifs (contraceptives oraux ou condoms).

---

## 5.11 Qualité des soins

La qualité des soins, comme on l'a indiqué dans la section consacrée à la méthodologie, a été évaluée en termes de respect des normes de l'OMS et du Ministère de la Santé du Mali pour le traitement des maladies fébriles. Des indices ont été créés sur les tâches d'évaluation et de communications, et sur le respect général des normes pour le traitement de la fièvre. En général, le respect des normes pour le traitement des maladies fébriles était relativement bon pour tous les prestataires sur les deux sites. Toutefois, une variation considérable existait entre les deux sites. Sur les deux sites les prestataires privés ont été jugés faire du meilleur travail que les prestataires publics en termes de respect des normes cliniques pour le traitement des maladies fébriles, mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Cependant, à Bla, les prestataires privés ont fait un travail nettement meilleur que les prestataires publics, effectuant 65 % des tâches correctement pour ce qui est de l'évaluation et du traitement des clients souffrant de la fièvre par rapport à 41 % pour les prestataires publics ( $p < 0,05$ ). A Sikasso, il n'y a pas eu de différence entre les prestataires publics et privés en termes de qualité du traitement pour la fièvre. Ces informations sont résumés dans la figure ci-dessous.

Figure 13 : Qualité des consultations en cas de fièvre par type de prestataire



En termes de tâches spécifiques pour l'évaluation des cas de fièvre et les communications en ce qui concerne les médicaments et de quand retourner au centre de santé, il n'y a en général pas eu de différence entre les types de prestataires. La collecte des données a illustré des déficiences graves en termes de respect des normes pour l'évaluation de la fièvre avec l'emploi d'un thermomètre (41 % sur les deux sites) et pour l'évaluation des symptômes de la rougeole (36 % sur les deux sites). Dans l'ensemble, les communications étaient relativement bonnes, en particulier pour ce qui est de l'accueil des clients. Cependant, très peu de prestataires, de quelque type que ce soit, posent aux clients des questions sur le diagnostic ou les médicaments. Ces informations sont résumées dans le tableau suivant.

Tableau 24 : Respect des normes de soins en cas de fièvre

	% de cas où le prestataire a respecté la norme								
	Public			Privé			Communautaire		
	Sikasso (n=30)	Bla (6)	Total (36)	Sikasso (27)	Bla (7)	Total (34)	Sikasso (0)	Bla (18)	Total (18)
Le prestataire demande durée/début de la fièvre	72	83	74	77	100	82		78	78
Le prestataire utilise un thermomètre pour évaluer <sup>a,b</sup>	47	67	50	56	14	47		11	11
Le prestataire recherche des symptômes de la rougeole	47	33	22	42	50	44		18	18
Le prestataire souhaite la bienvenue au client <sup>a, b</sup>	90	100	92	96	71	92		67	67
Le prestataire explique comment prendre le médicament :									
Comprimés	68	67	68	59	86	65		75	75
Sirop	52	50	52	55	67	59		83	83
Le prestataire demande au client/à la client s'il a/si elle a des questions	3	0	3	4	14	6		0	0

<sup>a</sup> Différence pour le pourcentage « total » entre les types de prestataire significative à  $p < 0,05$

<sup>b</sup> Différence entre les pourcentage pour Sikasso et Bla pour les prestataires privés significative à  $p < 0,05$

## 5.12 Fixation des tarifs et présence des mécanismes de solidarité

Nous avons recueilli des informations sur le pourcentage des prestataires qui déclarent qu'ils font payer pour leurs services et sur les tarifs moyens pour les services ainsi que sur le degré de recours aux mécanismes de solidarité qu'ils offrent. Il est intéressant de noter que les données indiquent que les prestataires publics font plus souvent payer que les prestataires privés, peut-être en raison des systèmes moins rigides pour la facturation chez les privés. Dans l'ensemble, cependant, les tarifs moyens des prestataires privés sont plus élevés que ceux de tous les autres types de prestataire, suivis par les prestataires informels, qui ont des tarifs légèrement plus élevés que ceux des prestataires publics. Les pharmacies, qui font payer pratiquement tous leurs clients, ont la structure de tarifs la plus basse, probablement en raison du niveau d'intensité plus faible des types de services qu'elles offrent. Ces informations sont résumées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 25 : Facturation des services et tarifs par type de prestataire

	% qui facturent pour des services			Tarif – Consultation externe adulte (CFA)		
	Sikasso	Bla	Total	Sikasso	Bla	Total
Public	92	95	94	428	225	326,5
Communautaire		93	93		181	181
Privé	67	55	61	1424	645	1034,5
Informel	47	37	42	362	350	356
Pharmacies	100	100	100			

En général, les prestataires informels sont les plus susceptibles de dire qu'ils offrent un mécanisme de solidarité sur les deux sites à 74 % des prestataires. Au deuxième rang, on trouve les prestataires publics, puis les prestataires privés et communautaires. Ces informations sont résumées dans le Tableau 26.

Tableau 26 : Présence des mécanismes de solidarité

	Public	Commun	Privé	Informel	Pharmacies
Bla	50 %	20 %	32 %	64 %	17 %
Sikasso	69 %	na	36 %	84 %	26 %
Moyenne	60 %	20 %	34 %	74 %	22 %

Les différents types de mécanismes de solidarité utilisés par les prestataires sur les deux sites sont :

- Prix différenciés
- Prépaiement ou mutuelles
- Post-paiement<sup>34</sup>
- Dispenses/exonérations
- Fonds de solidarité

Il y avait une certaine différence entre les types de prestataires en termes de types de mécanismes de solidarité offerts. Pour les prestataires publics et privés modernes qui utilisent un mécanisme, les mécanismes les plus souvent cités ont été les dispenses (75 %), le post-paiement (17 %) et les fonds de solidarité (17 %). Très peu de prestataires ont déclaré offrir le prépaiement ou les régimes de mutuelles pour couvrir les clients incapable de payer pour les services. Les prestataires traditionnels ont utilisé les trois mêmes types de mécanismes, mais les exonérations ont été utilisées un peu plus souvent (82 %). Le plus souvent, les pharmacies ont utilisé le post-paiement (60 %) et des prix différenciés (30 %).

<sup>34</sup> Paiement différé ici indique généralement les crédits et les paiements partiels.

Les services les plus souvent cités que ces mécanismes de solidarité ont couvert pour les prestataires publics et privés modernes ont été les consultations d'adultes et d'enfants (52 % des réponses). Pour les prestataires traditionnels et les pharmacies, le service le plus fréquemment couvert a été le paiement pour les médicaments (100 % des réponses des pharmacies et 82 % des réponses des prestataires traditionnels). En termes de problèmes possibles de fonctionnement des mécanismes de solidarité cités, la plupart des prestataires (70 %) estiment qu'il n'y a « pas de problème » avec l'emploi du mécanisme qu'ils ont cité. Entre 10 % et 25 % des prestataires de tous types pensent que les mécanismes qu'ils ont cités ont été « trop utilisés ». Enfin, nous avons demandé aux prestataires de déclarer qui avait pris les décisions sur l'application d'un mécanisme de solidarité dans leur établissement. En général, les infirmiers semblent décider le plus souvent. Les réponses sont indiquées ci-dessous :

- Prestataires modernes
  - Médecin - 25 %
  - Infirmier - 32 %
  - Association communautaire - 7 %
  - Autre (aide-soignant, matrone) - 35 %
  
- Pharmacies
  - Pharmacien en chef - 100 %

---

## 6. Discussion

Les données présentées dans ce rapport résument les principaux thèmes que nous avons trouvés en étudiant les besoins en soins de santé, l'utilisation des services de santé, et les prestataires des soins dans deux sites pilotes au Mali. Ce qui ressort de ces données est un image complexe de l'offre et de la demande de soins de santé, un image dans lequel le coût des traitements, la qualité, l'accès géographique et la connaissance des pratiques acceptables de soins de santé par les populations sont tous des facteurs importants. Cette section résume les principaux thèmes de la collecte des données de référence de l'IPE et présente des recommandations pour des interventions possibles afin d'améliorer l'offre et l'utilisation des

Ce rapport présente un certain nombre de constatations sur les besoins de services de santé, la demande de soins, les prix payés pour les services, la satisfaction de la clientèle, la qualité structurelle et la qualité des soins, les tarifs et les mécanismes de solidarité. Les constatations principales sont résumées ci-dessous.

- **Besoin de services de santé** - Les données ne montrent pas de différences significatives dans l'incidence de la fièvre selon le quintile de revenus. Tout le monde est vulnérable quant aux fièvres. La différence entre rural et urbain est le facteur le plus déterminant du besoin de services liés à l'accouchement. Les femmes sont beaucoup moins susceptibles de faire état d'incidence de MST que les hommes sur les deux sites ( $p = 0,019$ ). Sur les deux sites, les jeunes gens de 20-24 ans étaient beaucoup plus susceptibles d'avoir une MST au cours des 12 mois précédant l'enquête que les jeunes de 15-19 ans ( $p = 0,057$ ).
- **Utilisation de soins pour la fièvre** – L'utilisation de soins a tendance à être plus forte en milieu urbain (Sikasso) qu'en milieu rural (Bla). Le niveau d'instruction des clients et des chefs de ménages peut être important en matière de décisions d'utilisation de soins. Le coût des soins n'est pas cité comme raison du choix des prestataires, mais les clients citent souvent un manque général d'argent.
- **Utilisation de services liés à l'accouchement** - Le niveau d'instruction de la femme est un facteur clé, en particulier en milieu rural, pour déterminer si les femmes demandent des services de consultation prénatale. Le site aussi est un facteur important pour déterminer si les femmes ont des accouchements assistés. Les femmes habitant à Bla sont beaucoup moins susceptibles que celles de Sikasso d'avoir un accouchement assisté. De plus, les femmes pauvres du quintile de revenus le plus bas sont nettement moins susceptibles d'avoir un accouchement assisté que les femmes d'autres quintiles. Le recours aux services de consultation post-natale dépend plus du niveau d'instruction du chef de ménage que de celui de la mère. Partout l'utilisation de services de consultation post-natale
- **Planification familiale et utilisation des services pour les MST** - Le site est un facteur important pour la connaissance et l'utilisation de la planification familiale. Les jeunes gens de Bla étaient nettement moins susceptibles de connaître une méthode de planification familiale et de connaître les MST. Cependant, l'utilisation de la planification familiale était universellement basse. En général, les jeunes clients préfèrent demander des soins aux prestataires modernes publics et aux prestataires traditionnels pour les MST.

- **Prix payés** - 80 % des personnes interrogées qui se sont rendues chez un prestataire de soins de santé ont payé pour les services reçus. Moins de 4 % des interrogées disent qu'elles ont bénéficié d'un mécanisme de solidarité au moment de payer pour les services reçus. Les clients ont décrit une série de prix plus élevés que ceux qui avaient été mentionnés par les prestataires
- **Satisfaction de la clientèle** - En général, les clients étaient surtout satisfaits des pharmacies et des prestataires du secteur privé quant à la fourniture de soins pour la fièvre, et des thérapeutes traditionnels et des prestataires privés en ce qui concerne les services d'assistance à l'accouchement. Les prestataires publics ont été classés plus bas que les autres prestataires à la fois pour les soins en cas de fièvre et les services d'accouchement. Pour les soins en cas de fièvre, quel que soit le prestataire, la raison la plus importante pour le choix d'un prestataire a été la perception de
- **Qualité structurelle et qualité des soins** - Les prestataires publics ont été classés nettement plus haut que les prestataires privés ( $p < 0,05$ ) sur les deux sites en termes de qualité structurelle. Les médicaments essentiels sont disponibles dans moins de 50% de toutes les formations. En général, le respect des normes pour les maladies fébriles a été relativement satisfaisant pour tous les prestataires et sur les deux sites. Toutefois, les résultats des prestataires publics ont été inférieurs à ceux des prestataires privés dans plusieurs domaines des soins pour la fièvre, notamment le respect des normes d'évaluation et les communications interpersonnelles entre prestataires et clients.
- **Tarification et présence des mécanismes de solidarité** - Les prestataires publics sont plus susceptibles d'avoir un barème officiel de tarifs pour leurs services et, par conséquent, ils sont plus susceptibles de faire payer pour ces services. Dans l'ensemble, cependant, les prix moyens des prestataires privés sont plus élevés que ceux de tous les autres prestataires, suivis par ceux des prestataires informels. Les mécanismes de solidarité sont les plus présents dans le secteur informel.

L'un des thèmes centraux des données de l'IPE est que la faible utilisation des services de santé au Mali n'est pas la conséquence d'un facteur unique. Bien que cela puisse sembler évident, la conclusion selon laquelle les ressources économiques ne sont pas le facteur essentiel déterminant l'utilisation des soins de santé est importante. Cette conclusion n'est pas toujours soutenue dans la littérature des autres pays et des autres services qui sont examinés dans les annexes de ce rapport. Dans l'ensemble, nous ne pouvons pas conclure que les pauvres utilisent systématiquement moins les services que les autres groupes de revenus ou que la raison principale pour la faible utilisation est nécessairement un obstacle financier.

Cependant, pour certains services, le revenu est un facteur important pour déterminer la demande de soins; par exemple, les femmes pauvres sont significativement moins susceptibles d'avoir un accouchement assisté que les femmes d'autres quintiles de revenus. Il est possible que l'utilisation des services curatifs soit plus indépendante des revenus que celle des services préventifs. L'analyse de l'IPE n'a pas découvert de corrélation entre le quintile de revenus et l'utilisation de services en cas de fièvre, tandis que le quintile de revenus a une corrélation généralement positive avec l'emploi de services de consultation post-natale. Cependant, comme l'utilisation des services de consultation prénatale n'avait pas de relation avec le niveau de revenus, il faudrait faire une analyse complémentaire pour déterminer si et quand la pauvreté est liée aux niveaux faibles d'utilisation. Il ressort clairement de l'étude de l'IPE que les gens les plus pauvres tendent à utiliser différents types de prestataires que ceux des autres quintiles de revenus. Même s'ils sont tout aussi susceptibles d'avoir recours à un prestataire, ils sont plus susceptibles de sélectionner des thérapeutes traditionnels et des prestataires privés, et ils semblent utiliser moins souvent les hôpitaux. Par conséquent, il est possible que les soins reçus par les pauvres soient définis par des normes différentes que ceux qui définissent les soins pour les non-pauvres.

Si l'importance relative des revenus dans les tendances d'utilisation de soins n'est pas claire, un facteur dans la détermination de la demande de soins est extrêmement clair : les gens qui habitent en milieu rural sont systématiquement moins susceptibles d'utiliser des services de santé que les citadins. En fait, les indicateurs pour ceux qui habitent en zone rurale ont une tendance moins favorable. Particulièrement, les habitants ruraux ont des niveaux d'éducation et de revenus plus bas que les citadins. Les constatations socio-économiques de l'IPE confirment que les ménages de Bla sont beaucoup plus pauvres que ceux de Sikasso. Le cercle rural de Bla avait des niveaux significativement inférieurs d'instruction que la commune de Sikasso. Comme le niveau d'instruction du client et/ou du chef de ménage s'est avéré un déterminant important de l'utilisation de presque tous les services inclus dans les enquêtes de l'IPE, les habitants de Bla étaient beaucoup plus vulnérables que ceux de Sikasso. Bien entendu, les clients ruraux ont également un accès géographique aux prestataires de soins de santé plus réduit que les citadins, en particulier à ceux du secteur moderne. Enfin, les ratios d'effectifs médicaux par rapport à la population dans le cercle rural Bla sont inférieurs à ceux de la commune de Sikasso, ce qui rend l'accès à un

Le problème de la présence de personnel qualifié est également important car les constatations de l'IPE démontrent que les clients évaluent la qualité des prestataires de services lors de leur sélection pour demander des soins. Contrairement à la sagesse traditionnelle selon laquelle les clients cherchent essentiellement des aménagements et un accueil chaleureux lors de leur choix d'un prestataire, ils citent la perception de la compétence technique du personnel comme la raison primaire de leur choix d'un prestataire pour les services curatifs dans cette étude. La pénurie de certains équipements médicaux de base qui a été documentée par l'étude de l'IPE peut certainement affecter la capacité de fourniture efficace des services de nombreux prestataires.

De plus, les constatations de l'enquête de l'IPE montrent qu'il est important d'aller au-delà de la seule mesure de la disponibilité des intrants de base quand on évalue le marché pour la fourniture de soins de santé. En fait, les prestataires et leurs superviseurs doivent tenir compte du processus de soins également. Combler les fossés de performances dans la façon dont les cliniciens évaluent, diagnostiquent et (ne l'oublions pas) communiquent avec les patients est une priorité très claire qui ressort des données de l'IPE. Le soutien de ces améliorations doit être simple, pratique et faisable, de façon à ce que les praticiens et leurs superviseurs puissent essayer de combler ces fossés de performances de façon régulière et périodique. Les méthodes traditionnelles de contrôle de la qualité des soins dépendent d'évaluations externes et d'enquêtes coûteuses qui ne peuvent pas être réalisées très souvent. L'auto-évaluation est une méthode qui peut être utilisée localement par les prestataires pour améliorer leur propre performance en ce qui concerne le traitement des patients et la gestion de leurs cliniques. Une combinaison de formation en techniques d'assurance qualité de base et d'auto-évaluation périodique de la performance pourrait former la base de l'amélioration de la façon dont les patients sont traités ainsi que des éléments structurels de la fourniture des soins.

En plus des améliorations de la qualité, il existe un besoin évident de mobilisation des populations, en particulier rurales, pour utiliser les services de santé. Les mutuelles sont l'une de plusieurs stratégies en ce sens proposées par des responsables des intéressés à Sikasso et à Bla. Plusieurs caractéristiques des mutuelles en font une solution appropriée pour certains des principaux problèmes d'utilisation découverts par l'étude de l'IPE. D'abord, les mutuelles peuvent réduire le prix des soins de santé sur le lieu du service. En général, l'insuffisance d'argent a souvent été citée dans l'étude de l'IPE comme une raison de la non-utilisation (mais il y avait rarement une corrélation avec le quintile de revenus). Les membres adhèrent aux mutuelles quand ils ont des ressources à leur disposition (lors des récoltes, par exemple), et ils reçoivent une gamme de services qu'ils contribuent à définir tout au long de l'année avec un petit copaiement au moment du service. Les mutuelles peuvent être utiles pour s'attaquer à des problèmes de santé particuliers. Par exemple, l'étude de l'IPE a démontré que très peu de femmes utilisent des services post-nataux. En incluant de tels soins dans une gamme de services, les mutuelles encouragent leurs membres à tirer parti de ces services. De plus, les mutuelles constituent un forum permettant à leurs membres de se rencontrer et de discuter leurs besoins de santé et leurs demandes. Ces réunions peuvent aussi constituer d'excellentes occasions de disséminer des messages d'éducation sur les MST, sur l'importance des services de consultation post-natale, etc.

Ces conclusions et recommandations ont été résumées par les auteurs de ce rapport. Cependant, ce sont les partenaires de l'IPE sur les deux sites pilotes qui ont examiné les données pendant des ateliers locaux et fait des recommandations sur la façon dont les données pourraient être utilisées. La vérification de l'efficacité des stratégies développées avec des partenaires locaux sur ces sites sera le futur travail de l'IPE, suivi par une évaluation détaillée qui examinera l'efficacité des stratégies retenues. De cette manière, ce rapport représente seulement la première étape en direction de l'amélioration de la fourniture de soins de santé et de leur utilisation dans la commune de Sikasso et le cercle de Bla.

---

## **7. Annexes**

---

## 7.1 Personnel de l'IPE/Mali

### PERSONNEL NATIONAL

#### Direction du Projet

Mr Cheick HT Simpara  
Mr Ousmane Sidibé

Team Leader  
Site Manager

#### Superviseur de la saisie

Mr Guédiouma Tangara

DNSI

#### Traitement informatique

Mr Sabou Djibrina

Projet Assurance Qualité (Niger)

#### Secrétariat – Comptabilité

Mme Bah Oumou Traoré

#### Superviseurs des enquêtes

Mr Cheick HT Simpara  
Mr Ousmane Sidibé

#### Chefs d'équipe cartographes-énumérateurs et contrôleurs (euses)

01. Djiré Mahamadou  
02. Famolo Konaré  
03. Youba Boiré  
04. Mamoutou Kodio  
05. Sidiki Kané

06. Sékouba Sidibé  
07. Ousmane Tamboura  
08. Sékou Touré  
09. Touré Lallo

#### Enquêtrices/enquêteurs

1. Sanogo Djélika  
2. Bintou Dicko  
3. Traoré Fatimata  
4. Diakité Saran Kaba  
5. Touré Borgo  
6. Sangaré Ténin Koné  
7. Timbely Aïssata  
8. Dr Katilé Mouminatou  
9. Diallo Anna

17. Konaté Gaoussou  
18. Camara Mamadou  
19. Bah Alassane  
20. Fati Ousmane  
21. Doumbia Abdoul Karim  
22. Traoré Modibo Abdoulaye  
23. Sangho Bouba Ba  
24. Diallo Modibo  
25. Traoré Bakary

10. Dantioko Oumou
11. Traoré Alimata
12. Traoré Fatimata
13. Maïga Aïssata
14. Kanouté Safiatou
15. Dr Berthé Djélika
16. Dr Koné Oumou

26. Tandia Souleymane
27. Sylla Modibo
28. Doumbia Ibrahima
29. Bah Ousmane
30. Sanogo Mahamane
31. Seydou Abdourhamane
32. Sangaré Cheick Oumar

### **Chauffeurs**

1. Bréma Ba
2. Cheick Oumar Diarra
3. Djimo Coulibaly
4. Bakary Koné

### **Vérification et codification**

1. Guédiouma Tangara
2. Yacouba Traoré
3. Moussa Kéïta

### **Agents de saisie**

1. Mme Maïga Nia Touré
2. Astan BA
3. Assanatou Diallo
4. Nana Aïssa Touré
5. Aminata Sangaré

### **Traduction en langue Bamanan**

Coulibaly Mamadou DNAFLA

### **Formation**

1. Dr Alpha Guitteye Consultant
2. Dr Fatimata Traoré DSFC

### **PERSONNEL INTERNATIONAL**

#### **Projet Partenariats pour la réforme de la santé**

Dr Marty Makinen Vice Président Abt Associates et conseiller  
Mme Allison Gamble Kelley Directrice PHR Afrique de l'Ouest

#### **Projet d'Assurance de la Qualité**

Dr Edouard Kelley Conseiller technique/Washington

---

## 7.2 Thèmes actuels de la littérature sur l'équité

Un certain nombre de modifications sont souvent apportées aux programmes de recouvrement des coûts pour atténuer les inégalités pouvant résulter de la facturation directe des services aux utilisateurs de services de santé. L'Annexe 7.2 a pour objet de présenter le contexte de l'Initiative pour l'équité (IPE) en passant brièvement en revue la littérature existante sur les implications pour l'équité des paiements par les utilisateurs et, en particulier, sur les mécanismes de protection qui accompagnent souvent les paiements par les utilisateurs.

### 7.2.1 Copaiements et équité

La relation entre la recouvrement des coûts et l'équité est toujours ambigu. La Banque mondiale, entre autres, a affirmé que le paiement des services par les bénéficiaires de ces services entraînera une consommation plus efficace de ces services tout en augmentant les ressources publiques pour ces services avec des externalités positives, telles que les vaccinations, ainsi que les services de consultation prénatale et maternels (Shaw et Ainsworth 1996, Waters). Cependant, dans la pratique, l'introduction des paiements par les utilisateurs en l'absence de mécanismes de protection efficaces risque d'avoir un impact négatif pour les pauvres. Il a été prouvé que l'impact de la recouvrement des coûts sur l'accès et l'équité de la façon dont les initiatives sont conçues et mises en œuvre (Leighton 1995)

Le tableau suivant résume certaines des manières dont les paiements par les utilisateurs peuvent avoir un impact sur les pauvres.

#### Impacts positifs et négatifs possibles des paiements par les utilisateurs sur les pauvres

Positifs	Négatifs
<ul style="list-style-type: none"><li>◆ Amélioration de l'accès dans les zones rurales – utilisation des revenus provenant des paiements par les utilisateurs pour accroître les services dans les zones rurales ;</li><li>◆ Amélioration de la qualité des services – il a été démontré que l'amélioration de la qualité fait plus que compenser l'effet des prix dans certaines situations de recouvrement des coûts ;</li><li>◆ Discrimination en matière de prix – Les personnes qui ont les moyens de payer financent en fait les services de celles qui n'ont pas de tels moyens et sont exonérées des paiements ;</li><li>◆ Elasticité supérieure de la demande pour les pauvres en termes de temps – la réduction de la durée des déplacements ou de l'attente pour les pauvres (en augmentant les services dans les zones rurales) augmente l'utilisation par les pauvres plus que par les autres.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>◆ L'effet du prix sur la demande – le paiement pour les services, s'il n'est pas accompagné d'améliorations simultanées de la qualité, réduit l'accès de tous les groupes démographiques ;</li><li>◆ Elasticité plus élevée en termes de prix pour les pauvres – les pauvres semblent être plus sensibles aux augmentations de prix que les autres, et les enfants y sont plus sensibles que les adultes ;</li><li>◆ Application sélective des paiements par les utilisateurs – soins gratuits administrés aux patients plus aisés, comme les soldats, les fonctionnaires ou les amis des membres du personnel de santé.</li></ul>

Extrait de *Means Testing in Cost Recovery of Health Services in Developing Countries* (Willis 1993)

Un programme bien conçu de recouvrement des coûts tentera de minimiser les impacts négatifs sur l'équité et maximiser les impacts positifs. Cependant, pour pouvoir atteindre les buts de recouvrement des coûts et d'équité, les politiques en matière d'équité doivent être conçues de façon non seulement à protéger les pauvres, mais aussi à assurer la collecte des paiements des personnes en mesure de payer (Willis et Leighton 1995).

## 7.2.2 Politiques courantes en matière d'équité

Un élément crucial pour assurer l'efficacité d'une politique d'équité est l'identification des pauvres. La question de la responsabilité de l'identification des pauvres et du critère d'éligibilité pour l'exonération n'est pas souvent posée – et les réponses sont encore plus rares (Kaddar et al., 1997). Kaddar et al. décrivent deux approches africaines fréquentes à ce problème : (1) l'approche centralisée, selon laquelle l'administration ou le personnel de santé identifie les pauvres et leur accorde une exonération et (2) l'approche décentralisée, dérivée de l'Initiative de Bamako, selon laquelle les communautés identifient les pauvres et accordent des exonérations par le biais des comités de gestion ou de santé. Ces deux approches souffrent de « considérations paternalistes » (Kaddar, et al., 1997).

La majorité des travaux conçus pour examiner l'équité ont porté sur le ciblage et, plus spécifiquement, sur le contrôle des moyens de payer et le ciblage basé sur les caractéristiques. Le contrôle des moyens (parfois appelé ciblage direct) utilise la mesure des revenus ou des ressources pour identifier les personnes à exonérer ou pour lesquelles une réduction des prix est souhaitable. Le ciblage basé sur les caractéristiques utilise des caractéristiques autres que les revenus ou les ressources pour identifier les personnes à exonérer ou pour lesquelles une réduction des prix est souhaitable. Le contrôle des moyens vise à exonérer du paiement les personnes moins capables de payer les honoraires médicaux en leur accordant des exonérations sur une base individuelle. Le ciblage basé sur les caractéristiques a pour but d'exonérer un groupe entier de l'obligation de paiement - par exemple, toutes les femmes enceintes seraient exonérées de l'obligation de payer pour les services de consultation prénatale. Le ciblage basé sur les caractéristiques peut aussi être utilisé pour exonérer les gens qui habitent dans une région géographique connue pour . Beaucoup a été écrit sur les avantages et inconvénients des diverses méthodes de ciblage (Willis et Leighton 1995, Waters, Willis 1993, Makinen et Raney 1994), en opposant l'exactitude au coût<sup>35</sup>. Il est généralement accepté que bien que l'obtention d'une exactitude supérieure en ciblant les pauvres limite les fuites de bénéfiques pour les personnes non pauvres, elle nécessite plus de renseignements et coûte donc plus cher que le ciblage basé sur les caractéristiques.

De nombreux facteurs constituent des obstacles au contrôle des moyens de payer dans les pays africains. La faiblesse institutionnelle signifie que le contrôle des moyens est décentralisé, effectué de façon informelle au point de service, et qu'il est très peu efficace en Afrique (Willis 1993, Waters, Willis et Leighton 1995). Divers mécanismes informels sont employés pour administrer le contrôle des moyens ; participent au contrôle par le biais de comités de santé ou de leaders communautaires, tandis que des membres du personnel de santé effectuent ce contrôle à d'autres endroits. Les deux systèmes ont des inconvénients, y compris les pressions sociales visant à renoncer à l'obligation de paiement pour les amis ou la famille, une administration subjective selon le point de contact et la diminution du temps disponible pour traiter les patients (Willis 1993). Les gouvernements, les établissements de santé et les conseillers techniques n'ont pas accordé une importance suffisante au besoin

---

<sup>35</sup> Pour une discussion plus approfondie de ce problème, cf. Willis, pp. 28-37 (1993). Aux fins de ce papier, l'exactitude peut avoir pour conséquence une couverture insuffisante, dont une mesure consiste à diviser le nombre des pauvres auxquels des bénéfiques ont été refusés à tort par le nombre total des pauvres. Les « fuites », ou le nombre des personnes non pauvres recevant des bénéfiques, peuvent être mesurées en divisant le nombre des bénéficiaires non pauvres par le nombre total des bénéficiaires.

, en particulier en atténuant l'impact des paiements par les utilisateurs sur les pauvres dans la plupart des contextes (Diop et al. 1995). En Zambie, l'analyse des données de la *Living Conditions and Monitoring Survey* indique que des secteurs importants de la population participent à des plans de prépaiement volontaire, en particulier au niveau de l'h . Les données de deux provinces dans lesquelles des plans pilotes de prépaiement ont été mis en œuvre (Copperbelt et Lusaka) suggèrent que les plans de prépaiement volontaire organisés dans les établissements publics de santé pourraient changer la polarisation sociale au niveau national . En moyenne, 27 % des consultations dans les établissements privés, les hôpitaux, les cliniques et les centres de santé publics sont couvertes par des plans de prépaiement volontaire en liaison avec les employeurs (Diop, 1997).

D'autres études sur la promotion de l'équité par le biais du partage des risques et du prépaiement pourraient apporter une contribution importante à ce sujet. Par exemple, la pauvreté peut être saisonnière pour les communautés comptant sur l'agriculture – en particulier la culture de subsistance. Si des petits cultivateurs pouvaient prépayer au moment de la moisson afin d'obtenir une couverture partielle de services de santé pour toute l'année, peut-être même en utilisant un paiement en nature, des paiements réduits pour les services sur le lieu d'administration de ces services seraient moins un obstacle à la demande de soins. De plus, un tel système mobilise les ressources des personnes qui ne sont peut-être pas en mesure de payer sur le lieu d'administration des services. Le Niger a mis en œuvre une version pilote du prépaiement partiel qui a beaucoup amélioré l'utilisation des services de santé pour les enfants et le quartile le plus pauvre, comme indiqué à la Section 3.3.

## **7.2.3 L'expérience africaine en matière de mécanismes de protection**

En dépit des difficultés associées au contrôle des moyens de payer, c'est l'itération la plus courante du ciblage des pauvres dans la plupart des pays africains ayant des régimes de paiement par les utilisateurs. Deux projets importants de l'USAID entrepris au cours des huit dernières années permettent de mieux comprendre l'expérience africaine en matière d'équité et de mécanismes de protection dans le contexte des paiements par les utilisateurs. Le projet Health Financing and Sustainability (HFS) a été réalisé par Abt Associates, et l'Étude sur l'équité et la couverture des soins de santé a été effectuée par BASICS. Dans sa déclaration de mission, l'étude de BASICS s'est fixée pour objectif de « formuler une méthode pratique d'évaluation de l'efficacité des systèmes de contrôle des moyens de payer et d'utiliser cette méthodologie pour effectuer cinq études de cas de pays » (Newbrander et Collins 1995). Trois des études de cas se sont déroulées dans des pays d'Afrique au sud du Sahara – la Guinée, le Kenya et la Tanzanie. Le projet HFS a produit des études intéressantes des réformes du financement de la santé en Afrique et, en particulier, au Niger. Le travail réalisé au Niger porte sur certains des problèmes clés en rapport avec les paiements par les utilisateurs et l'équité. Certaines des expériences de ces études sont présentées dans cette section.

### **7.2.3.1 Contrôle des moyens de payer et exonérations**

L'étude de cas de BASICS au Kenya a examiné la fonctionnalité des mécanismes de sécurité introduits pour s'assurer que les pauvres avaient accès aux services de santé après l'introduction de l'obligation de paiement par les utilisateurs (Newbrander 1995). Des données furent recueillies de diverses sources, y compris des entretiens avec des patients à la sortie d'établissements de santé et des enquêtes à domicile. Selon les constatations de cette étude, en particulier pour les établissements publics, le régime des exonérations n'a pas protégé adéquatement les pauvres. L'expérience du Kenya a révélé des problèmes communs à la plupart des pays africains lors de la mise en œuvre des mécanismes de ciblage dans le secteur de la santé. Voici quelques-uns des principaux obstacles à un système fonctionnel de mécanismes de protection.

## Obstacles à des mécanismes de protection fonctionnels au Kenya

<b>INFORMATIONS INADÉQUATES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Des connaissances insuffisantes sur les exonérations et l'éligibilité ont été mentionnées parmi les pauvres</li> <li>◆ Les informations sur les exonérations ont été obtenues de façon informelle, des amis, des membres de la famille ou des membres du personnel de santé</li> </ul>
<b>FORMATION INSUFFISANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Le personnel n'a pas reçu de formation sur les politiques et procédures d'octroi des exonérations et exemptions</li> </ul>
<b>IMPORTANCE ACCORDÉE À LA GÉNÉRATION DE REVENUS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ L'importance accordée à la génération de revenus a entraîné une résistance contre l'octroi d'exemptions, ce qui a causé un accroissement de l'absence de couverture du régime des exonérations</li> </ul>
<b>COMPTABILISATION INADÉQUATE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Il n'y avait pas de dossiers ou de suivi du régime des exemptions</li> </ul>

Dans l'étude de cas du Kenya, il a également été constaté que les établissements ruraux utilisaient plus les que les grands hôpitaux publics. Une tactique utilisée par un hôpital rural non public a été d'accorder des exonérations partielles et de facturer les patients pour le solde. Ce système a rendu possible un paiement intégral au bout de six mois par 38 % des patients ayant été facturés. De plus, en moyenne, ces remboursements ont représenté entre 23 % et 50 % de la valeur des nouvelles exonérations par les hôpitaux chaque mois. En moyenne, l'hôpital a récupéré 40 % de la valeur totale de toutes les (Newbrander 1995). Cette expérience pourrait s'avérer importante pour le personnel de santé dont l'objet est la génération de revenus et qui résiste à l'octroi d'exonérations. Pour l'hôpital du Kenya, par exemple, la génération de revenus et les exonérations ne sont pas mutuellement exclusives.

L'étude de cas de BASICS en Tanzanie a révélé des problèmes similaires (cf. Newbrander et al., février 1997). En général, il existait un manque de connaissances sur les exonérations parmi les pauvres, ce qui a empêché le régime des exonérations de les protéger adéquatement. De plus, le personnel de santé s'est efforcé de ne pas rendre public l'existence du d'exonérations de peur de causer des abus, malgré le fait que la valeur des exonérations accordées représentait moins d'un pour cent de tous les revenus possibles. Il n'y avait pratiquement pas de dossiers ou de suivi du régime des exonérations, et le personnel de santé a reçu peu ou pas de formation en la façon d'administrer ce régime d'exonérations.

### 7.2.3.2 Ciblage basé sur les caractéristiques

Le ciblage basé sur les caractéristiques, mais il est fréquemment utilisé pour exonérer des catégories de population non pauvres, comme les soldats et les fonctionnaires. Au Mali, par exemple, bien que les fonctionnaires et leurs familles soient censés payer 20 % du prix, ils ne paient généralement rien, malgré le fait qu'ils représentent 25 % de toutes les hospitalisations (Willis et Leighton 1995). Barnum et Kutzin (1993) affirment que s'il est politiquement impossible d'éliminer les exonérations de paiements pour les fonctionnaires, etc., cette subvention devrait alors être considérée comme un transfert intergouvernemental direct au profit du Ministère de la Santé ou des hôpitaux. Makinen suggère que ce « bénéfice » pourrait aussi être considéré comme une augmentation unique de salaire égale à l'utilisation moyenne des services par le public général.

Malgré tout, jusqu'à ce que les systèmes de contrôle des moyens soient plus efficaces, le ciblage basé sur les caractéristiques est un instrument d'équité peu coûteux qui peut être utilisé dans les régions dont une grande partie de la population est pauvre. Les conclusions de l'étude de cas de BASIC pour le Kenya indiquent que les pauvres bénéficient de 33 % des exonérations et qu'en l'absence d'un régime d'exonérations fiable, les exonérations constituent une bonne protection contre les couvertures insuffisantes (Newbrander 1995).

### 7.2.3.3 Partage des risques et plans de prépaiement

Des tests pilotes au Niger ont exploré l'impact du partage des coûts sur l'équité dans le contexte de trois plans différents dans trois cercles (Diop et al. 1995). Un cercle a maintenu le statu quo des soins gratuits, un deuxième cercle a mis en œuvre un régime de financement visite par visite et le troisième cercle a inclus un type de financement social (impôt annuel local) et des honoraires réduits visite par visite. Les deux cercles qui ont mis en œuvre des réformes du financement ont également maintenu un régime (politique nationale) fonctionnant de façon informelle, mais aucun changement visant à tenter d'améliorer le fonctionnement du régime d'exonérations n'a été r. Les résultats sont présentés dans le tableau suivant.

#### Impact des réformes de financement sur l'utilisation au Niger

Cercle qui a maintenu des soins gratuits	Cercle qui a mis en œuvre un paiement visite par visite seulement	Cercle qui utilise le financement par un impôt en plus d'un paiement visite par visite
Détérioration de l'utilisation parmi tous les groupes ciblés et dans la population dans son ensemble, sauf pour les enfants, et particulièrement parmi les villages sans établissements de santé	Pas de changements statistiquement significatifs dans l'utilisation pour les groupes ciblés ou le quartile le plus pauvre	Amélioration significative de l'utilisation des établissements publics de santé pour les femmes et les enfants, ainsi que pour les résidents de villages sans établissement de santé, et doublement du taux d'utilisation pour le quartile le plus pauvre.  Tous ces changements positifs ont été statistiquement significatifs

Il est important de noter que les plans pilotes de financement ont été accompagnés par des améliorations, en particulier la disponibilité accrue des médicaments. Diop et al. concluent que les résultats du test pilote au Niger démontrent qu'une combinaison de recouvrement des coûts et d'améliorations de la qualité peut augmenter l'accès à des soins de santé de qualité pour les populations rurales, et en particulier pour les pauvres des zones rurales.

Au Rwanda, le projet Partnerships for Health Reform Project (PHR) a aidé le MdS à tester des plans de prépaiement dans trois cercles pour : améliorer l'équité de l'accès pour les populations rurales, renforcer la gestion financière dans les centres de santé et augmenter la participation communautaire à la gestion du financement de la santé. Au Rwanda, l'utilisation des services de soins de santé primaires est tombée de 0,3 visite par personne et par an à 0,25 de 1996 à 1998. Les constatations montrent que 90 000 personnes environ, soit 7,5 pour cent de la population ciblée, ont adhéré aux plans de prépaiement (PPP). Les membres ont demandé des soins cinq fois plus souvent que les non-membres, et ils ont contribué cinq fois plus par tête aux soins de santé que les non-membres. De plus, les données montrent que les membres demandent des soins plus tôt que les autres quand ils sont malades et que, par conséquent, ils coûtent moins cher en médicaments et en traitement que ceux qui ne sont pas membres des (Schneider et al., 2000).

#### **7.2.4 Évaluation des politiques d'équité en Afrique**

Il n'y a pratiquement pas eu d'évaluations bien exécutées de l'impact des m. Par conséquent, il n'est toujours pas possible de déterminer si les problèmes ont leur cause dans les modèles d'exonération eux-mêmes ou dans leur mise en œuvre. La conduite d'une évaluation des régimes d'exonération est difficile pour de très bonnes raisons, mais deux raisons essentielles sont particulièrement appropriées pour cette activité. D'abord, pour être en mesure d'évaluer l'impact des divers mécanismes de protection contre les paiements pour les services sur les pauvres, il est nécessaire de disposer de données de référence de base sur l'accès financier aux services de santé. L'insuffisance générale des données est une raison majeure pour laquelle il n'existe pratiquement pas d'évaluations convaincantes. En l'absence de données de référence de base, il est impossible de documenter l'impact des mécanismes de protection sur l'équité et, par conséquent, leur efficacité. L'étude de cas de BASICS sur la Tanzanie révèle ce problème commun ; on ne garde pas trace des exonérations (ni le nombre accordé, ni leur valeur) et il n'y a ni supervision ni suivi du régime des exonérations (Newbrander et Sacca 1996). Lors d'un atelier de mars 1997 sur la mise en œuvre de la recouvrement des coûts au Niger, les équipes de santé de sont plaintes du fait qu'on leur avait donné trop d'instruments de gestion et de suivi, mais pas assez de formation pour pouvoir les utiliser. Le consensus était que les instruments de suivi devraient être simples et qu'une formation adéquate pour leur emploi devrait être administrée. L'évaluation finale prochaine de l'expérience pilote des plans de prépaiement au Rwanda dans le cadre du projet PHR représentera une contribution importante à ce sujet.

Un obstacle plus général à une évaluation du degré de succès avec lequel un mécanisme de protection parvient à cibler les personnes incapables de payer les honoraires imposés est la définition de ce groupe. En d'autres termes, il est important de faire la distinction entre l'inégalité sociale générale et l'inégalité liée aux barrières financières résultant de l'obligation de paiement des services par les utilisateurs. Peu d'évaluations sont parvenues à définir la population ciblée pour permettre le jeu de mécanismes de protection. Par exemple, la méthodologie de BASICS n'a pas spécifiquement défini qui é par les mécanismes de protection dans les études de cas des pays. Afin de mesurer l'impact d'un mécanisme de protection sur les pauvres, le terme « pauvre » doit être défini. Une détermination locale de dans la plupart des régions, mais les critères doivent être simples, clairs et uniformes, à la fois pour la mise en œuvre et l'évaluation. Les recommandations de l'atelier de mars 1997 au Niger ont conseillé à chaque comité de santé communautaire de définir ses propres indicateurs de

pauvreté. La détermination de la pauvreté est difficile et nécessite plus d'attention des gouvernements, des

Kaddar et al. recommandent des analyses complémentaires des effets des plans d'exonération sur le comportement des pauvres concernant l'utilisation des services de soins de santé, ainsi que de l'influence des critères d'exemption sur le nombre des bénéficiaires éligibles et sur les pauvres.

### 7.2.5 Références

Barnum, Howard, and Kutzin, Joseph, 1993. *Public Hospitals in Developing Countries: Resource Use, Cost, Financing*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Bennett, Sara, Daura, Maureen, and Mwanza, Kamima, March 1998 (Draft). An Evaluation of District-level Cost Sharing Schemes. Prepared for Partnerships for Health Reform, contracted to Abt Associates and Supported by USAID.

Collins, David, March 1994 (Draft). Access of the Poor to Health Care in Ecuador: Experiences with User Fee Schemes. Prepared for the BASICS Project and supported by the Health and Human Resource Analysis for Africa, USAID Africa Bureau.

De Ferranti, David, 1985. *Paying for Health Services in Developing Countries: An Overview*. World Bank Staff Working paper 721, Washington, D.C.: The World Bank.

De la Rocque, Marie, and Galland, Bruno, June 1995. Le Problème de l'Équité et de l'Accès à la Santé pour Tous: Etude sur l'Identification et la Prise en Charge des Situations de Grande Précarité en Guinée (Préfecture de Kissidougou). Centre International de Développement et de Recherche: UNICEF.

Diop, François, Yazbeck, Abdo, and Bitran, Ricardo, 1995. The Impact of Alternative Cost Recovery Schemes on Access and Equity in Niger. *Health Policy and Planning*; 10(3): 223-240.

Ensor, Tim, and Bich San, Pham. Health Charges and Exemptions in North Vietnam. Prepared for the Bamako Initiative Research Program: UNICEF.

Fabricant, Stephen, September 1992. *Community Financing in Sierra Leone: Affordability and Equity of Primary Health Care Costs*. Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

Gibbons, Donna, October 1995. Equity and Coverage of Health Care Provision in Indonesia: The Kartu Sehat Program. Prepared for the BASICS Project and supported by the Health and Human Resource Analysis for Africa, USAID Africa Bureau.

Grosh, Margaret, 1994. *Administering Targeted Social Programs in Latin America: From Platitudes to Practice*. The World Bank Regional and Sectoral Studies, Washington, DC.: The World Bank.

Leighton, Charlotte, 1995. Overview: Health Financing Reforms in Africa. *Health Policy and Planning*; 10(3): 213-222.

Leighton, Charlotte, and Diop, François, August 1995. *Protecting the Poor in Africa: Impact of Means Testing on Equity in the Health Sector in Burkina Faso, Niger, and Senegal*. Prepared for the Health

. Prepared for the BASICS Project and supported by the Health and Human Resource Analysis for Africa, USAID Africa Bureau.

Msamanga, G., Urassa, D., and Mujinja, P., April 1997. *Equity of Access to Public, Private Not-for-Profit and Private for-Profit Health Facilities in Two Regions of Tanzania*. Bamako Initiative Research Program: UNICEF.

Newbrander, William, July 1995. *Equity in the Provision of Health Care: Ensuring Access of the Poor to Services under User Fee Systems - A Case Study: Kenya*. Prepared for the BASICS Project and supported by the Health and Human Resource Analysis for Africa, USAID Africa Bureau.

Newbrander, William, and Collins, David, February 1995. *Methodology for An Equity and Coverage of Health Care Provision Study*. Prepared for the BASICS Project and supported by the Health and Human Resource Analysis for Africa, USAID Africa Bureau.

Newbrander, William, and Sacca, Stephen, August 1996. *Cost Sharing and Access to Health Care for the Poor: Equity Experiences in Tanzania*. Prepared for the BASICS Project and supported by the Health and Human Resource Analysis for Africa, USAID Africa Bureau.

Russell, Steven, and Gilson, Lucy, December 1994 (Draft). *Cost Recovery in Government Health Services - Is Equity Being Considered? An International Survey*. London School of Hygiene and Tropical Medicine, *Department of Public Health and Policy Departmental Publication Series*.

Shaw, R., and Ainsworth, Martha, eds., January 1996. *Financing Health Services Through User Fees and Insurance: Case Studies from Sub-Saharan Africa*. *World Bank Discussion Papers, Africa Technical Department Series*: The World Bank.

Schneider, Pia, Diop, François Pathé, Bucyana, Sosthène. Mars 2000. *Development and Implementation of Prepayment Schemes in Rwanda. Rapport technique 45*. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates, Inc.

Waters, Hugh. *Literature Review: Equity in the Health Sector in Developing Countries with Lessons Learned for Sub-Saharan Africa*. Trip report prepared for the BASICS Project and supported by the Health and Human Resource Analysis for Africa, USAID Africa Bureau.

Willis, Carla, November 1993. *Means Testing in Cost Recovery of Health Services in Developing Countries: Phase 1 - Review of Concepts and Literature, and Preliminary Field Work Design*. Major Applied Research paper No. 7, prepared for the Health Financing and Sustainability Project, contracted to Abt Associates and supported by the Office of Health and Nutrition, USAID Global Bureau.

Willis, Carla, and Leighton, Charlotte, 1995. Protecting the Poor under Cost Recovery: the Role of Means Testing. *Health Policy and Planning*; 10(3): 241-256.

---

## **7.3 Méthodologie de l'enquête auprès des ménages**

### **7.3.1 Cadre conceptuel**

L'initiative pour l'équité au Mali est le résultat d'une décision politique prise par le gouvernement et ses partenaires, notamment l'USAID et l'UNICEF, qui ont décidé de soutenir les efforts du pays pour la mise en œuvre des principes régissant la participation aux coûts dans le domaine de la santé et de l'éducation. Ces principes ont été adoptés suite à un Forum organisé du 18 au 20 juin 1997 à Addis-Abeba (auquel ont participé les représentants de 17 pays d'Afrique subsaharienne, des Pays-Bas, de la Suède, du Royaume-Uni, des Etats-Unis et plusieurs autres partenaires au développement comme la Banque Mondiale et les ONG) sous l'égide de la Commission Economique pour l'Afrique (CEA) de

La mise en œuvre de l'initiative se traduira par une étude des politiques actuelles de santé, la formulation de stratégies et l'évaluation de leur efficacité, la mise en œuvre des stratégies dans des zones pilotes pour un meilleur suivi et une évaluation des actions entreprises en vue de tirer des leçons pour permettre le

Pour ce faire, le gouvernement a négocié avec l'USAID et l'UNICEF les financements nécessaires et la mise en place de l'assistance technique du PHR pour conduire le projet.

Le Comité de suivi composé des représentants du gouvernement, des partenaires au développement et de la société civile a donné des orientations pour mener les différentes études dans les zones du pays en fonction des critères retenus, entre autres un site urbain et rural, l'atteinte d'un certain niveau de couverture sanitaire par les structures de soins de santé de base avec gestion communautaire, l'existence d'une structure de référence fonctionnelle et des mécanismes organisés de solidarité, ainsi que l'existence

### **7.3.2 Échantillonnage**

#### **7.3.2.1 Introduction**

On envisage d'effectuer une enquête auprès des ménages dans deux régions du Mali : Bla en milieu rural et Sikasso en milieu urbain. Cette enquête a pour but notamment de déterminer les facteurs ayant une incidence sur l'utilisation des services de santé, les variations en ce qui concerne l'utilisation des services de santé en fonction des groupes socio-économiques, l'influence des "interventions" sur l'évolution de l'utilisation des services par les groupes défavorisés et le comportement des jeunes (tranches d'âge 15-19 ans et 20-24 ans) pour ce qui est des services de santé, en particulier les services de santé pour le diagnostic et le traitement des maladies sexuellement transmissibles.

L'enquête sera réalisée en deux temps. Il y aura une enquête de référence auprès des ménages avant l'intervention et une enquête d'évaluation après l'intervention. [Il y aura aussi une enquête "témoin" auprès des ménages qui portera sur les femmes enceintes ou ayant récemment accouché. Les ménages de l'enquête témoin seront choisis en dehors des deux régions de l'intervention.] Nous voulons envisager de surdimensionner l'échantillon des individus ayant entre 15 et 24 ans pour être certains d'avoir un échantillon suffisamment important pour l'étude du comportement des jeunes. Des estimations à la fois du

Dans cette section, nous décrivons la conception de l'échantillonnage proposé pour l'enquête.

### **7.3.2.2 Cadre de l'échantillonnage**

Nous prévoyons d'utiliser une méthode en deux temps pour le choix des ménages. En conséquence, un cadre d'échantillonnage sera construit à chacune des deux étapes. Durant la première étape, une liste des Sections d'énumération dans chaque région, ainsi que des renseignements sur le nombre de ménages et la population dans chaque Section disponibles à la Direction Nationale des Statistiques et de l'Informatique du Mali, seront utilisés comme cadre d'échantillonnage. A partir de cette liste, un échantillon des sections d'énumération sera retenu. Dans chaque Section d'énumération retenue, une liste des ménages qui serviront de cadre d'échantillonnage pour le choix lors de la deuxième étape sera préparée. Un échantillon

### **7.3.2.3 Taille de l'échantillon et précision des estimations**

Si nous tirons un seul échantillon aléatoire des ménages et si nous voulons estimer les pourcentages au sein de la population de caractéristiques en rapport avec les ménages, il nous faudrait un échantillon de 400 ménages pour estimer les pourcentages dans une marge de 5 points de pourcentage en plus ou en moins par rapport à un seuil de confiance de 95 %. La longueur de l'intervalle devrait être légèrement moindre si le pourcentage de la population qui est estimé est différent de 50 %. Etant donné que l'échantillon des ménages n'est pas un échantillon aléatoire simple mais qu'il est choisi en utilisant une méthode en deux étapes, il y a une augmentation dans la variance des estimations par rapport à ce que nous obtiendrons avec un échantillonnage aléatoire simple. Cette majoration s'appelle l'effet de conception et nous supposons qu'il est de 1,5. Dans le cadre de cette hypothèse, le nombre requis pour l'échantillon des ménages afin d'estimer les pourcentages de la population avec la même précision qu'avec un échantillon aléatoire simple de 400 ménages sera ici de 600. En conséquence, nous recommandons que l'on choisisse un échantillon de base de 600 ménages.

Il nous faudra aussi un échantillon de 214 femmes ayant accouché en 1999 ou actuellement enceintes. Cet échantillon sera comparé à un échantillon semblable du groupe témoin tel que décrit plus loin. Pour obtenir un échantillon de cette dimension, nous devons contacter 840 ménages à Sikasso. En conséquence, nous envisageons de sélectionner 840 ménages de la région de Sikasso à propos desquels des données complètes seront recueillies à partir de 600 ménages tandis que, pour les 240 autres ménages, on se contentera d'informations socio-économiques de base, à moins que les ménages ne comprennent une femme actuellement enceinte ou ayant récemment eu un enfant - dans ce cas, des renseignements détaillés en rapport avec l'accouchement ou la grossesse seront collectés. Une méthode pour désigner les ménages parmi lesquels des données complètes seront recueillies sera décrite par la suite.

Si nous supposons que les ménages comptent en moyenne 5,8 membres en zone urbaine et 5,5 en milieu rural, et si nous retenons tous les membres du ménage, nous aurions un échantillon de 3 480 individus à Sikasso et un échantillon de 3 300 à Bla. La variance des estimations en rapport avec les individus sera affectée par la variance en rapport avec l'échantillon des Sections d'énumération et l'échantillon des ménages à l'intérieur des Sections d'énumération. De ce fait, l'effet de conception est plus important. Si nous supposons qu'il est de 3,0, la précision des estimations en rapport avec les individus sera la même que la précision des estimations basées sur 1 000 individus. Cet échantillon nous permettra d'estimer les pourcentages de la population dans une fourchette de 3,1 points de pourcentage en plus ou en moins par rapport à l'intervalle de confiance de 95 %.

### 7.3.2.4 Précision des estimations de changement

La précision des estimations de changement entre deux moments peut être améliorée par un chevauchement de l'échantillon entre deux moments, même si le chevauchement se produit au niveau de la Section d'énumération. Si le coefficient de corrélation intra-grappe entre les caractéristiques des ménages à l'intérieur d'une Section d'énumération est élevé, la variance de l'estimation du changement sera peut-être moindre que la variance des estimations aux deux moments. Si nous supposons un coefficient de corrélation de 0,6 entre les deux moments, un échantillon de 1 000 individus nous permettrait alors de détecter une différence de 4,4 points de pourcentage dans les pourcentages de la population avec une probabilité de 80 % au niveau de signification de 5 %. Cela signifie que s'il y a vraiment une différence de 4,4 points de pourcentage entre les deux pourcentages de la population, nous rejeterions alors l'hypothèse d'une absence de différence avec une probabilité de 0,80. Le niveau de signification indique la probabilité de rejeter l'hypothèse d'une absence de différence lorsqu'effectivement il n'y a pas de différence. S'il n'y a pas de chevauchement, nous serions en mesure de détecter une différence de 6,2 points de pourcentage avec une probabilité de 80 %.

Les tailles escomptées des échantillons pour différents domaines d'intérêt sont indiquées ci-dessous.

					Total (15-24)
	15-19		20-24		
	Homme	Femme	Homme	Femme	
Bla	119	118	65	106	408
Sikasso	165	197	128	140	630

### 7.3.2.5 Choix de l'échantillon

Sikasso :

Nous nous attendons à ce que la variation entre les Sections d'énumération soit plus importante que la variation entre les ménages à l'intérieur d'une Section d'énumération. Cela suggère que nous ne devrions pas retenir un nombre important de ménages à partir d'une Section d'énumération retenue. Nous proposons donc un échantillon de 30 Sections d'énumération sur une population de 81 Sections d'énumération dans la région de Sikasso. Ces Sections seront choisies en utilisant une probabilité proportionnelle à la taille de l'échantillonnage systématique où la taille est égale au nombre de ménages

Le nombre de ménages que nous retenons dans une Section d'énumération particulière sera tel que la probabilité de choisir un ménage sera la même pour toutes les Sections d'énumération.

Supposons que  $M$  représente le nombre total de ménages de Sikasso. Nous voulons retenir  $m$  ménages. Dans notre cas,  $m = 600$ . Supposons que  $M_i$  soit le nombre de ménages dans la  $i$ ème Section d'énumération. Nous avons alors  $M = \sum_{i=1}^{81} M_i$  pour  $i=1, \dots, 81$ . Nous voulons retenir  $n$  Sections d'énumération dans l'échantillon. La probabilité de retenir la  $i$ ème section est :

$$p_i = n * (M_i / M)$$

Nous voulons que la probabilité globale de la sélection d'un ménage soit égale à  $m/M$ . Si  $m_i$  représente le nombre de ménages retenus dans la  $i$ ème Section d'énumération, la probabilité de retenir un ménage dans

$$(m_i/M_i) * n * (M_i/M)$$

Pour que la probabilité soit égale à  $m/M$ , nous devrions avoir  $m_i=(m/n)$ . Dans ce cas, cela signifie que nous devrions retenir 28 ménages à partir de chacune des 30 Sections d'énumération.

La méthode pour choisir un échantillon systématique avec une probabilité proportionnelle à la taille suit

1. Faire une liste des Sections d'énumération ainsi que du nombre de ménages  $M_i$ .
2. Etablir une colonne pour les totaux cumulés des nombres  $M_i$ .
3. Attribuer une fourchette de nombres de taille  $M_i$  à la  $i$ ème Section d'énumération où  $i = 1, 2, \dots, 81$ . Par exemple, si la première Section d'énumération à Sikasso compte 76 ménages, la fourchette des nombres attribués à cette Section est 1-76. Si la deuxième Section d'énumération a 153 ménages, la fourchette des nombres affectés à cette Section est 77-229, et ainsi de suite.
4. Déterminer l'intervalle d'échantillonnage qui est  $I=(M/n)$ .
5. Choisir un nombre au hasard entre 1 et  $I$ . Retenons en l'occurrence  $R$ .
6. Choisir  $n$  Sections d'énumération pour lesquelles la fourchette attribuée comprend les nombres

$R, R+I, R+2I, R+3I, \dots, R+(n-1)I$ .

Sélection des ménages : Etablir une liste des ménages dans les Sections d'énumération retenues. Choisir un échantillon systématique de ménages après avoir organisé la liste par subdivisions ou en fonction d'une autre variable. La méthode pour la sélection d'un échantillon systématique avec un intervalle d'échantillonnage fractionnaire est décrite ci-dessous.

Nous voulons choisir  $m_i$  ménages à partir de  $M_i$ . La démarche est la suivante:

1. Calculer l'intervalle d'échantillonnage  $I=(M_i/m_i)$ . Ne pas arrondir cet intervalle à un nombre entier s'il n'est pas un nombre entier.
2. Choisir un chiffre au hasard entre 0 et  $I$ . Retenons en l'occurrence  $R$ .
3. Former les nombres  $R$ , soit  $R+I, R+2I, R+3I, \dots, R+(n-1)I$ .
4. Les arrondir au nombre entier suivant, si ce ne sont pas des nombres entiers.
5. Choisir les ménages dont les nombres sur la liste correspondent aux nombres formés ci-dessus.

Cette méthode donne la taille exacte de l'échantillon.

Pour choisir un sous-échantillon de 240 ménages à partir de 840, procéder comme suit. Calculer d'abord l'intervalle d'échantillonnage qui est  $840/240= 3,5$ .

Choisir ensuite un nombre au hasard entre 0 et 1,4. Retenons en l'occurrence  $U$ . Former les nombres

U, U+3,5, I+7,0, U+10,5, U+14,.....,U+836,5

Les arrondir au nombre entier suivant, si ce ne sont pas des nombres entiers. Les ménages ayant un nombre sur la liste qui correspond à l'un des nombres donnés ci-dessus répondront à un questionnaire plus court. Tous les autres répondront au questionnaire long pour la collecte de données complètes.

Cercle de Bla :

Il y a 289 Sections d'énumération. Choisir 50 Sections d'énumération de la même manière que pour la région de Sikasso. Choisir 17 ménages à partir de chaque section retenue en utilisant la méthode de sélection systématique donnée ci-dessus. Dans la sélection des ménages, classez la liste selon des critères géographiques ou autres pour obtenir une représentation proportionnelle aux sous-groupes qui vous intéressent. Utiliser la méthode décrite plus haut pour choisir un sous-échantillon de 600 ménages pour la

Taille de l'échantillon pour l'échantillon témoin

Il est prévu de réaliser une enquête témoin auprès de ménages où des femmes ont récemment accouché ou sont actuellement enceintes. Les ménages seront sélectionnés en dehors des deux régions dans lesquelles les interventions sont prévues. Cet échantillon après la collecte de données durant les périodes avant et après les interventions donnera une estimation de l'évolution de l'utilisation des services tels que les accouchements assistés ou le nombre de visites pour des , etc. dans la zone témoin. Cette estimation du changement sera comparée à une estimation semblable du changement obtenu dans les deux régions où se sont déroulées les interventions. La comparaison des deux estimations des changements aidera à déterminer l'influence de l'intervention sur l'utilisation des services pour les femmes qui ont récemment accouché ou qui sont actuellement enceintes.

Si nous supposons que la taille moyenne d'un ménage est de 5,6 personnes au Mali et que nous choisissons 1 000 ménages, nous obtiendrons un échantillon de 5 600 individus. Cette population sera constituée à 51,8 % de femmes. Cela signifie que nous obtiendrons un échantillon de 2 900 femmes dans l'échantillon. 40% de ces femmes seront dans la tranche d'âge des 15-49 ans. Le taux de natalité, qui est le nombre de naissance pour 1 000 personnes au Mali, est de 45,1. Lorsqu'il est ajusté pour la population de femmes entre 15-49 ans, ce taux est alors de 214. Pendant une année, il y aura 214 naissances pour 1 000

En conséquence, si nous voulons un échantillon de 214 femmes qui ont récemment accouché ou qui sont actuellement enceintes, nous devons choisir et passer en revue 850 ménages. Cet échantillon de 214 femmes à deux moments, ainsi qu'un échantillon semblable à deux moments différents dans la région traitée, détectera une différence de 9 points de pourcentage dans les estimations de changement avec une probabilité de 80 % au niveau de signification de 5 %. Un échantillon de 400 femmes dans les régions témoins et traitées à deux moments détectera une différence de 7 points de pourcentage dans les estimations de changement avec une probabilité de 8 %. Pour obtenir 400 femmes dans l'échantillon, nous devons passer en revue 2 000 ménages. Nous avons supposé une valeur de 0,6 pour le coefficient de corrélation entre les caractéristiques d'intérêt aux deux moments, à la fois pour les régions témoins et les

Le choix des ménages sera semblable à la procédure décrite pour la sélection des ménages à Bla et Sikasso.

### **7.3.3 Cartographie**

Avant la conduite de l'enquête auprès des populations ciblées, tous les ménages se trouvant dans les SE tirées au hasard suivant la méthodologie décrite devaient être cartographiés et dénombrés. Le nombre exact de personnes à enquêter a été déterminé à partir de la liste des ménages.

L'opération de dénombrement a consisté à visiter les SE sélectionnées en vue d'établir le plan, d'enregistrer sur des fiches de ménages une description des chefs de ménages vivant dans la concession en vue du tirage des ménages qui devaient faire l'objet de l'enquête ménage.

Notons que le travail de cartographie a débuté à Sikasso le 07 Septembre 1999. Compte tenu du fait que les cartographes et énumérateurs devaient jouer le rôle de chef d'équipe pendant l'enquête auprès des ménages, nous avons été amenés à interrompre la cartographie à Sikasso pour venir rejoindre les enquêteurs et enquêtrices à Bamako qui devaient subir la formation sur les modules à partir du 14 Septembre 1999. A la fin de la formation, le 26 Septembre 1999, l'équipe est retournée à Sikasso le 28 Septembre 1999 pour achever la cartographie de cette ville le 06 Octobre 1999. Rappelons que, compte tenu de l'ampleur des travaux de cartographie et de dénombrement des ménages à Sikasso, et du calendrier très serré de cette activité spécifique, il était nécessaire d'ajouter une équipe supplémentaire

Quant à Bla, la cartographie a démarré le 08 Octobre 1999 pour prendre fin le 20 Octobre avec trois équipes. Les seules difficultés auxquelles les agents cartographes et les énumérateurs ont été confrontés étaient essentiellement des difficultés liées à l'état des routes. La cartographie de cette zone s'est déroulée en fin d'hivernage et l'état des sentiers et des routes était très défectueux.

Concernant le recrutement des cartographes et des énumérateurs, un test a été organisé sous la responsabilité de la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI). A l'issue de cet test, six (6) candidats ont été retenus pour suivre la formation de cartographie et de dénombrement des ménages. La formation s'est déroulée du 22 au 26 Août 1999.

#### **7.3.3.1 Responsabilité de l'équipe PHR des cartographes et des agents de dénombrement**

Pour les besoins de la cartographie et le dénombrement des ménages, six (6) agents (dont 3 cartographes et 3 énumérateurs) ont travaillé sous la responsabilité du Site Manager et du Team Leader de l'équipe PHR/Bamako.

Les responsabilités des coordonnateurs étaient les suivantes :

1. distribuer les SE aux 3 équipes constituées ;
2. organiser les réceptions des fiches remplies par les équipes ;
3. vérifier la bonne qualité du travail des équipes.

Les responsabilités des cartographes – énumérateurs :

1. établir les plans de situation des SE ;
2. faire une carte de la SE ;
3. dénombrer tous les ménages de la SE d'une manière systématique ;
4. informer le Site Manager des problèmes rencontrés pour la bonne marche de l'activité.

Les agents des équipes (le cartographe et l'énumérateur) travaillaient sur une SE dont ils ont reconnue prioritairement les limites ensemble. Pendant que le cartographe établit le plan de la SE, l'énumérateur

En fin de journée, une récapitulation a toujours été faite par les agents au Site Manager. C'est seulement après cette récapitulation que les discussions étaient ouvertes sur la programmation des SE à cartographier le lendemain. Rappelons qu'un itinéraire et un calendrier prévisionnel avaient été au préalable établis pour chaque équipe, afin de faciliter leurs déplacements et afin de permettre aux coordonnateurs de les retrouver plus facilement sur le terrain. Dans la mesure du possible, les équipes devraient suivre ces itinéraires. Toutes modifications ou tous retards étaient signalés par le responsable de chaque équipe.

### 7.3.3.2 Repérage des sections d'énumération

Chacune des équipes recevait une carte de base de la SE qui lui a été confiée. Une fois sur place, l'équipe obtenait auprès des responsables administratifs, techniques, communautaires et villageois l'autorisation

Cela ne pouvait se faire sans difficultés. Mais l'équipe PHR/Bamako avait pris des dispositions en vue de trouver des solutions aux problèmes de résistance des populations, pour faire accepter les agents, à travers des séances de sensibilisation au niveau des chefs de quartier et des chefs de village. Des émissions de sensibilisation ont été organisées et réalisées avec les spécialistes de la communication au niveau des radios régionales et locales pour faciliter l'introduction dans les ménages des agents cartographes et énumérateurs dans les deux sites. Malgré ces activités de sensibilisation, ces derniers ont souvent rencontré des problèmes surtout au niveau du site urbain (Sikasso) pour exécuter leur activité de cartographie. Devant de telles situations, les agents faisaient intervenir le Site Manager pour venir sensibiliser soit le chef de quartier, soit le chef de village, suivant qu'on était à Sikasso ou à Bla. Ce dernier venait exposer de façon détaillée les objectifs de l'étude et obtenait toujours des résultats

Dans la plus part des SE, les limites sont matérialisées par des caractéristiques naturelles faciles à reconnaître, comme des cours d'eau, mares, étangs ou ruisseaux et par des caractéristiques

Cependant, ces limites peuvent être imaginaires (surtout en milieu rural) dans de tels cas, l'aide des autorités dans l'identification de la SE était nécessaire. Cette aide n'a jamais fait défaut.

Avant le dénombrement, les agents faisaient toujours des tours de reconnaissance de la SE afin de déterminer le moyen le plus efficace pour dénombrer toutes les concessions. Dans certains cas, il n'a pas été facile de procéder à de telles opérations, car il avait été difficile, toutefois dans très peu de cas, de retrouver les limites de la SE tracée par le spécialiste de la DNSI sur le terrain. Pour pallier un tel problème, des procédures spéciales ont été mises en place. Elles ont visé, en fait, à recréer les limites de la **normalement**, à mettre en œuvre sur le terrain que **sous le contrôle du Site manager et/ou du superviseur de la cartographie**. Cependant, si pour une raison ou une autre, le Site Manager ou le superviseur n'est pas avec les agents au moment de la cartographie de ces zones, ces derniers devraient assurer seuls la mise en place des procédures spéciales. Cela n'était pas difficile ; il suffisait d'être vigilant, de faire appel au bon sens et la formation reçus.

:

Région : Ségou ; Cercle : Bla ; Arrondissement : Touna

N° SE 022

Sur la carte, on ne trouvera les limites que d'une grande SE, regroupant les SE 021, 022, 023, 024, 025.

025, c'est à dire 5 SE).

2. Faire une reconnaissance sur le terrain de la zone en suivant les limites de la SE d'ensemble. Repérer sa taille, sa configuration, ses limites naturelles, les infrastructures, les villages, concessions.....
3. Découper la grande SE en autant de SE que celles comptées dans l'étape 1 (c'est-à-dire selon l'exemple en 5 morceaux). Nous avons fait des morceaux de taille géographique à peu près égale, en tenant compte des repères naturels. Nous avons dessiné un croquis de la zone, en marquant les limites
4. Sur le croquis, nous avons numéroté les morceaux de façon systématique et logique (sens des aiguilles d'une montre ou serpent...), en commençant toujours par le morceau situé en haut et à gauche de notre croquis. Les numéros doivent correspondre aux numéros des SE pour lesquelles les : 021, 022, 023, 024, 025).
5. Lorsque la numérotation est terminée, nous avons choisi le morceau dont le numéro correspond à celui de la SE tirée au départ (c'est-à-dire la SE 022).
6. Sur le terrain, nous avons fait une évaluation rapide du nombre de ménages qui vivent dans le morceau tiré, et exclusivement dans le morceau tiré en veillant à ce que la taille en nombre de ménages soit acceptable (inférieur à 401 selon l'EDS-MII). Ainsi, on a procédé à la cartographie et au dénombrement des ménages, selon les procédures classiques. Ce morceau devient donc la SE 022. Aussi, le plan de situation et le plan détaillé correspondent évidemment à la seule zone cartographiée.
7. S'il arrivait (cela ne s'est jamais produit) que le nombre de ménage soit supérieur à 400, alors on allait exceptionnellement procéder à une segmentation classique. Et les agents allaient faire une segmentation classique. Cette technique de segmentation avait été apprise par les cartographes-

### **7.3.3.3 Établissement des plans de la SE**

L'équipe PHR/Mali a désigné deux agents par équipe. Chacune d'elle comprenait un cartographe et un énumérateur . Bien que les deux agents exécutaient des tâches différentes, il était préférable qu'ils se ; le cartographe établissait les plans et l'énumérateur collectait des renseignements sur les concessions (et auprès des ménages).

Les travaux de cartographie et de dénombrement des ménages devaient être exécutés de façon systématique pour éviter les omissions et les répétitions. Si la SE était composée d'un groupe de pâtés de maisons (cas de Sikasso), les agents finissaient chaque pâté de maisons avant d'aborder le suivant. A l'intérieur de chaque pâté de maisons, ils commençaient par un coin et circulaient dans le sens des aiguilles d'une montre. A Bla, par contre, où les concessions sont regroupées en petits hameaux, les agents débutaient au centre du hameau (ou ils choisissaient un point de repère tel que le marché, l'école ou la mosquée comme «centre») et circulaient tout autour dans le sens des aiguilles d'une montre.

Sur la première page de la fiche de cartographie (fiche IPE/MLI), tous les identifiants de la SE tirée étaient portés : le nom et code de la région, du cercle et de l'arrondissement où se situe la SE. Ils enregistraient les numéros de la SE, toutes les informations nécessaires pour compléter les informations d'identification. Ils établissaient un plan de situation de la SE et portaient toutes les indications utiles pour retrouver la SE et ses limites, soit directement sur le plan soit dans l'espace prévu pour les renseignements et les observations.

Sur la deuxième page, Ils ont établi une carte (croquis) détaillée de la SE où figuraient toutes les concessions qui se trouvaient dans la SE. Il était important que le cartographe et l'énumérateur travaillent ensemble et coordonnent leurs activités, car le numéro des concessions que le cartographe indiquait sur le plan doit correspondre au numéro d'ordre que l'énumérateur affectera aux concessions. Nous avons connu au départ de l'opération certaines difficultés dans ce sens, mais qui ont été maîtrisées très rapidement.

Sur le croquis, le cartographe désignait le point de départ avec la lettre X. et mettait un petit carré à l'endroit où se situe chaque concession dans la SE. S'il s'agissait d'une concession non-résidentielle, il précisait son usage (par exemple, une boutique ou une usine). Il numérotait toutes les concessions dans l'ordre séquentiel en commençant avec «1». Chaque fois qu'il y avait une rupture dans le numérotage des concessions (par exemple, quand on quitte un pâté de maisons pour aller à un autre), on indiquait avec une flèche comment les numéros passent d'un groupe de concessions à un autre. Malgré qu'il soit souvent difficile de positionner exactement une concession sur le plan, sa situation approximative peut aider à la retrouver ultérieurement. C'est pourquoi nous avons demandé de porter sur le plan toutes les indications nécessaires pour repérer les concessions (par exemple l'emplacement d'un parc, d'une école, d'une mosquée) et toutes les routes (en utilisant des symboles standards connus en cartographie). Parfois, il nous est arrivé d'ajouter des indications qui se trouvent même en dehors des limites de la SE, qui pourront

Enfin, on écrivait sur l'entrée de la concession le numéro qui lui a été affecté.

#### **7.3.3.4 Dénombrement des ménages**

L'énumérateur utilisait une fiche de dénombrement des ménages (fiche IPE/MLI) pour enregistrer tous les ménages habitant la SE. Il commençait en les identifiant de la même façon que pour la fiche de cartographie.

Les instructions qu'il a reçues de l'équipe PHR/Mali pour collecter les informations sur la fiche de dénombrement étaient celles décrites dans le manuel

Les agents devront faire très attention pour repérer les concessions cachées. Chercher par exemple si un sentier ne conduit pas à une autre concession. Les habitants de la grappe pourront toujours aider les agents à trouver les ménages, s'ils réussissent à obtenir leur coopération.

Avant de soumettre toutes les fiches aux coordonnateurs, les agents doivent vérifier que les plans de la SE sont bien établis, que les renseignements pour repérer la SE sont compréhensibles, et que les fiches de ménages sont remplies correctement et soigneusement.

#### **7.3.3.5 Contrôle de qualité**

C'était la responsabilité de l'Equipe PHR/Mali de s'assurer que le travail des agents est de bonne qualité. Le procédé de vérification ci-dessous a été scrupuleusement appliqué.

Avant la conduite de l'enquête auprès des populations ciblées, tous les ménages se trouvant dans les SE tirées au hasard suivant la méthodologie décrite devraient être cartographiés et dénombrés. Le nombre exact de personnes à enquêter a été déterminé à partir de la liste des ménages.

L'opération de dénombrement a consisté à visiter les SE sélectionnées en vue d'établir le plan et d'enregistrer sur des fiches de ménages une description des chefs de ménages vivant dans la concession en vue du tirage des ménages qui devait faire l'objet de l'enquête ménage.

Notons que le travail de cartographie a débuté à Sikasso le 07 Septembre 1999. Compte tenu du fait que les cartographes et énumérateurs devraient jouer le rôle de chef d'équipe pendant l'enquête auprès des ménages, nous avons été amenés à interrompre la cartographie à Sikasso pour venir rejoindre les enquêteurs et enquêtrices à Bamako qui devaient subir la formation sur les modules à partir du 14 Septembre 1999. A la fin de la formation, le 26 Septembre 1999, l'équipe est retournée à Sikasso le 28 Septembre 1999 pour achever la cartographie de cette ville le 06 Octobre 1999. Rappelons que, compte tenu de l'ampleur des travaux de cartographie et de dénombrement des ménages à Sikasso, et du calendrier très serré de cette activité spécifique, il était nécessaire d'ajouter une équipe supplémentaire

Quant à Bla, la cartographie a démarré le 08 Octobre 1999 pour prendre fin le 20 Octobre avec trois équipes. Les seules difficultés auxquelles les agents cartographes et énumérateurs ont été confrontés étaient essentiellement des difficultés liées à l'état des routes. La cartographie de cette zone s'est déroulée en fin d'hivernage et l'état des sentiers et des routes était très défectueux.

Concernant le recrutement des cartographes et des énumérateurs, un test a été organisé sous la responsabilité de la Direction Nationale de la Statistique et de l'Informatique (DNSI). A l'issue de cet test, six (6) candidats ont été retenus pour suivre la formation de cartographie et de dénombrement des ménages. La formation s'est déroulée du 22 au 26 Août 1999.

## **7.3.4 La collecte des données**

### **7.3.4.1 Instrument de la collecte**

L'élaboration des instruments de collecte a fait l'objet d'un échange important de documents utilisés pour des études analogues effectués par le PHR à travers le monde et les responsables du bureau au Mali. L'élaboration des questionnaires a commencé à la mi-mai 1999 avec des instruments destinés à l'enquête

En raison d'une nouvelle programmation des activités du projet, la priorité a été accordée à l'étude sur la demande de soins et les premières moutures de questionnaire élaborées se sont avérées très lourdes à appliquer. Cela a conduit l'équipe à opter pour des questionnaires de type modulaire plus opérationnels et

:

#### **Questionnaire Ménage :**

Ce questionnaire constitue la clé de voûte de l'étude sur la demande des soins de santé de base car cet instrument, outre le fait qu'il soit le lien avec les autres questionnaires, apparaissait comme aussi l'outil qui permettait de parfaire l'échantillonnage. En effet, le Module chef de ménage permettait de collecter les données précises sur l'identité des ménages enquêtés, de disposer d'une liste complète des membres du ménage, un renseignement sur le niveau de l'éducation, la résidence, l'occupation actuelle, la présence de handicaps et l'éligibilité des membres à l'enquête suivant les critères de l'étude.

Par ailleurs, des données sur les caractéristiques démographiques et socio-économiques des enquêtés et des ménages sont aussi collectées comme l'ethnie, la religion, etc., l'accès du ménage au logement, l'électricité, l'eau potable et la consommation de certains produits importants.

#### **Questionnaires Recours aux soins Homme et Femme :**

Adressé aux personnes de tout âge ayant souffert d'une fièvre pendant les 15 jours qui ont précédé l'enquête, le module permet d'évaluer les besoins de la population en matière de soins curatifs pour la prise en charge de la fièvre et le recours des malades aux services. Cet instrument permet donc de disposer des informations sur le comportement de la population, le degré de gravité de l'affection, le niveau de satisfaction aux différents contacts et les mécanismes de solidarité existant dont bénéficient les malades.

#### **Questionnaire Accouchement, Grossesses et Soins pré/postnataux :**

Ce module tente de collecter les données relatives à la santé reproductive, notamment l'activité de procréation et l'utilisation des services disponibles en amont et en aval de cette activité. L'accent est mis aussi sur le niveau de satisfaction des parturientes et les paiements effectués par celles-ci pour avoir accès aux soins.

#### **Questionnaires jeune Homme et jeune Femme :**

Le module est axé sur les connaissances, attitudes et comportement des jeunes hommes et des jeunes femmes en matière de maladies sexuellement transmissibles et de VIH/Sida. Il comprend aussi une section sur les préférences et l'utilisation des services de planification familiale par les jeunes de 15 à 24 ans et les mécanismes de solidarité à leur disposition.

Les outils de collecte indiqués ci-dessus ont été constamment affinés pour tenir compte du contexte du Mali mais aussi pour disposer de données de qualité telles que requises par une telle étude. Pour ces raisons, la finalisation n'est intervenue qu'au terme de la formation et d'un test de terrain réalisé en milieu rural, voire semi-urbain, à Moribabougou où après une administration des modules à certains ménages, les remarques et suggestions des enquêteurs et enquêtrices et des formateurs ont permis la prise en charge des insuffisances constatées et d'améliorer considérablement les dernières versions.

Enfin, tous les modules ont été traduits en langue nationale bamanan par les agents de la Direction Nationale de l'Alphabétisation et de la Linguistique Appliquée (DNAFLA) pour une meilleure compréhension de certains concepts et une adhésion des populations à l'esprit de l'étude.

#### **7.3.4.2 Préparation et déroulement de la collecte :**

La collecte des données constitue une étape importante dans l'exécution d'une enquête. Aussi, elle doit être préparée avec soins et minutie. C'est dire l'intérêt particulier qu'il faut accorder au recrutement et à la formation du personnel.

##### **Le recrutement des enquêteurs et enquêtrices :**

Le recrutement a fait l'objet d'un appel de candidatures par voie de presse en publiant un avis dans le quotidien national ESSOR, ce qui a permis de recueillir plusieurs dossiers qui ont été étudiés pour présélectionner un nombre donné de femmes et d'hommes. Certains critères ont été privilégiés dans le choix tels que : le niveau de formation universitaire, l'expérience des postulants en matière d'enquêtes auprès des populations, leur aptitude de travailler en équipe et dans les zones rurales, et la disponibilité entre autres.

Le recrutement ne deviendra définitif qu'après le suivi d'une formation et le test qui sera organisé pour évaluer les connaissances réelles des agents au terme de cette formation.

Deux types de personnels ont été retenus, à savoir : les contrôleurs choisis parmi les agents qui ont réalisé la cartographie des zones à enquêter, et les enquêteurs et enquêtrices.

##### **La formation du personnel :**

Elle s'est effectuée au courant de deux semaines d'apprentissage théorique et d'une journée de test en pratique effective dans les conditions de terrain à Moribabougou. Le staff technique de formation était composé de deux médecins de santé publique recrutés localement en fonction des critères de compétence. Ce staff était renforcé par l'équipe du bureau PHR du Mali et du Conseiller technique de PHR/Béthesda.

Un programme de formation détaillé a été établi avec des objectifs pédagogiques opérationnels précis à atteindre. Des cours organisés en fonction du contenu de chaque module ont permis une accumulation de connaissances chez les apprenants et des travaux de groupes en fin de journée permettaient de faire une évaluation globale des objectifs de la journée et des thèmes abordés.

Par ailleurs, les omissions ou insuffisances constatées sur chacun des modules étaient capitalisées par un assistant, ce qui permettait de les corriger.

La formation a concerné au total 55 personnes dont 6 cartographes, 24 enquêtrices et 25 enquêteurs. L'enquête s'est déroulée avec 39 agents, dont 15 enquêtrices, 15 enquêteurs et neuf contrôleurs (composés des 6 cartographes et des 3 meilleurs enquêteurs/enquêtrices).

Les autres personnes formées constituaient une réserve à laquelle le projet pouvait recourir en cas

##### **Production des questionnaires :**

L'édition des questionnaires a été réalisée avec une imprimerie de la place après une évaluation sommaire des besoins sur la base de l'échantillon de ménages et des personnes susceptibles d'être enquêtées. Les deux premières semaines d'enquête ont vite démontré que les quantités devaient être réajustées.

### **La logistique :**

Les moyens de transport ont été mis à disposition par l'UNICEF, dont la contribution financière a permis de louer trois véhicules tout terrain. Ce parc fut complété par le véhicule Cherokee fourni au bureau PHR par l'USAID. En dépit de l'insuffisance de ces moyens, quatre équipes ont été constituées, dont trois pour l'enquête principale à Sikasso, pendant qu'une autre faisait la cartographie du cercle de Bla.

### **L'enquête auprès des ménages :**

L'enquête sur le terrain a été précédée de plusieurs missions de préparation effectuées par les responsables du Projet à Bethesda avec l'équipe (Team Leader et Site Manager) du Mali dont les objectifs étaient d'informer les autorités politiques, administratives et sanitaires de Sikasso et de Bla, et de créer les conditions favorables à la réussite des activités à mener dans le cadre de l'étude.

En rapport avec les Directions Régionales de la Santé du Plan et de la Statistique, la Station Régionale de l'Office de la Radiodiffusion Télévision et les Radios locales KENE de Sikasso et BONDOUGOU de Bla, un micro-programme a été conçu et diffusé pour informer et sensibiliser les populations des deux sites.

Pour le sondage des ménages, trois équipes de 10 personnes dirigées chacune par un contrôleur ont été constituées. Au sein de chaque groupe, des binômes (Homme-Femme) ont été constitués.

La liste des ménages échantillons a été fournie à chaque contrôleur qui procédait à une répartition des

En vue de faciliter les contacts, il a été demandé aux binômes de faire appliquer le questionnaire ménage par l'un d'entre eux suivant le sexe du chef de ménage. Une liste détaillée des personnes éligibles serait établie et les rendez-vous pris avec les personnes à enquêter en accord avec le chef de ménage.

Les modules remplis étaient remis au fur et à mesure aux contrôleurs pour vérification, et les erreurs constatées étaient corrigées par les enquêteurs avant de quitter la section d'énumération dans laquelle l'équipe évoluait. Au terme de la journée, les modules vérifiés par les contrôleurs étaient remis au

Des réunions techniques étaient tenues chaque matin avec les contrôleurs pour faire le point des problèmes avant de procéder à une nouvelle répartition des tâches de la journée. Des staffs de mise à niveau sont organisés périodiquement pour les enquêteurs/enquêtrices sur certains modules ou certaines questions en cas de besoin.

---

## **7.4 Méthodologie de l'enquête auprès des prestataires**

### **7.4.1 Cadre institutionnel**

L'enquête de l'Initiative pour l'Equité (IPE/Mali) auprès des prestataires de soins et d'action sociale a été exécutée par le bureau Partnerships for Health Reform (PHR) du Mali, avec l'assistance technique de P.H.R Bethesda et du Projet Assurance Qualité (Washington DC).

Cette enquête entre dans le cadre de l'Initiative USAID – UNICEF sur l'équité au Mali en collaboration avec le Gouvernement de la République du Mali à travers les Ministères de la Santé, de la Promotion de la solidarité et des Personnes âgées. Elle s'inscrit par ailleurs dans un vaste programme de développement (PRODESS) financé et soutenu par de nombreux partenaires. L'USAID a fourni l'appui technique national et international et le financement des coûts de l'initiative. L'appui logistique a été assuré par

### **7.4.2 Objectifs**

L'un des objectifs principaux est d'assurer un accès équitable aux soins de santé et de développer des mécanismes de protection. Cette enquête représente un effort vers la réalisation de cet objectif.

: Recueillir, à l'échelle de la région et du cercle, des données de qualité sur l'offre des services de santé des différents prestataires permettant entre autres de :

- Connaître la disponibilité du personnel et les sources de financement ;
- Obtenir des informations sur le fonctionnement de la formation et sur la disponibilité des soins fournis ;
- Recueillir des données sur la disponibilité des médicaments essentiels ;
- Déterminer la qualité physique, le niveau de l'équipement, les moyens logistiques et les conditions d'hygiène de l'établissement ;
- Mesurer le niveau de fréquentation de l'établissement et la tarification ;
- Connaître les mécanismes de solidarité et de protection existants ;
- Déterminer la fréquence des références et supervisions

Enfin l'IPE/Mali a permis de développer les capacités nationales nécessaires à la réalisation périodique de

### **7.4.3 Outils de la collecte**

L'étude de l'offre des services de santé et d'action sociale a utilisé des questionnaires de types modulaires et des outils d'observation pour l'évaluation de la qualité des prestataires.

- Un module prestataire moderne

- Un module thérapeute
- Un module prestataire social
- Un module pharmacie
- Un module revendeur de médicaments
- Un module observation fièvre
- Un module observation planification familiale

Ces questionnaires ont été conçus et testés en collaboration avec les professionnels de la santé et de l'action sociale pour les adopter au contexte spécifique des différents domaines explorés dans l'enquête.

### **Module prestataire moderne**

Ce module prestataire moderne comprend une page de couverture.

Les différents questionnaires utilisés sont disponible sur disquette du projet PHR sur laquelle sont enregistrées les informations d'identification et les résultats des interviews. Avec les neuf sections qui le composent, il sert à recueillir des informations sur les thèmes suivants :

- Disponibilité du personnel et source de financement : cette section porte sur le type de personnel, le nombre de personnel à plein temps et mi-temps et les sources de financement.
- Fonctionnement de la formation sanitaire et disponibilité des services fournis : cette deuxième section permet de collecter des informations sur l'emploi du temps de la formation, l'existence de service de garde, l'âge de la formation, la continuité de la formation dans la prestation, les raisons éventuelles de l'interruption des services, les services fournis par la formation, la supervision, les problèmes rencontrés dans l'exercice de la fonction, les suggestions du prestataire par rapport au bon fonctionnement de l'établissement ;
- Disponibilité des médicaments essentiels : on collecte ici des informations sur la disponibilité des médicaments essentiels en DCI, les ruptures de stocks au cours du mois ayant précédé l'enquête, les causes de ces ruptures et la disponibilité de moyens de conservation des vaccins ;
- Qualité physique, niveau de l'équipement et moyens logistiques de l'établissement : cette section vise à obtenir des informations sur la disponibilité de salles adéquates pour les prestations, la disponibilité du siège pour l'accueil des patients, celle de l'équipement minimum, les moyens de communication, la fonctionnalité de ces moyens et les moyens de transport.
- Conditions d'hygiène et d'assainissement de l'établissement : cette section est réservée à la collecte d'informations sur les conditions d'hygiène et d'assainissement de l'établissement. Il s'agit notamment de recueillir des informations sur la disponibilité d'une source potable, de toilettes ou latrines, de poubelles, d'un système d'évacuation des déchets, de l'électricité et d'évaluer de façon subjective la propreté des conditions de la formation ;
- Fréquentation de l'établissement et tarification : dans cette section, on enregistre les informations sur l'estimation de la population cible de la formation, le niveau de vie de cette population, le volume des consultations pendant les trois derniers mois, le nombre de la consultation des jeunes âgés de 14 à 25 ans pendant les trois derniers mois, la tarification pour les prestations telles que la consultation, le planning familial, les activités de laboratoire,

;

- Mécanisme de solidarité et de protection des populations : A ce niveau, des questions ont été posées afin de connaître la disponibilité et le type de mécanismes de solidarité existant dans l'établissement. La section permet d'avoir des informations sur le fonctionnement de ces mécanismes, les soins et les personnes qu'ils prennent en charge et la date d'introduction de ces mécanismes. Enfin des possibilités sont données aux prestataires interviewés de faire des suggestions pour l'amélioration du mécanisme de solidarité utilisé dans son établissement ;
- Communication : cette section porte sur la disponibilité d'informations du patient affichées sur les tarifs et les mécanismes de solidarité.

En outre la section permet de savoir si le prestataire échange des informations avec les mères sur l'état de santé de leurs enfants et leur propre état de santé, s'il échange des informations avec les jeunes sur leur état de santé. Enfin des informations sont collectées sur le type d'informations échangées avec les mères et les jeunes ;

- Référence : cette section est réservée à toutes les informations relatives aux activités de référence effectuées et reçues par l'établissement.

---

Ce module a été élaboré sur la base du module prestataire moderne qui constitue le cœur de l'enquête auprès des prestataires. A l'image du module prestataire moderne, il comprend exactement les mêmes sections que ce dernier. Ainsi le module permet de recueillir des informations auprès des thérapeutes sur

### **Module prestataire social**

Ce module a également été réalisé sur la base du module prestataire moderne. A l'exception des informations sur la disponibilité des médicaments, il comprend huit sections identiques à celles du module prestataire.

### **Module pharmacie**

Tout comme le module thérapeute, prestataire social, le module pharmacie est également élaboré à l'image du module prestataire moderne. Il comporte toutes les sections de ce dernier à l'exception de la section relative à la référence qui ne fait pas partie de ses vocations.

---

Ce module a été élaboré différemment par rapport aux modules cités ci-dessus. Il a pour objectif de recueillir des informations sur la qualité de la prestation fournie par le prestataire moderne. L'enquêteur (l'enquêtrice) joue un rôle d'observateur lors des séances de consultation effectuées par les prestataires sur trois patients différents venus pour une consultation fièvre. Il note systématiquement sur son module les comportements du prestataire en relation avec les normes et procédures en vigueur définies par l'OMS et adaptées au contexte de la politique sectorielle de santé du Mali pour la prise en charge correcte de l'enfant malade par rapport à la qualité de la prestation. Ce module ne permet donc pas de poser directement des questions aux prestataires. Il a été administré généralement par des enquêteurs professionnels de la santé (notamment des médecins) bien que tous les enquêteurs aient reçu la formation

### **Module observation, planification familiale :**

Ce module est exactement à la planification familiale ce que le module précédent est à la fièvre. Il contient également des informations basées sur l'observation de trois séances de consultation en planification familiale effectuée par le prestataire. Les critères de qualité sont mesurés à partir des normes et procédures retenues par le Mali en matière de SRPF telles que définies par la Division de la Santé Familiale et Communautaire (DSFC) de la Direction Nationale de la Santé Publique.

#### 7.4.4 Echantillonnage

Il s'agit d'un échantillon constitué par les premiers responsables des formations sanitaires et sociales, quel que soit leur statut . Il a été constitué à partir :

- D'une première liste de prestataires sur la base des informations dont disposent les Directions de la Santé et de l'Action Sociale à Sikasso, du Centre de santé de référence et du service social à Bla et du centre de la base de données établies lors de l'enquête auprès des ménages dans les deux sites.
- D'une recherche active pendant que se déroulait l'opération de collecte auprès des prestataires. Il s'agissait de prendre en compte les autres prestataires qui ne figuraient pas sur

La compilation de ces trois sources de données à fournir la taille et la couverture suivante de l'échantillon.

<b>Module</b>	<b>Sikasso</b>	<b>Bla</b>	<b>Total</b>
- Module Prestataire Moderne	34	50	84
- Module Prestataire social	21	11	32
- Module Thérapeute	32	146	178
- Module Pharmacie	19	29	48
- Module revendeur	70	60	130
- Module Fièvre	55*	32*	87
- Module Planification Familiale	13*	17*	30

#### 7.4.5 Personnel et calendrier des activités de l'enquête prestataire

Pour assurer une bonne réalisation des objectifs de l'IPE/Mli, une équipe composée du Team Leader et du Site manager a été mise en place. Cette équipe avait en charge la supervision générale de l'enquête, y compris PHR/Mali, pour la conception des questionnaires, la formation du personnel de l'enquête auprès des prestataires, le traitement et l'analyse des données.

Pour l'exécution de l'enquête auprès des prestataires, 6 enquêteurs et 6 enquêtrices ont été retenus. Ils ont suivi une formation de cinq jours. Les travaux du pré-test des modules ont duré une journée. Tous les enquêteurs (enquêtrices) ont participé aux opérations de pré-test sur le terrain à Bamako.

#### 7.4.6 Collecte des données

##### 7.4.6.1 Organisation des équipes

En ce qui concerne les opérations de collecte de données, les équipes étaient réparties de la façon suivante :

##### A Sikasso :

- Une équipe de quatre (4) personnes était chargée d'administrer les modules Prestataire moderne et observations (fièvre et planification familiale) ;
- Une autre équipe de deux personnes a été retenue pour l'administration des modules pharmacie et prestataire social ;

\_\_\_\_\_ :

L'ensemble des opérations de saisie a été réalisé au Bureau PHR/Bamako sur micro-ordinateurs au moyen du logiciel EPI-INFO.

La saisie a été effectuée par deux (2) agents de saisie travaillant sous la responsabilité d'un cadre de la DNSI maîtrisant parfaitement le logiciel EPI-INFO. A la suite de la saisie, les membres de l'équipe PHR/Mali et le superviseur de la saisie ont procédé à l'édition des données pour vérifier la cohérence interne des réponses contenues dans les questionnaires et à la correction des erreurs.

**Nettoyage des données :**

Après la saisie et l'édition des données, un programme de test et de contrôle a été exécuté sur le logiciel STATA à Bethesda (Maryland-USA) pour vérifier également la cohérence interne des réponses.

**Tabulation :**

Il s'agit du développement et de l'exploitation des programmes destinés à fournir les tableaux de base nécessaires à l'élaboration du rapport préliminaire et du rapport final. La tabulation a été réalisée conjointement par les bureaux PHR/Mali et PHR/Bethesda.

L'ensemble des opérations de contrôle, de test, de nettoyage de fichier et de tabulation des données ont été réalisées au moyen du logiciel STATA au PHR à Bethesda (Maryland-USA).



# L'Initiative pour l'équité au Mali (IPE)



Partnerships  
for Health  
Reform

 Abt Associates Inc. ■ 4800 Montgomery Lane, Suite 600  
Bethesda, Maryland 20814 ■ Tel: 301/913-0500 ■ Fax: 301/652-3916

*In collaboration with:*

Development Associates, Inc. ■ Harvard School of Public Health ■  
Howard University International Affairs Center ■ University Research Co., LLC



*Funded by:*

U.S. Agency for International Development

