



La politique de gratuité du paludisme n'a pas eu d'effets sur les finances Des CSCom au Mali

Kafando Y., Touré L., Ridde V.

Juillet 2012



Sommaire

Introduction.....	3
Méthodologie	4
Résultats.....	8
1. Difficultés rencontrées	8
2. Les dépenses et les recettes	9
2.1. Les dépenses.....	9
2.2. Les recettes.....	13
3. Le recouvrement des coûts.....	17
4. La trésorerie des CSCom	18
5. Discussion	19
Conclusion.....	21
Références	22

Introduction

À la fin des années 1980, la plupart des pays africains s'étaient engagés à appliquer l'initiative de Bamako dont les principaux principes reposaient sur l'octroi des services de soins primaires aux populations, la mise en œuvre d'une politique d'approvisionnement en médicaments essentiels et d'un système de gestion de service de santé impliquant la participation des collectivités locales (Tizio S., Flori Y-A., 1997). Cette initiative devrait également promouvoir le paiement direct des services de santé par les populations tout en assurant un maintien de la qualité des soins et une accessibilité pour tous, y compris ceux qui ne pouvaient pas payer.

Cependant, plus de vingt ans après la mise en œuvre de cette initiative, la persistance de certains problèmes, dont notamment la sous utilisation des services de santé par les populations en général et par les populations vulnérables en particulier, a amené les États à adopter ces dernières années des politiques visant à abolir le paiement des soins pour certaines pathologies ou au profit de certains groupes spécifiques. En effet, depuis le début des années 2000, plusieurs pays en Afrique au Sud du Sahara mettent en œuvre des politiques publiques visant à exempter tout ou une partie du paiement des soins en faveur de certaines couches de la population.

À l'instar des autres pays de la sous région, le Mali a entrepris de rendre gratuit en juin 2005, l'acte médical de la césarienne. Puis, en juin 2007, c'est la gratuité du traitement du paludisme qui était instaurée. Les Combinaisons Thérapeutiques à Base d'Artémisinine (CTA) ont été introduites dans les formations sanitaires publiques au profit des enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes qui demeurent les cibles privilégiées du paludisme. Si le traitement CTA est ainsi devenu gratuit pour les patients, ils doivent cependant toujours payer les consultations.

Les Centres de Santé Communautaire (CSCoM) du Mali font partie intégrante de la mise en œuvre de ces politiques de gratuité. En effet, ils participent au financement de la caisse de solidarité dans le cadre des évacuations sanitaires et reçoivent les dotations en médicaments du Programme national dans le cadre de la gratuité du paludisme.

Le Mali est l'un des rares pays à avoir délégué la création et la gestion des structures sanitaires périphériques aux communautés locales. Les CSCom¹ ont été créés le plus souvent à l'initiative des populations locales regroupées en associations (Asaco²). Les CSCom prennent une part importante dans la mise en œuvre de la politique sanitaire au Mali. Selon Balique H. et al, (2001), les CSCom ont permis au système de soins du Mali de faire un pas qualitatif, en créant entre le secteur public et le secteur privé classique un secteur intermédiaire, qui allie les objectifs de santé publique du premier au pragmatisme gestionnaire du second.

Si des études ont été menées sur le fonctionnement des CSCom en général, la viabilité financière de ces formations sanitaires restait à évaluer, surtout après la mise en œuvre de la politique de gratuité des soins décidée par l'État. Cette étude vise également à apporter des éléments de réponse aux préoccupations de la fédération nationale des CSCom (FENASCOM) et du Ministère de la santé qui se posent légitimement des questions sur les effets que peuvent avoir les politiques de gratuité mises en œuvre par l'État Malien sur les finances des CSCom.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer les effets de la politique de gratuité du paludisme sur les finances des CSCom. Pour ce faire, une collecte et une analyse des données financières et comptables ont été réalisées dans 18 CSCom au Mali.

Méthodologie

L'étude a été menée dans le district de Bamako et les cercles de Kita et de Sikasso. Ces trois sites ont été choisis car ils font l'objet de recherche qualitative par le laboratoire de recherche MISELI dans le cadre du programme « *abolition du paiement de services de santé en Afrique de l'ouest* » qui regroupe le Burkina, le Mali et le Niger. Les données quantitatives pourront servir à répondre à certains constats soulevés lors de ces enquêtes qualitatives et vice versa.

¹Un « CSCom » est un centre de santé privé sans but lucratif, qui regroupe un dispensaire, une maternité et un dépôt pharmaceutique, et dont la gestion est assurée par une association d'utilisateurs, dénommée « asaco » (Hubert Balique et al., 2001).

²Une « asaco » est une association privée sans but lucratif regroupant des habitants d'une même zone géographique (quartier urbain ou groupe de villages), dénommée « aire de santé », qui assure la gestion d'un centre de santé communautaire et conduit dans cette zone des activités de protection et de promotion de la santé. Elle est liée à l'État par la signature d'une convention, qui l'engage à participer à la réalisation du service public de santé et précise les modalités de sa participation (Hubert Balique et al., 2001).

La collecte a concerné l'ensemble des données financières et comptables des CSCom. Compte tenu de la faible disponibilité des ressources financières et temporelles, il était prévu de collecter les données dans un échantillon de 6 CSCom au niveau de chaque site, soit 18 CSCom. L'inclusion des CSCom à l'étude reposait essentiellement sur deux critères majeurs, à savoir la date de création du CSCom qui devait être antérieure à juin 2005 et la disponibilité des données comptables et financières sur la fenêtre d'observation de l'étude qui était de six ans (soit de juin 2005 à mai 2011).

Mais même si l'étude a concerné 18 CSCom au final, la collecte des données n'a pu être réalisée que dans 2 CSCom seulement dans le district de Bamako. Le reste a été reparté entre les deux cercles, soit 8 CSCom à Kita et 8 CSCom à Sikasso. L'indisponibilité des données comptables et financières observée au niveau des CSCom du district de Bamako explique cette situation. À titre d'exemple, sur l'ensemble des CSCom que compte la commune 1 du district de Bamako, il n'y avait que deux CSCom qui disposaient des données financières et comptables nécessaires pour être inclus dans l'étude. Notre étude pour le district de Bamako repose donc sur les deux seuls CSCom disposant des données nécessaires.

La collecte des données a été faite du 22 février au 7 mars 2012 par deux assistants de recherche formés à cet effet. La technique de collecte utilisée a été adaptée à une méthode déjà éprouvée au Burkina Faso et au Niger (Kafando Y. et Ridde V., 2010).

Les données collectées concernent les dépenses, les recettes, la trésorerie, le nombre de consultations lié au paludisme ainsi que le personnel présent dans les CSCom. Ces données ont été relevées à l'aide de fiches élaborées spécifiquement à cet effet.

Les dépenses concernent l'ensemble des sorties d'argent enregistrées au niveau du CSCom. Les recettes regroupent toutes les entrées d'argent enregistrées par le CSCom. Les dépenses comprennent essentiellement l'achat des médicaments et le paiement des salaires et des charges sociales. Les recettes sont composées de la vente des médicaments et des recettes issues de la tarification, des cotisations et des adhésions (tableau 1).

Tableau 1 : **Composition des dépenses et des recettes dans les CSCom**

Composition des dépenses	
Médicaments	Achats de médicaments et consommables médicaux
Salaires	Dépenses liés aux salaires du personnel et au paiement des charges sociales
Référence évacuation	Dépenses liées à la cotisation annuelle des CSCom au titre de la référence-évacuation
Autres	Achat de gaz, carburant, électricité, eau, réparation d'infrastructures, prise en charge réunion, AG, etc.
Composition des recettes	
Vente de médicaments	Recettes liées à la vente médicaments
Tarifification	Vente de la consultation et des actes médicaux
Cotisation	Recettes issues de la cotisation des villages au titre de la référence évacuation
Adhésion	Recettes issues de la cotisation des populations au titre des frais d'adhésion et de cotisation annuelle
Autres	dons, appuis, legs

La trésorerie des CSCom concerne toutes les sommes d'argent disponibles en banque ou en caisse ou auprès du trésorier. Le niveau de trésorerie des CSCom a été calculé au 1^{er} juin de chaque année pour tenir compte de la date réelle du début de la gratuité des CTA.

La fenêtre d'observation de l'étude est de six ans. Pour être en mesure de comprendre les effets de la politique de gratuité du paludisme sur les finances des CSCom, nous avons comparé la situation avant et après la politique de gratuité, soit deux ans avant la politique et quatre ans après la politique. Il n'est pas possible de comparer avec des districts sans la gratuité car il s'agit d'une politique nationale implantée à l'échelle du pays.

L'unité de collecte des données est l'année. Ainsi, dans chaque district nous avons collecté les données de tous les CSCom sur une période de six ans.

Les données collectées étant parfois incomplètes (tableau 2), mais dans une proportion très raisonnable, l'analyse des données est faite avec les moyennes mensuelles.

Tableau 2 : Complétude³ des données collectées dans les CSCom

CSCom	Nombre de mois avec données complètes (dépenses et recettes)	Nombre de mois à collecter	%
Bamako 1	144	144	100,00
Bamako 2	100	144	69,44
Sikasso 1	128	144	88,89
Sikasso 2	144	144	100,00
Sikasso 3	141	144	97,92
Sikasso 4	144	144	100,00
Sikasso 5	123	144	85,42
Sikasso 6	143	144	99,31
Sikasso 7	132	144	91,67
Sikasso 8	142	144	98,61
Kita 1	126	144	87,50
Kita 2	132	144	91,67
Kita 3	104	144	72,22
Kita 4	94	144	65,28
Kita 5	120	144	83,33
Kita 6	124	144	86,11
Kita 7	101	144	70,14
Kita 8	110	144	76,39
Total	2252	2 592	-
Moyenne	125	-	86,75
Min	94	-	65,28
Max	144	-	100

³Pour chaque CSCom, le nombre de mois avec données complètes pour les dépenses et le nombre de mois avec données complètes pour les recettes ont été comptabilisés sur la période de six ans.

Résultats

1. Difficultés rencontrées

L'incomplétude des données reste la principale difficulté de cette étude. En effet, dans certains CSCoM visités, les données sont incomplètes voire absentes souvent sur une longue période.

Si dans certains CSCoM, il est de plus en plus question d'informatisation des données financières et comptables par un gestionnaire ou un comptable affecté à cette tâche (comme c'est le cas à Asacoba), la plupart des CSCoM utilisent toujours le système de remplissage des outils de comptabilité à la main qui ne sont pas standardisés à l'échelle du pays. La conception de ces outils de comptabilité qui sont laissés à l'initiative des Asaco sont souvent mal tenus et rarement mis à jour régulièrement.

De plus, pour certains outils standardisés, comme c'est le cas des rapports trimestriels d'activité (RTA), ils ne sont guère remplis correctement par les CSCoM. Seules les données sur les indicateurs de santé sont régulièrement remplies ; celles sur les indicateurs de finance sont le plus souvent ignorées. On note aussi une irrégularité dans le remplissage des fiches de stocks de médicaments⁴ y compris celles des médicaments destinés à la prise en charge du paludisme.

Les livrets de banque et de caisse n'ont pas été non plus accessibles aux enquêteurs malgré les lettres qui ont été adressé aux Asaco par la FENASCOM et la FERASCOM. Celles-ci arguent en effet qu'étant des associations communautaires, elles n'ont pas obligation de présenter leurs comptes bancaires qui relèvent pour eux de la vie privée des Asaco.

⁴Il n'a pas été possible de disposer des données de variation des stocks de MEG car ni les fiches de stocks de médicaments, ni les cahiers d'inventaire des médicaments ne sont régulièrement remplis.

2. Les dépenses et les recettes

2.1. Les dépenses

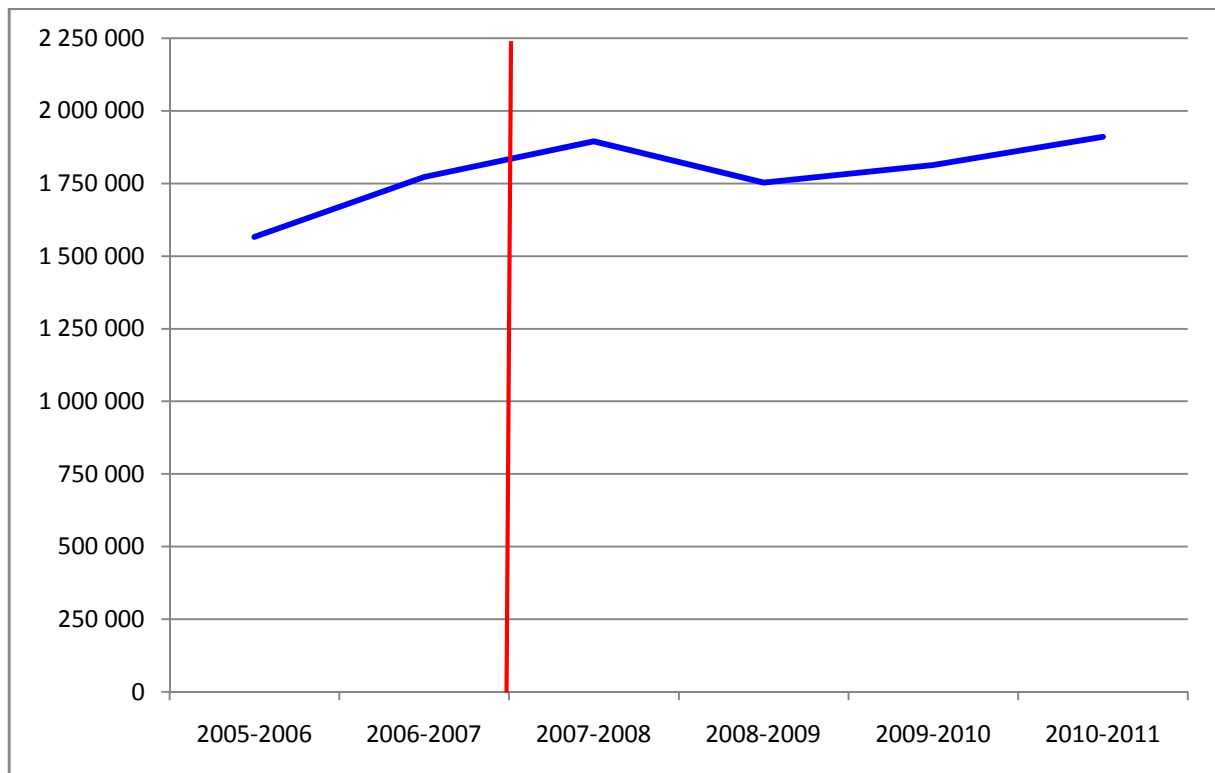
Les CSCoM dépensaient en moyenne 1,4million de F CFA par mois avant la gratuité des soins avec des différences très notables d'un CSCoM à un autre (Tableau 3).

Tableau 3: **Dépenses des CSCoM de 2005 à 2011**

CSCoM	Avant la gratuité		Après la gratuité	
	Total dépenses	Moyenne mensuelle	Total dépenses	Moyenne mensuelle
Bamako 1	200 635 600	8 359 817	470 880 835	9 810 017
Bamako 2	25 018 946	1 042 456	43 517 328	1 403 785
Sikasso 1	7 270 865	727 087	50 130 110	1 044 377
Sikasso 2	66 093 403	2 753 892	120 322 952	2 506 728
Sikasso 3	32 526 153	1 355 256	105 972 917	2 207 769
Sikasso 4	28 378 885	1 182 454	53 634 866	1 117 393
Sikasso 5	29 378 327	1 958 555	87 567 821	1 945 952
Sikasso 6	11 060 005	460 834	26 199 160	545 816
Sikasso 7	30 738 523	1 336 458	94 965 746	2 208 506
Sikasso 8	52 346 352	2 181 098	164 287 827	3 495 486
Kita 1	15 565 212	819 222	39 846 049	905 592
Kita 2	7 487 650	311 985	28 930 250	688 815
Kita 3	3 684 735	307 061	10 547 745	257 262
Kita 4	4 193 980	349 498	16 839 191	481 120
Kita 5	10 508 730	553 091	29 856 714	728 213
Kita 6	16 222 199	954 247	39 608 391	880 186
Kita 7	2 470 059	823 353	30 166 282	861 894
Kita 8	1 745 520	349 104	28 942 350	615 795
Total	545 325 144	25 825 467	1 987 541 678	43 667 071
Maximum	200 635 600	8 359 817	470 880 835	9 810 017
Moyenne	30 295 841	1 434 748	80 123 141	1 761 373
Minimum	1 745 520	307 061	10 547 745	257 262

Le niveau des dépenses a augmenté dans la plupart des CSCoM après la mise en œuvre de la gratuité sauf dans 5 CSCoM. D'une manière générale, la hausse des dépenses a été continue avant de connaître une baisse deux ans après la mise en œuvre de la gratuité du paludisme (figure 1).

Figure 1 : **Évolution des dépenses moyennes mensuelles des CSCom de 2005 à 2011**



D'une manière générale, la mise en œuvre de la gratuité du paludisme dans les CSCom n'a pas eu d'effets significatifs sur les dépenses qui ont continué à augmenter d'année en année.

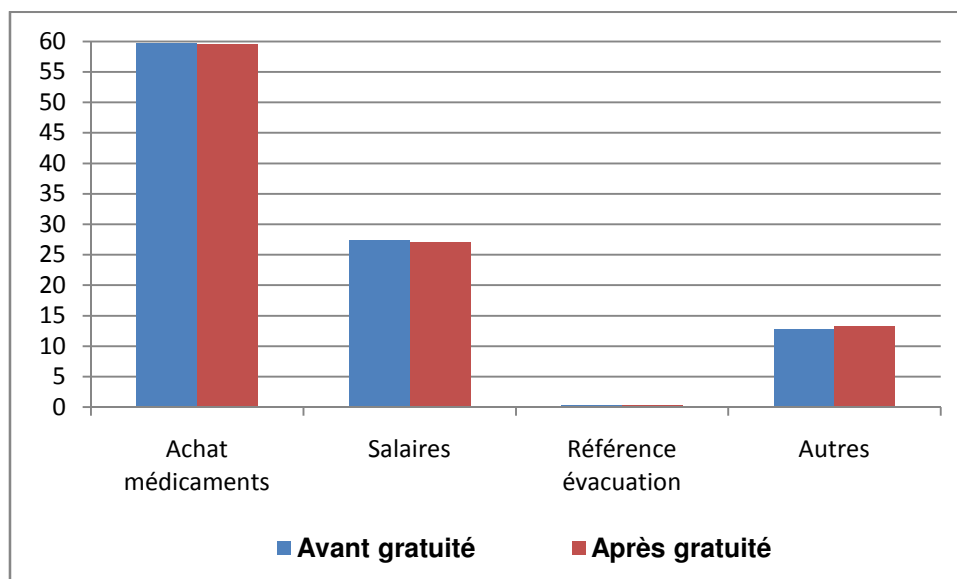
La majeure partie des dépenses effectuées par les CSCom est allée dans l'achat des médicaments et le paiement des salaires (Tableau 4).

Tableau 4: Part des différentes rubriques de dépenses dans les dépenses totales des CSCom

CSCom	Médicaments		Salaires		Référence évacuation		Autres	
	Avant gratuité	Après gratuité	Avant gratuité	Après gratuité	Avant gratuité	Après gratuité	Avant gratuité	Après gratuité
Bamako 1	47,05	47,95	35,80	35,32	0,02	0,06	17,13	16,67
Bamako 2	41,58	41,25	35,85	45,72	0,12	0,44	22,45	12,59
Sikasso 1	62,05	62,70	23,78	18,37	0,00	0,00	14,18	18,93
Sikasso 2	69,05	60,03	11,49	20,61	0,31	0,81	19,15	18,56
Sikasso 3	67,01	75,61	30,35	23,12	0,81	0,07	1,83	1,20
Sikasso 4	58,82	50,03	36,60	38,73	0,54	1,05	4,04	10,19
Sikasso 5	75,63	65,17	18,93	25,12	0,31	0,42	5,13	9,29
Sikasso 6	66,30	63,81	28,83	24,56	0,00	0,73	4,87	10,90
Sikasso 7	85,42	75,83	10,96	13,94	0,00	0,00	3,62	10,22
Sikasso 8	70,10	74,45	21,91	16,02	0,65	0,30	7,33	9,23
Kita 1	53,02	60,47	31,46	27,68	0,00	0,40	15,52	11,45
Kita 2	61,56	63,59	27,47	21,05	0,00	0,76	10,97	14,59
Kita 3	69,60	56,61	16,29	29,16	0,00	0,00	14,11	14,24
Kita 4	73,28	68,47	15,62	19,46	0,47	0,00	10,63	12,08
Kita 5	64,79	60,85	23,89	22,05	1,41	1,21	9,92	15,89
Kita 6	67,73	53,86	18,14	30,29	0,00	0,00	14,13	15,85
Kita 7	55,77	50,53	44,23	21,73	0,00	0,10	0,00	27,63
Kita 8	78,05	69,52	13,52	22,31	0,00	1,15	8,43	7,03
Maximum	85,42	75,83	44,23	45,72	1,41	1,21	22,45	27,63
Moyenne	59,60	59,44	27,31	26,94	0,24	0,29	12,85	13,33
Minimum	41,58	41,25	10,96	13,94	0,00	0,00	0,00	1,20

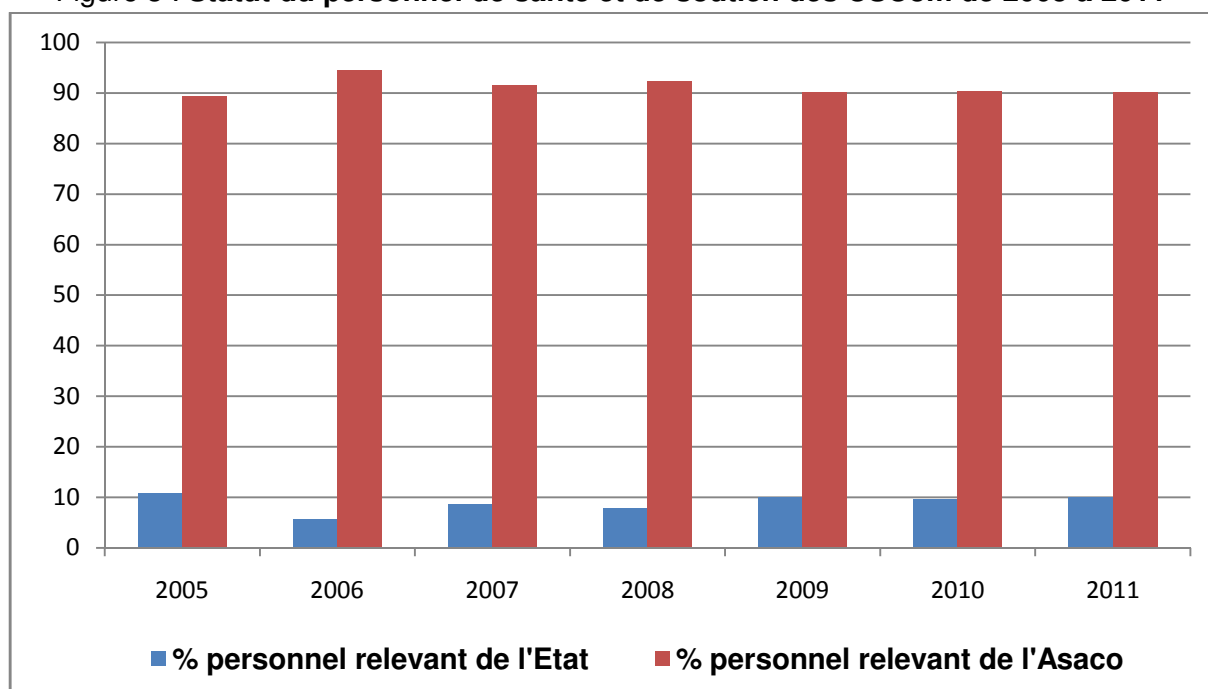
En moyenne, 60% des dépenses sont consacrées chaque année à l'achat des médicaments contre 25% en moyenne pour les salaires et les gratifications (figure 2).

Figure 2 : Part des rubriques de dépenses dans les dépenses totales



Cette répartition des dépenses ne semble pas avoir changé avec la mise en œuvre de la gratuité du paludisme. Par ailleurs, il faut noter que plus d'un quart des dépenses est consacré au paiement des salaires et des charges sociales du personnel de santé et cela, quel que soit la période (avant gratuité vs gratuité). Ce sont les Asaco qui recrutent et qui paient en effet la majorité du personnel de santé comme le souligne Jean-Pierre Girard (2007). La contribution de l'État reste très faible au niveau de la dotation du personnel de santé des CSCom (figure 3).

Figure 3 : Statut du personnel de santé et de soutien des CSCom de 2005 à 2011



Plus de 90% en moyenne du personnel qui travaille dans les CSCom ont été recrutés et sont payés par les Asaco. Cette situation n'a pas connu d'évolution avec la mise en œuvre de la gratuité du paludisme puisque la contribution de l'État dans la dotation des CSCom en personnel de santé est restée dans les mêmes proportions.

2.2. Les recettes

Les CSCom obtenaient en moyenne plus d'un million six cent mille francs CFA de recettes par mois avant la mise en œuvre de la gratuité du paludisme. Après, la moyenne mensuelle des recettes des CSCom a augmenté pour atteindre près de deux millions de francs CFA en moyenne par CSCom (tableau 5).

Tableau 5: **Recettes des CSCom de 2005 à 2011**

CSCom	Avant la gratuité		Après la gratuité	
	Total recettes	Moyenne mensuelle	Total recettes	Moyenne mensuelle
Bamako 1	215 319 160	8 971 632	497 562 008	10 365 875
Bamako 2	18 068 910	1 290 636	47 451 616	1 530 697
Sikasso 1	17 701 797	804 627	62 734 174	1 306 962
Sikasso 2	66 299 800	2 762 492	128 515 646	2 677 409
Sikasso 3	32 810 282	1 562 394	108 706 870	2 264 726
Sikasso 4	48 851 520	2 035 480	65 236 875	1 359 102
Sikasso 5	38 325 297	2 129 183	96 320 760	2 140 461
Sikasso 6	10 206 030	425 251	28 792 606	612 609
Sikasso 7	35 872 519	1 559 675	106 820 587	2 484 200
Sikasso 8	68 281 283	2 845 053	188 546 298	4 011 623
Kita 1	17 295 101	910 268	49 349 200	1 121 573
Kita 2	6 342 775	264 282	29 632 925	705 546
Kita 3	3 985 445	332 120	11 859 795	304 097
Kita 4	4 238 760	353 230	19 679 747	562 278
Kita 5	12 452 273	655 383	33 586 920	819 193
Kita 6	20 655 240	1 215 014	45 113 360	1 002 519
Kita 7	10 461 348	871 779	42 055 900	1 025 754
Kita 8	1 805 065	361 013	46 198 998	962 479
Total	628 972 605	29 349 514	1 608 164 285	35 257 104
Maximum	215 319 160	8 971 632	497 562 008	10 365 875
Moyenne	34 942 923	1 630 529	89 342 460	1 958 728
Minimum	1 805 065	264 282	11 859 795	304 097

La hausse des recettes après la mise en œuvre de la gratuité du paludisme concerne une grande partie des CSCom sauf pour quatre d'entre eux (Sikasso 2, Sikasso 4, Kita 3 et Kita 6) qui ont vu leurs recettes baissées. Mais cette baisse est assez faible pour ces CSCom, sauf pour « Sikasso 4 » qui a vu ses recettes chuter de moitié après la mise en œuvre de la gratuité du paludisme, sans évidemment que l'on puisse ici établir un lien de causalité. Ce sont pratiquement les mêmes CSCom qui avaient également connu une baisse de leurs dépenses après la mise en œuvre de la gratuité du paludisme.

Mais dans l'ensemble, on note que, tout comme les dépenses, les recettes ont connu une évolution progressive malgré la mise en œuvre de la gratuité du paludisme avant de connaître une baisse notable en 2008-2009 (figure 4).

Figure 4: **Evolution des recettes moyennes mensuelles des CSCom**



La baisse des dépenses qui a été observée au bout des deux ans après la mise en œuvre de la gratuité du paludisme a entraîné également une baisse des recettes des CSComs. L'achat et la vente des médicaments constituant les principales activités des formations sanitaires.

La vente de médicaments et les recettes issues de la tarification constituent les deux principales sources de revenus des CSCom (tableau 6).

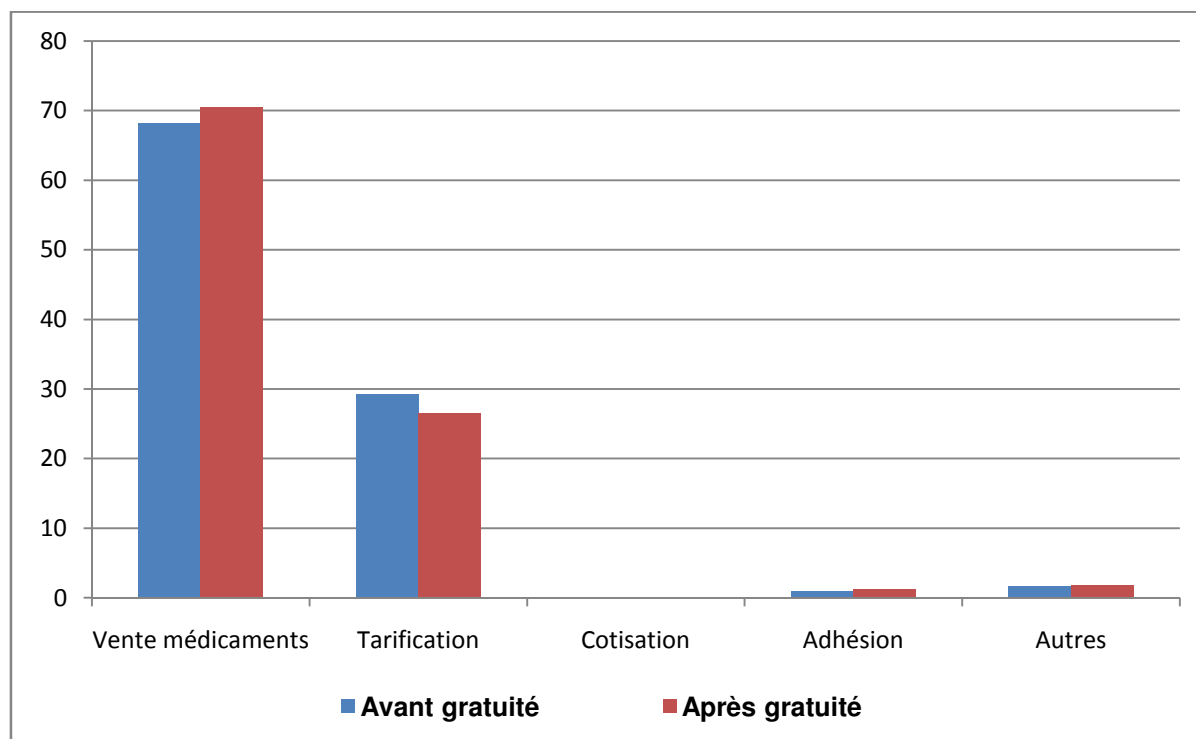
Tableau 6: Part des différentes rubriques de recettes dans les recettes totales des CSCom

CSCom	Vente de médicaments		Tarification		Référence évacuation		Adhésion		Autres	
	Avant gratuité	Après gratuité	Avant gratuité	Après gratuité	Avant gratuité	Après gratuité	Avant gratuité	Après gratuité	Avant gratuité	Après gratuité
Bamako 1	59,35	62,97	40,06	35,54	0,00	0,00	0,02	0,01	0,57	1,48
Bamako 2	64,07	57,92	32,37	35,40	0,00	0,00	0,89	1,49	2,68	5,18
Sikasso 1	73,83	73,27	22,64	25,93	0,00	0,43	3,53	0,37	0,00	0,00
Sikasso 2	81,63	73,20	15,16	23,07	0,00	0,00	1,20	3,30	2,01	0,43
Sikasso 3	62,84	75,62	31,24	22,48	0,00	0,00	3,33	1,90	2,60	0,00
Sikasso 4	62,25	67,36	37,69	32,40	0,00	0,00	0,06	0,24	0,00	0,00
Sikasso 5	74,64	70,40	24,05	27,61	0,00	0,12	0,43	0,22	0,88	1,66
Sikasso 6	75,87	72,91	21,66	26,14	0,97	0,01	1,01	0,77	0,49	0,16
Sikasso 7	83,06	85,30	12,64	6,44	0,00	0,00	2,18	2,00	2,13	6,25
Sikasso 8	72,69	80,35	21,64	15,37	0,00	0,00	1,11	1,18	4,57	3,09
Kita 1	75,58	67,99	18,33	24,16	0,00	0,01	1,92	4,54	4,17	3,30
Kita 2	60,58	73,13	35,67	22,65	0,00	0,00	3,74	4,22	0,00	0,00
Kita 3	77,42	71,95	17,19	22,78	0,00	0,19	0,00	1,18	5,38	3,91
Kita 4	84,09	81,84	15,91	15,14	0,00	0,31	0,00	2,71	0,00	0,00
Kita 5	67,63	69,54	23,02	20,33	0,00	0,82	4,11	5,04	5,24	4,27
Kita 6	77,66	68,11	20,36	29,37	0,00	0,00	1,19	0,92	0,80	1,61
Kita 7	52,69	58,17	45,24	41,58	0,00	0,00	0,09	0,25	1,97	0,00
Kita 8	82,28	76,82	17,72	18,75	0,00	0,29	0,00	1,82	0,00	2,31
Maximum	84,09	85,30	45,24	41,58	0,97	0,82	4,11	5,04	5,38	6,25
Moyenne	68,11	70,41	29,33	26,47	0,02	0,06	0,93	1,21	1,61	1,86
Minimum	52,69	57,92	12,64	6,44	0,00	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00

Plus de 90% des recettes proviennent de la vente des médicaments et de la tarification. Les recettes provenant des cotisations et des adhésions ou des dons ou appuis demeurent insignifiantes dans l'ensemble.

Cependant, même si la contribution de la vente des médicaments et de la tarification à la viabilité financière des CSCoCom n'a pas radicalement changé après la mise en œuvre de la gratuité du paludisme, leurs proportions ont très légèrement évolué (figure 5).

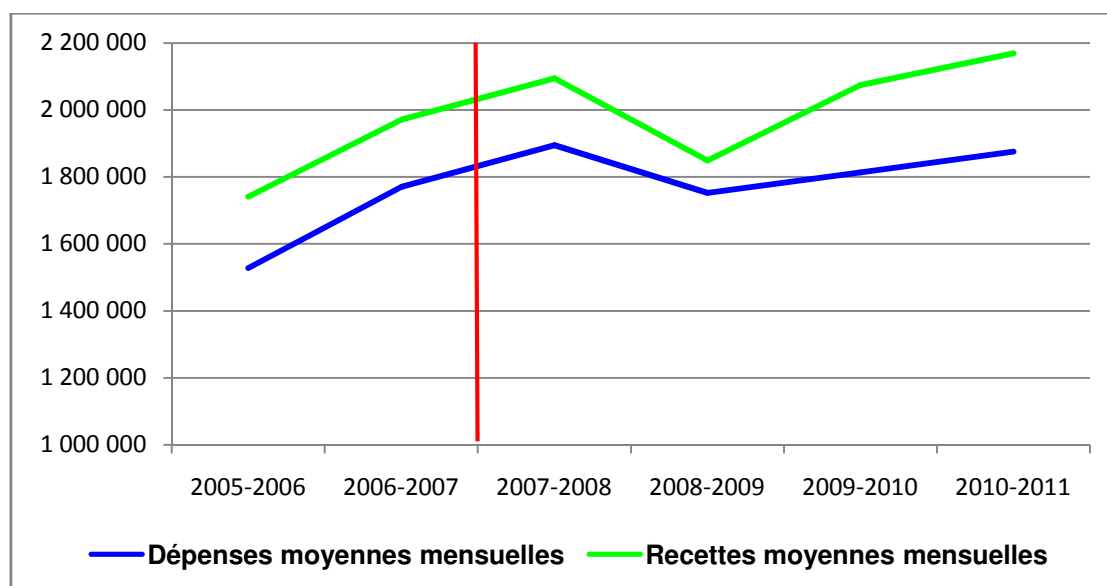
Figure 5: **Part des rubriques de recettes dans les recettes totales des CSCoCom**



La part des recettes issues de la tarification a légèrement baissé tandis que celle issue de la vente des médicaments a légèrement augmenté.

Mais dans l'ensemble, le niveau des recettes des CSCoCom est resté supérieur au niveau des dépenses et cela quelle que soit la période (figure 6)

Figure 6: Evolution des dépenses et des recettes moyennes mensuelles des CSCom de 2005 à 2011



La marge bénéficiaire (écart entre les deux courbes) des CSCom est restée constante, même après la mise en œuvre de la gratuité du paludisme et devient même un peu plus importante à partir de 2009. La politique de gratuité de paludisme n'a donc pas *a priori* eu d'effets négatifs sur la viabilité financière des CSCom.

Mais on note que le niveau des recettes de la tarification a très légèrement baissé entre les deux périodes. La moyenne mensuelle des recettes issues de la tarification est passée de 545 000 F CFA à près de 540 000 F CFA (tableau 7).

Tableau 7: Recettes moyennes mensuelles de la tarification des CSCom avant et après la gratuité

	Avant gratuité	Après gratuité
Total recettes de la tarification	184 468 443	425 640 540
Nombre d'années	2	4
Nombre de mois	338	788
Moyenne annuelle	92 234 222	106 410 135
Moyenne mensuelle	545 765	540 153

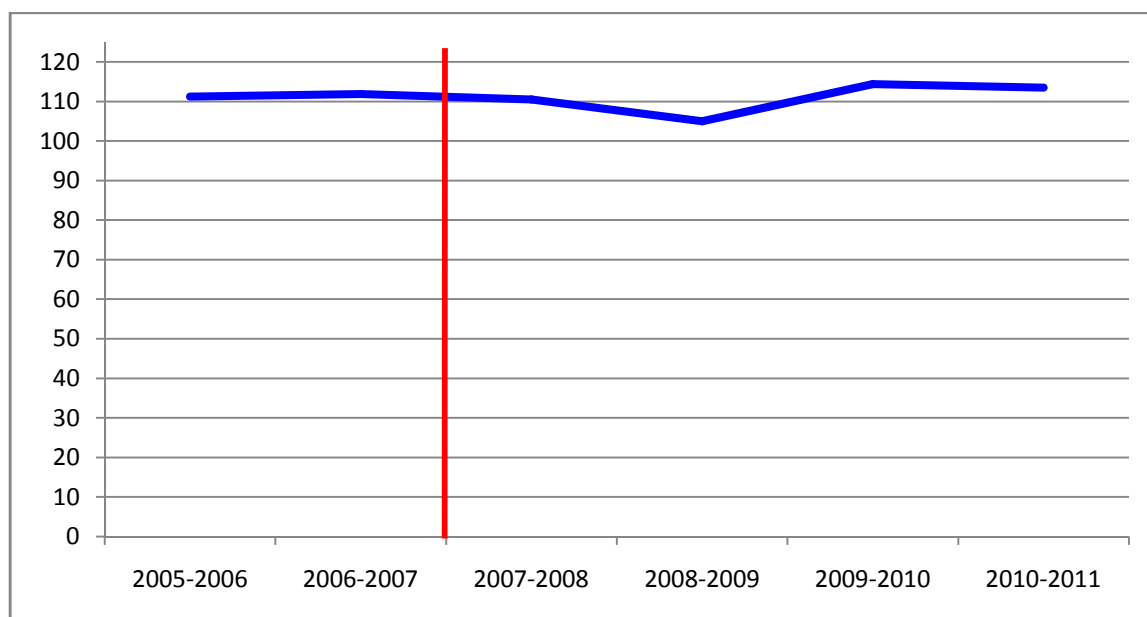
3. Le recouvrement des coûts

Dans l'impossibilité de calculer la variation de stock de la valeur des médicaments des CSCom, comme nous le soulignons dans la section difficultés, le taux de

recouvrement des coûts a été estimé à partir des dépenses et des recettes brutes des CSCoM. Il représente ici les recettes totales des CSCoM divisées par les dépenses effectuées au cours de la même période.

Le taux de recouvrement des CSCoM est positif et cela quelle que soit la période indiquée. En effet, il est toujours resté au dessus de 100% avant la gratuité et après la gratuité (figure 7).

Figure 7: **Evolution du taux de recouvrement des coûts des CSCoM de 2005 à 2011**



Cependant, le taux de recouvrement des coûts, même s'il est resté positif, a connu une légère baisse entre les deux périodes. En effet, le taux de recouvrement des coûts était de 111,59% en moyenne avant la gratuité des soins. Il est passé à 110,94% en moyenne après la mise en œuvre de la gratuité des soins, se maintenant tout de même à un niveau encore élevé.

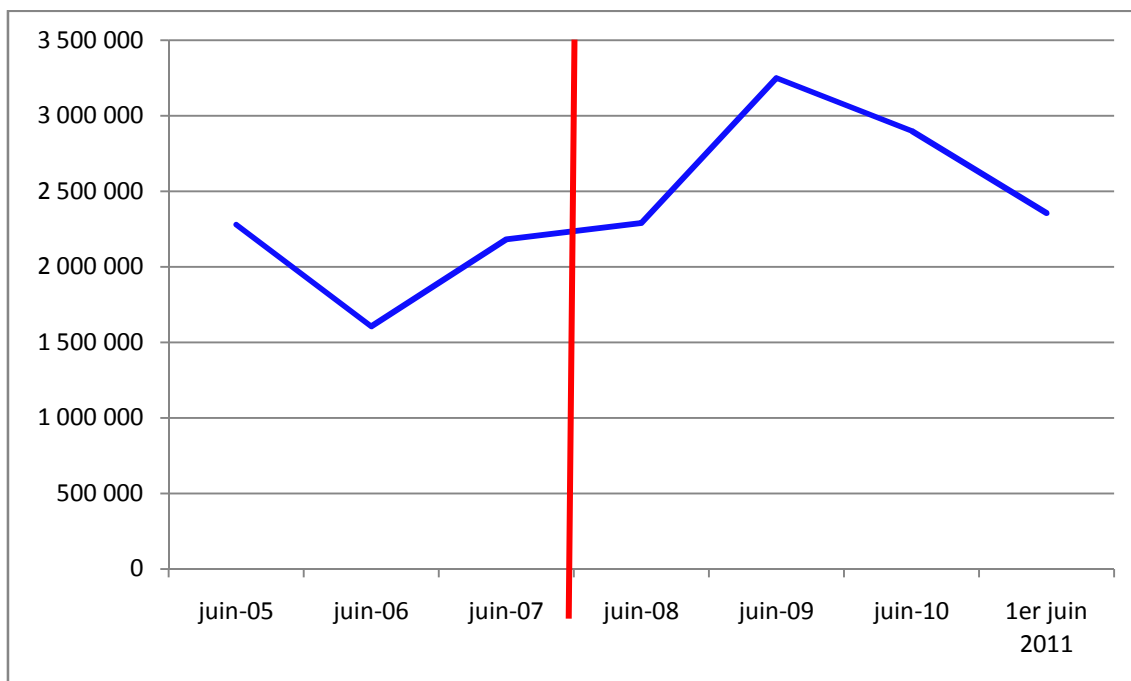
4. La trésorerie des CSCoM

Les données qui ont été utilisées pour le calcul de la trésorerie des CSCoM proviennent uniquement des RTA, qui par essence sont des données déclaratives difficiles à vérifier. Nous n'avons pas eu accès aux carnets de banque et de caisse pour établir la valeur réelle de la trésorerie des CSCoM.

Toutefois, il ressort des données collectées que la mise en œuvre de la politique de gratuité du paludisme n'a pas eu d'impact négatif sur la trésorerie des CSCoM. En

effet, le niveau de trésorerie déclaré des CSCoM après la gratuité est resté dans l'ensemble supérieur au niveau de trésorerie avant la gratuité (figure 8).

Figure 8: **Évolution de la trésorerie des CSCoM de 2005 à 2011**



Les CSCoM disposaient en moyenne de 1,7 millions de FCFA dans leurs caisses avant la gratuité ; cette somme est passée à environ 2 millions de FCFA en moyenne par CSCoM après la mise en œuvre de la gratuité du paludisme. Il s'agit des économies réalisées depuis le début de l'organisation du paiement direct au Mali. Ce qui laisse supposer que la politique de gratuité n'a pas eu d'effets négatifs sur la capacité financière des CSCoM qui ont continué à couvrir l'ensemble de leurs dépenses et à thésauriser.

5. Discussion

De l'incomplétude des données financières et comptables

La disponibilité des données notamment le remplissage continu des outils de gestion et leur archivage adéquat demeurent les points faibles des CSCoM au Mali. L'absence ou le manque de compétence du gestionnaire expliquent cette situation. Certains CSCoM en milieu rural ne disposent pas de gestionnaire. Pour pallier cette insuffisance, un membre du corps médical cumule la fonction de gestionnaire avec ses tâches quotidiennes, ce qui ne facilite pas un bon remplissage des outils de

comptabilité (Mamadou K. Konaté et al, 2003). À cela, il faut ajouter l'incomplétude des données dans certaines formations sanitaires ; ce qui rend difficile l'analyse de la rentabilité des CSCom, tel que évoqué par Konaté et al, (2003). Les carnets de banque restent également difficiles d'accès. Balique H et al, (2001) avaient déjà noté ce manque de transparence dans les activités et de comptes des Asaco qui créent souvent une opacité dans leur fonctionnement.

Mais cet état de fait n'est pas spécifique aux CSCom du Mali. Une étude conduite récemment au Niger a également rencontré les mêmes difficultés liées à l'incomplétude des données ou encore la volonté des responsables des comités de gestion des formations sanitaires de restreindre l'accès des enquêteurs à certains outils financiers et comptables (Kafando Y. et al, 2011), difficultés que nous n'avons pas rencontrées au Burkina Faso.

Des effets de la gratuité du paludisme sur les CSCom

La gratuité des médicaments contre le paludisme n'a pas eu d'effets significatifs sur le fonctionnement des CSCom. L'évolution des indicateurs (dépenses, recettes, taux de recouvrement et niveau de trésorerie) présentent une légère tendance à la hausse depuis la mise en œuvre de la politique de gratuité du paludisme en 2007. Pour une politique qui n'offre que les CTA à des groupes cibles bien déterminés, son impact sur le fonctionnement des CSCom reste relativement limité et attendu.

Cependant, deux situations bénignes sont à expliciter. Il s'agit de la baisse des recettes et des dépenses constatée en 2009 dans tous les CSCom ainsi que de la baisse du niveau des recettes issues de la tarification après la mise en œuvre de la gratuité du paludisme.

La baisse des recettes issues de la tarification est *a priori* inexplicée car certaines études montrent que les taux de consultation ont connu une hausse significative après la mise en œuvre de la gratuité du paludisme surtout pour les couches de la population concernées par cette politique (Heinmuller, R. et al, 2011). La consultation restant payante, on devrait s'attendre à ce que les recettes provenant de la tarification augmentent également. L'explication pourrait résulter d'erreurs de rapportage des recettes de la tarification dans les RTA ou par la variation des prix de consultation. En effet, les prix de consultation variant d'une année à l'autre, le nombre de consultations peut augmenter sans que les recettes issues de la

tarification n'augmentent. Toutefois, ces deux aspects mériteraient d'être mieux étudiés.

Conclusion

La politique de gratuité du paludisme mise en œuvre par l'État Malien ne semble pas avoir eu d'effets négatifs sur la capacité financière des CSCoM étudiés. Leur trésorerie reste positive et le niveau de recettes se maintient toujours au dessus du niveau des dépenses. La dotation des CSCoM en médicaments pour la prise en charge du paludisme n'a pas réduit significativement les recettes des formations sanitaires. Les consultations restant payantes, la gratuité a attiré beaucoup plus de patients, ce qui a favorisé le maintien du niveau des recettes de la tarification et augmenté le niveau de recettes issues de la vente des médicaments.

Cependant, les CSCoM se trouveraient mieux renforcés si l'État malien jouait le rôle de tiers payeur, plutôt que celui de fournisseur d'intrants, comme c'est le cas dans plusieurs pays qui mettent en œuvre la gratuité des soins. Cette mesure permettrait en effet aux formations sanitaires d'acheter et de revendre elles mêmes les médicaments destinés à la gratuité du paludisme réalisant, et maîtrisant, ainsi une bien meilleure marge bénéficiaire, étant donné que la principale source des recettes des CSCoM demeure la vente des médicaments.

Mais nous notons également qu'il est important de rendre rigoureux le remplissage et la tenue des outils de gestion (administratifs et financiers) des CSCoM ; ceci faciliterait la transparence financière mais aussi les évaluations de ces formations sanitaires afin de déterminer les effets réels des différentes politiques de gratuité mises en œuvre par le gouvernement malien. Il importe également que les CSCoM soient mieux suivis et contrôlés en établissant régulièrement leurs états financiers. Le statut communautaire dévolu à ces formations sanitaires ne saurait leur dispenser de l'obligation d'être transparent dans la gestion surtout financière des CSCoM. Balique H. et al, (2001), notait il y a plus de 10 ans qu'il y a « *de fortes insuffisances au niveau des CSCoM qui doivent être corrigées et qui se traduisent essentiellement par un manque de vie démocratique au sein des associations, une faible transparence des comptes et un exercice inadapté de la tutelle de l'État* ». Toutes ces actions aideraient à n'en pas douter les CSCoM à mieux jouer leur rôle dans le système de santé au Mali.

Références

- **Balique H. et al, 2001.** Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali, *Santé Publique*, 2001/1 Vol. 13, p. 35-48.
- **Girard Jean-Pierre et al, 2007.** Les coopératives de santé dans le monde : Afrique - Mali. International Health Cooperative Organisation (IHCO), 8p.
- **Heinmuller, R. Ridde, V. Haddad, S. Dembélé Y. et Jouquet G. 2011.** Les effets de différentes formes de gratuité des soins sur l'utilisation des services de santé des enfants de moins de cinq ans à Kangaba, Mali. CRCHUM 4p.
- **Kafando Y, Ridde V, 2010.** Les ressources financières des comités de gestion du Burkina Faso peuvent améliorer l'équité d'accès au système de santé. *Cahiers Santé*, 20(3):153-161 ;
- **Kafando Y, Mazou B, Kouanda S, Ridde V, 2011.** Les retards de remboursements liés à la politique de gratuité des soins au Niger ont des effets néfastes sur la capacité financière des formations sanitaires. Etudes et travaux du LASDEL N°99, Décembre 2011, Rapport final, 33p ;
- **Konate M. K. et al, 2003.** Politique de santé communautaire et viabilité économique et sociale des centres de santé communautaire au Mali : Etude de cas en milieu urbain et rural. Document préliminaire préparé pour le projet RUIG/UNRISD, septembre 2003, 36p ;
- **Tizio S., Flori Y-A., 1997.** L'initiative de Bamako : santé pour tous ou maladie pour chacun. *Tiers-Monde*. 1997, tome 38 n°152. pp. 837-858.