



Coalition des Alternatives Africaines

Dette et Développement - Mali

**ETUDE SUR LA MOBILISATION,
LA GESTION ET L'IMPACT DES
FONDS ALLOUES AUX
POLITIQUES DE GRATUITE DES
SOINS DE SANTE DANS LE
CERCLE DE KATI**

○ *RESULTATS*

○ *OUTILS DE SUIVI ET PLAIDOYER BUDGETAIRES*

Avec l'appui financier de



diakonia

FEMMES ET HOMMES OUI CHANGENT LE MONDE

Janvier 2013

SOMMAIRE

SIGLES ET ABREVIATIONS	3
LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES	4
RESUME	5
I. INTRODUCTION	7
II. RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ETUDE	7
III. METHODOLOGIE DE L'ETUDE	8
3.1. LA PHASE PREPARATOIRE DE LA MISSION	8
3.1.1. <i>La Compréhension du mandat</i>	8
3.1.2. <i>La revue documentaire</i>	9
3.1.3. <i>L'échantillonnage</i>	9
3.1.4. <i>La conception et la validation des outils de collecte</i>	9
3.1.5. <i>La conception d'une base de données</i>	9
3.1.6. <i>Le test des questionnaires</i>	9
3.2. LA PHASE DE COLLECTE DES DONNEES	9
3.3. LA PHASE DE TRAITEMENT DES DONNEES	10
3.4. LA PRODUCTION DES RAPPORTS	10
IV. RESULTATS DE L'ETUDE	11
4.1. CADRE POLITIQUE ET INSTITUTIONNEL DE LA GRATUITE DES SOINS DE SANTE	11
4.2 DESCRIPTION DU PROCESSUS ET DES ACTEURS DU FINANCEMENT DES POLITIQUES DE GRATUITE DES SOINS DE SANTE	13
4.3 ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DES SOINS DE SANTE PAR MALADIE	17
4.3.1. <i>Le paludisme</i>	17

4.3.2. <i>La césarienne</i>	20
V. PERCEPTION DES DIFFERENTS ACTEURS ET IMPACTS DES MESURES DE LA GRATUITE DES SOINS DE SANTE	29
VI. DISPOSITIF DE SUIVI/EVALUATION DU SYSTEME DE GRATUITE DES SOINS DE SANTE	31
VII. CONTRAINTES DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DES SOINS DE SANTE	32
VIII. PROPOSITIONS D'AXES D'INTERVENTION A LA CAD-MALI	33
IX. RECOMMANDATIONS	33
CONCLUSION	35
ANNEXES (OUTILS DE SUIVI ET PLAIDOYER BUDGETAIRES)	37

SIGLES ET ABREVIATIONS

AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ARV	Anti Rétro Viral
ASACO	Association de Santé Communautaire
CAD-Mali	Coalition des Alternatives Africaines Dette et Développement – Mali
CDV	Centre de Dépistage Volontaire
CSCR	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté
CSCoM	Centre de Santé Communautaire
CSLS MS	Cellule Sectorielle de Lutte contre le Sida du Ministère de la Santé
CSRéf	Centre de Santé de Référence
DNS	Direction Nationale de la Santé
DRS	Direction Régionale de la Santé
DTC	Directeur Technique de Centre
HCNLS	Haut Conseil National de Lutte contre le Sida
MDM	Médecins du Monde
NU	Nations Unies
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PV VIH	Personnes Vivant avec le VIH
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PTME	Prévention de la Transmission Mère Enfant
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TDR	Test de Dépistage Rapide
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la Population
USA	Etats Unis d'Amérique
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

LISTE DES TABLEAUX ET GRAPHIQUES

Tableau 1	Présentation synthétique du cadre politique et institutionnel	13
Tableau 2	Principales sources de financement pour les différentes maladies	14
Tableau 3	Evolution du budget programmé et source de financement de la DR S de Koulikoro entre 2008 et 2011 (en milliers de FCFA et en %)	14
Tableau 4	Evolution du budget programmé pour le financement de la santé dans le district sanitaire de Kati (milliers FCFA)	16
Tableau 5	Evolution du budget programmé pour le financement de la santé dans le district sanitaire de Ouélessebougou (milliers FCFA)	17
Tableau 6	Niveau d'information des ménages sur la gratuité des soins du paludisme	19
Tableau 7	Connaissance sur la gratuité de la césarienne	22
Tableaux 8	Taux de césarienne	24
Tableaux 9	Taux de décès	25
Tableau 10	Niveau d'information des ménages sur la gratuité des soins des fistules dans le cercle de Kati	27
Tableau 11	Niveau d'information des ménages sur la gratuité des soins des fistules dans les Districts Sanitaires de Kati et Ouélessebougou	28
Tableau 12	Niveau d'information des ménages sur la gratuité des soins de la tuberculose, l'onchocercose et la lèpre	28
Tableau 13	Niveau d'information des ménages sur la gratuité des soins de la tuberculose, l'onchocercose et la lèpre (suite)	29

Graphique 1	Présentation du budget programmé pour le District Sanitaire de Kati	15
Graphique 2	Présentation du budget programmé pour le District Sanitaire de Ouélessébougou	16
Graphique 3	Niveau de paiements des cotisations par commune dans le District Sanitaire de Kati en 2012	23
Graphique 4	Niveau de paiements des cotisations dans le District Sanitaire de Ouélessébougou de 2010 à 2012	24

RESUME

L'étude sur la mobilisation, la gestion et l'impact des fonds alloués aux politiques de gratuité des soins de santé dans le cercle de Kati répond au souci de la CAD-Mali, de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des maliens dans toutes ses composantes et particulièrement celles des composantes les plus défavorisées.

Cette étude a été menée dans les deux (2) Districts sanitaires du cercle de Kati. Elle a permis d'avoir un certain nombre d'informations relatives à la mise en œuvre des politiques de gratuité des soins de santé.

L'objectif recherché par les politiques de gratuité des soins est en phase avec (i) les Objectifs du Millénaire pour le Développement(OMD), (ii) le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR) et (iii) les Plans Décennaux de Développement Social et Sanitaire successifs.

Pour chaque cas de gratuité, il existe un ensemble de textes réglementaires qui encadre sa mise en œuvre. La gratuité des soins pour des maladies comme la lèpre et l'onchocercose, date des années 1960.

Dans les aires de santé du cercle, les populations ont un niveau d'information varié. A Siby 60% des ménages ne sont pas au courant de la gratuité des soins liés au paludisme contre 40% à N'Gouraba et 10% à Sanankoro-Djitoumou. Cette insuffisance de communication doit être prise en charge pour permettre aux populations de revendiquer leur droit aux soins gratuits.

Ce problème d'information est beaucoup plus accentué dans le cas de la gratuité des soins de la fistule obstétricale. Dans certaines zones, plus de 75% des chefs de ménage n'en sont pas informés.

Les soins gratuits des maladies comme la lèpre, la tuberculose et l'onchocercose sont assez connus de la population enquêtée.

Pour le traitement et la prévention du paludisme, l'Etat met à la disposition des centres de santé, des intrants qui sont jugés insuffisants sur toute l'année. Les stocks sont fréquemment en rupture et cela provoque des conflits entre les populations et les agents de santé.

La mise en œuvre de la gratuité de la césarienne connaît les principales contraintes suivantes:

- *la difficulté d'organisation de la référence évacuation liée au non paiement des quotes-parts;*
- *la grande lenteur dans le remboursement des frais engagés par les CSRéf.*

Le suivi des politiques de gratuité est insuffisant et sera déterminant dans la réussite des politiques de gratuité.

Pour contribuer à l'amélioration de la mise en œuvre des politiques de gratuité des soins de santé, la CAD-Mali doit travailler sur les axes suivants :

- *Renforcement de la communication autour des maladies objets de soins gratuits;*

-
- *Amélioration de la disponibilité des intrants dans le cadre de la gratuité des soins du paludisme et de la Césarienne ;*
 - *Amélioration de la référence – évacuation ;*
 - *Amélioration du suivi/Evaluation de la mise en œuvre de la gratuité des soins.*

I. INTRODUCTION

L'Etat du Mali, dans le souci de réduire le taux de mortalité et de prolonger l'espérance de vie dans le pays, a mis en place des politiques de gratuité des soins de santé. Ces politiques¹ concernent : l'Onchocercose, **la lèpre et la tuberculose (avant 1960), le VIH/SIDA (2004), la césarienne (2005), le paludisme** chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes (2007), **la fistule obstétricale (2009)**.

Au delà des documents de politiques et des textes de lois, la Coalition des Alternatives Africaines Dette et Développement (CAD-Mali) veut vérifier la mise en œuvre de la politique de la gratuité des soins de santé dans le cercle de Kati. Ainsi, elle capitalise des informations sur le processus des politiques de gratuité de soins et aide à organiser les forces sociales en vue d'une effectivité des droits promus en la matière à travers l'information et des analyses citoyennes participatives.

La CAD-Mali a pour vision « Un monde démocratique plus juste, solidaire et respectueux des droits sociaux, culturels, économiques, politiques et environnementaux dans lequel l'endettement des peuples se fera avec le consentement des citoyens ». Les résultats de la présente étude s'inscrivent dans le cadre du « **Projet de suivi et plaidoyer budgétaire des fonds alloués aux politiques de gratuité des soins de santé dans le cercle de Kati** », financé par l'ONG Suédoise DIAKONIA.

Le présent travail de recherche initié par la CAD-Mali s'intéresse spécifiquement à la problématique de l'effectivité des politiques de gratuité des soins de santé (paludisme, tuberculose, césarienne, lèpre, onchocercose, fistule obstétricale et VIH/Sida dans le cercle de Kati, région de Koulikoro.

Le cercle de Kati compte en plus de la commune urbaine de Kati, 36 communes rurales, 02 districts sanitaires avec leurs centres de santé de référence implantés à Kati et à Ouélessebougou. Le cercle possède 51 centres de santé communautaires sur 170 dans la région de Koulikoro.

II. RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ETUDE

2.1. Objectif général

L'étude a pour objectif de contribuer à « Mobiliser les organisations de la société civile et les autorités politiques et sanitaires du cercle de Kati pour l'effectivité des politiques de gratuité des soins de santé en faveur des populations du cercle de Kati ».

2.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques découlant de l'objectif principal se résument à :

- analyser le contexte politique et historique d'adoption des mesures de gratuité des soins de santé ;

¹ Ridde V, Queuille L, Kafando Y (eds.) : *Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest*. Ouagadougou : CRCHUM/HELP/ECHO; 2012.

- faire l'état des lieux des dispositifs juridiques et institutionnels des politiques de gratuité des soins de santé ;
- mesurer le niveau du respect des engagements nationaux et internationaux du Mali sur la question de la gratuité des soins ;
- faire l'état des lieux des sources de financement des programmes de gratuité des soins ;
- analyser la cohérence des politiques de gratuité d'avec les données budgétaires et les pratiques aux niveaux central et local ;
- apprécier les niveaux d'information et d'appréciation des populations bénéficiaires/cibles sur les politiques de gratuité de soins ;
- faire l'état des lieux des perceptions des cibles, bénéficiaires, décideurs et services techniques sur les changements liés aux politiques de gratuité de soins ;
- disposer de données sur la liste complète des actes, médicaments et consommables faisant objets de gratuité par niveau de structure sanitaire ;
- renseigner sur les facteurs bloquant l'effectivité et la qualité de la gratuité des soins ;
- effectuer une analyse des relations de pouvoirs entre acteurs impliqués dans le processus des politiques de gratuité de soins ;
- analyser le niveau d'implication des décideurs locaux dans les processus des politiques de gratuité de soins ;
- renseigner sur le niveau de contribution de la gratuité des soins à l'amélioration des indicateurs de santé ;
- proposer des axes de solutions aux insuffisances énumérées ;
- proposer à la CAD-Mali des axes d'intervention en vue de l'amélioration des processus des politiques de gratuité des soins de santé ;
- définir des recommandations à l'endroit des acteurs impliqués dans le processus des politiques de gratuité des soins.

III. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

La méthodologie a été participative avec l'implication de tous les acteurs (Conseil de cercle, conseils communaux, Direction régionale de la santé, CSRéf, ASACO et personnel de santé, ONG, leaders traditionnels et religieux, ménages, partenaires techniques et financiers) impliqués et concernés par la gestion de la gratuité de la santé à différents niveaux. Les questions clés citées dans les Termes de Référence ont servi de fondements pour les outils de collecte des données. Cette étude a nécessité les phases suivantes :

3.1. La phase préparatoire de la mission

Cette phase de l'opération a comporté quelques étapes importantes pour le déroulement de toute l'activité. En effet, il s'agit de :

3.1.1. La Compréhension du mandat

A ce stade, les consultants ont procédé avec la CAD-Mali à une revue des Termes de Référence en vue de mieux échanger sur la portée de l'étude et de tous les

enjeux. Cette étape a permis d'harmoniser les points de vue des deux parties par rapport aux différents concepts tant au niveau des objectifs qu'au niveau des résultats attendus. Elle fut aussi le moment, de mieux expliciter les questions clés de la mission.

3.1.2. La revue documentaire

Elle a consisté à exploiter tous les documents collectés en rapport avec la mission. Cette revue a concerné principalement les documents en rapport avec le secteur de la santé et de ceux liés à son financement.

3.1.3. L'échantillonnage

Il a été établi en étroite collaboration avec la CAD – Mali permettant de couvrir un nombre représentatif des centres de santé (voir tableau ci-dessous).

Dans chaque zone la collecte de données a fait appel à la disponibilité des :

- services techniques de la santé ;
- structures de gestion communautaires :
 - ASACO ;
 - et personnel de santé ;
 - ONG intervenants dans la zone ;
 - communautés : leaders traditionnels et religieux, etc.

3.1.4. La conception et la validation des outils de collecte

Les outils de collecte conçus, comprenaient :

- des questionnaires individuels élaborés pour toutes les personnes à enquêter (agents, responsables des comités de gestion...);
- des guides d'entretien conçus pour les services techniques d'appui en charge des services sociaux de base, les leaders communautaires villageois, les membres des bureaux des ASACO.

3.1.5. La conception d'une base de données

Elle a été conçue afin d'assurer un traitement et une analyse efficace des informations collectées. Les indicateurs poursuivis ont servi de base de données.

3.1.6. Le test des questionnaires

Une opération de collecte de test a été organisée pour vérifier l'opportunité des questions. Au terme du test les questionnaires ont été revus pour corriger les imperfections constatées.

3.2. La phase de collecte des données

En prélude à la collecte, la CAD-Mali a transmis une lettre d'information à tous les acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la gratuité des soins et ciblés pour les besoins de l'enquête. Les membres des Comités de Suivi à la Base (CSB) de la CAD-Mali implantés à Kati et Ouélessebougou ont été également sollicités pour la collecte de données sur le terrain.

Les équipes de collecte de données au nombre de deux se sont rendues dans chaque commune et centre de santé concernés pour administrer les différents outils de collecte de données.

Dans les différentes communes, des visites de courtoisie ont été rendues aux autorités locales et administratives y compris les chefs coutumiers, avant d'entamer la collecte proprement dite.

3.3. La phase de traitement des données

La phase de traitement a été conduite de la manière suivante :

- une séance de codification pour prendre en compte dans les programmes de traitement des informations obtenues sur le terrain et non prévues au préalable ;
- la saisie dans les masques de saisie sur Epi info;
- la compilation des informations obtenues auprès des différentes sources ;
- l'analyse et l'interprétation des différentes informations obtenues.

3.4. La production des rapports

Le traitement des données a abouti à la production du présent rapport.

Les difficultés rencontrées au cours cette étude sont :

- l'insuffisance de données sur l'application de la gratuité des soins de santé dans la région de Koulikoro en général et particulièrement le cercle de Kati ;
- l'insuffisance de documentation : même les textes qui réglementent la gratuité des soins de santé ne sont pas disponibles au niveau des structures techniques ;
- les difficultés d'accès aux membres des bureaux des ASACO.

Malgré ces difficultés, les données disponibles ont permis d'établir une analyse qui est détaillée dans la partie résultats de l'étude.

IV. RESULTATS DE L'ETUDE

4.1. Cadre politique et institutionnel de la gratuité des soins de santé

Les politiques de gratuité des soins relatives aux maladies comme le paludisme, la césarienne, du VIH/SIDA, la tuberculose la lèpre et la fistule obstétricale sont inscrites dans le cadre d'une politique globale de santé au Mali. Elles sont réglementées par des textes. Au-delà du Mali, la santé des populations est une préoccupation internationale car, d'elle dépend l'essentiel du développement des familles, des villages, des villes et des pays. Cette position motrice de la santé, a incité les décideurs internationaux à inscrire le secteur comme prioritaire dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ainsi, les OMD liés à la santé sont :

- réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;
- améliorer la santé maternelle ;
- combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies.

De nos jours, les politiques et programmes du Mali sont en phase avec les OMD dans le domaine de la santé. Le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR 2012-2017) prévoit en effet à son axe 2 « Le renforcement des bases à long terme du développement et l'accès équitable aux services sociaux de qualité ». Cet axe illustre l'engagement formel de l'Etat quant à la prise en charge de la santé des populations maliennes. Les soins de santé gratuits s'inscrivent dans le cadre général des objectifs liés à cet axe.

Pour les maladies dont les soins sont gratuits, divers textes ont été adoptés et des politiques et stratégies ont été élaborées :

- **Le Paludisme** : une politique nationale a été adoptée pour lutter contre le paludisme et des textes de mise en œuvre ont été élaborés et votés. « la politique s'inspire de la déclaration dite d'Abuja (25 avril 2000) et des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), qui réaffirment l'engagement de la communauté internationale à agir ensemble pour réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme pour la réduction de la pauvreté. Le 18 juillet 2007, l'ordonnance N°07-022/P-RM ratifiée par la loi N°07-060 du 30 Novembre 2007 mettait en place une structure ayant pour mission d'animer et de coordonner les activités se rapportant à la lutte contre le paludisme dans le cadre du Programme National de Lutte contre le Paludisme »².

La gratuité des soins du paludisme des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans est régie par le décret n°628 /P-RM du 29 novembre 2010 portant gratuité des moyens de prévention et de traitement du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans et chez la femme enceinte dans les établissements de santé (voir texte en annexe).

² Document de la politique nationale de lutte contre le paludisme, 2007.

Le Programme National de Lutte contre le Paludisme comprend une unité administrative et financière avec rang de division, placée en staff et quatre divisions :

- la division planification et suivi / évaluation;
- la division surveillance épidémiologique et recherche;
- la division prévention et prise en charge des cas;
- la division communication et mobilisation sociale.

- **La Césarienne** : En matière de césarienne, le décret N°05-350/P-RM du 04 Août 2005 a été pris pour réaffirmer la volonté politique du gouvernement par rapport à la santé maternelle. Ce décret a été complété par l'Arrêté Interministériel N°09 0754 fixant les modalités de remboursement des coûts liés à la prise en charge gratuite. Cet Arrêté fixe à son Article 1er, les modalités de remboursements des coûts liés à la prise en charge gratuite de la césarienne et à son article 2, les coûts remboursables au titre de la césarienne au Mali.

- **Le VIH/SIDA** : Au Mali, il a été créé un Haut Conseil de Lutte contre le VIH/SIDA directement rattaché à la présidence de la République. Le 7 avril 2004, le Mali a adopté une déclaration de politique de lutte contre le VIH/SIDA au Mali. Dans cette déclaration de politique les autorités reconnaissent que « Lutter contre le VIH/SIDA, c'est investir dans le développement durable »³. A cet effet, il est prévu « la mise en place de dispositifs législatifs et financiers pour l'accès à la gratuité effective aux soins à tous les malades (bilan, médicaments pour les infections opportunistes et les antirétroviraux) »⁴.

Le Haut Conseil National de lutte contre le VIH/SIDA (HCNLS) à travers son Secrétariat Exécutif a pour mission de coordonner l'élaboration de politique nationale de lutte contre le VIH/SIDA, sa mise en œuvre et son suivi, de mobiliser, coordonner et budgétiser les ressources nécessaires à la mise en œuvre du cadre stratégique national de lutte contre le VIH et le SIDA. Le HCNLS a ses démembrements au niveau des régions, des cercles, des communes et des villages.

- **La fistule** : en 2009, une stratégie nationale de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales au Mali a été conçue. Au Mali, la prise en charge chirurgicale des fistules obstétricales se fait essentiellement dans les structures suivantes : le service d'Urologie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G (CHU du Point G), l'hôpital de Mopti, l'hôpital de Tombouctou, l'hôpital de Gao.

La plupart des structures ci-dessus citées disposent d'une unité de prise en charge et d'une équipe médico-chirurgicale formée⁵.

- **La tuberculose, la lèpre et l'onchocercose** : leurs traitements dans le cadre de la gratuité remontent aux années 1960. Elles sont inscrites dans le

³ Déclaration de politique de lutte contre le VIH/SIDA au Mali, 7 avril 2004

⁴ Déclaration de politique de lutte contre le VIH/SIDA au Mali, 7 avril 2004

⁵ Stratégie Nationale de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales au Mali, janvier 2009

cadre de la lutte contre les grandes endémies. Une structure spécialisée existe à Bamako pour la prise en charge des malades de la lèpre. Des textes récents réaffirment l'engagement des autorités en faveur du traitement de ces maladies notamment la loi N°98 - 036 du 20 juillet 1998 régissant la lutte contre les épidémies et instaurant les vaccinations obligatoires contre certaines maladies. A son article 17, il est mentionné que: « la tuberculose et la lèpre sont des maladies sociales à déclaration obligatoire dont la prévention et le traitement sont à la charge de l'Etat».

Tableau 1 : Présentation synthétique du cadre politique et institutionnel

Maladies objets de gratuité des soins	Lois et Textes
Le paludisme	Le 18 juillet 2007, l'ordonnance N°07- 022/P-RM ratifiée par la loi N°07-060 du 30 Novembre 2007 portant création du Programme National de lutte contre le paludisme. La gratuité des soins du paludisme chez les femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans est régit par le décret N°628 /P-RM du 29 novembre 2010
La césarienne	Le décret N°05 -350/P-RM du 04 Aout 2005 relatif à la gratuité de la césarienne, complété par l'Arrêté Interministériel N°09 0754 fixant les modalités de remboursement des coûts liés à la prise en charge gratuite.
Le VIH/SIDA	La déclaration de politique nationale de Lutte contre le VIH/SIDA adoptée le 7 avril 2004 Loi N° 06 - 028/ du 29 juin 2006 fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH/SIDA
La fistule obstétricale	En 2009, une stratégie Nationale de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales a été élaborée au Mali
La tuberculose, la lèpre et l'onchocercose	Des dispositions existent depuis les années 1960 Des textes récents réaffirment l'engagement des autorités en faveur du traitement de ces maladies notamment la loi N°98-036 du 20 juillet 1998 dans son article 17,

Source : enquête CAD-Mali, 2012

4.2 Description du processus et des acteurs du financement des politiques de gratuité des soins de santé

La gratuité des soins de santé est une manifestation de la volonté politique des autorités nationales qui est matérialisée par des textes législatifs et réglementaires (Lois, Ordonnances, Décrets Arrêtés,...). Le financement se fait comme indiqué dans le schéma suivant :

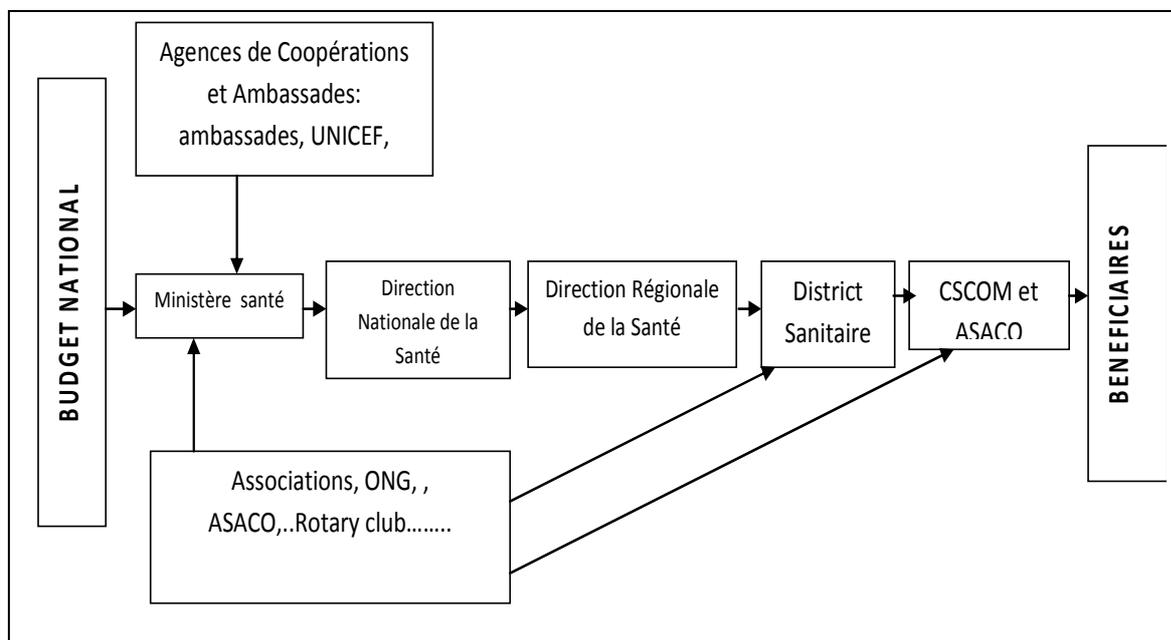


Tableau 2. Principales sources de financement pour les différentes maladies

Maladies concernées	Sources de financement
Paludisme	Budget National, Fonds Mondial, Presidential Malaria Initiative PMI
VIH/SIDA	Budget National, Fonds Mondial
Césarienne	Budget National, Collectivités territoriales, CSRéf, ASACO
Fistules	UNFPA, IAMANEH Suisse, IAMANEH Mali, INNERWHEEL, Rotary Club, Lions Club, Bank of Africa, Banque Régionale de Solidarité
Tuberculose	Budget National, Fonds Mondial, OMS

Source: Direction Régionale de la Santé

Le budget en santé de la région de Koulikoro provient de l'Etat, de l'Appui Budgétaire Sectoriel (ABS), de recouvrements des communautés, des collectivités territoriales, ou des partenaires financiers bilatéraux. Ce budget est reparti entre deux grandes sections : le fonctionnement et l'investissement.

La première est consacrée aux activités de supervision, de monitoring des inventaires, les réparations et entretiens. Le second sert à financer les équipements et les constructions.

L'évolution du budget de la Direction Régionale de la Santé entre 2008 et 2011, montre un accroissement moyen annuel de 5% pour un budget moyen de 1,96 milliards de FCFA. La majeure partie de ce budget (70%) est prise en charge par l'Etat.

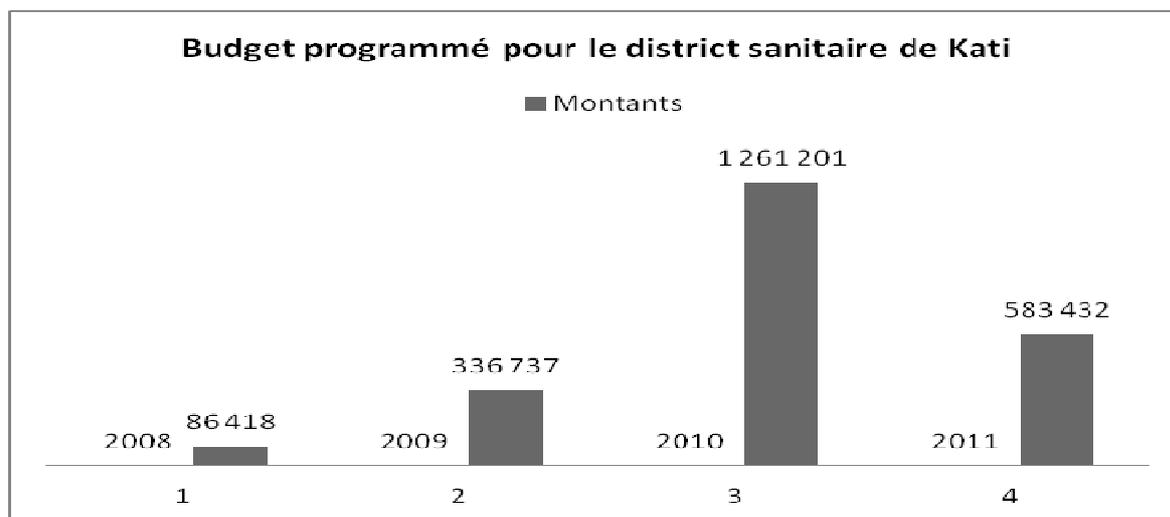
Tableau 3. Evolution du budget programmé et source de financement de la D R S de Koulikoro entre 2008 et 2011 (en milliers de FCFA et en %)

	2008	2009	2010	2011	Moyenne	Accroissement moyen
Etat	1 057 798	1 174 380	1 345 140	1 590 872	1 370 131	10,7%
ABS	54 360	158 103	117 297	185 526	153 642	35,9%
Partenaires	474 398	352 861	474 434	496 677	441 324	1,2%
Total	1 586 556	1 685 344	1 936 871	2 273 075	1 965 097	9,4%

Source: Direction Régionale de la Santé, PO 2008, 2009, 2010 et 2011

Le financement de la santé dans le District sanitaire de Kati a connu également une forte croissance entre 2008 et 2011, passant de 86,4 millions de FCFA à 583,4 millions de FCFA, soit un accroissement moyen annuel de 61%.

Graphique 1 : Présentation du budget programmé pour le District Sanitaire de Kati



Source : enquête CAD-Mali, 2012

Les recouvrements et les contributions des collectivités ont augmenté de façon exceptionnelle sur la même période, de l'ordre, respectivement de 178% et de 127% par an. On note d'un part croissance des contributions des collectivités territoriales et d'autres parts la prépondérance de l'appui des PTF dans le dans le financement de la santé à Kati

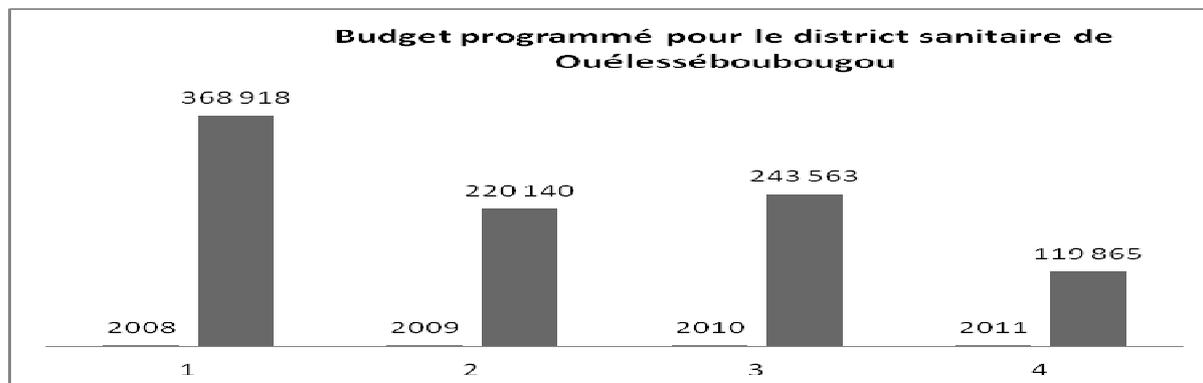
Tableau 4. Evolution du budget programmé pour le financement de la santé dans le district sanitaire de Kati (milliers FCFA)

	2008	2009	2010	2011	Moyenne	Accroissement moyen annuel
Etat	0	0	0	3 000	750	
ABS	9 840	28 618	38 500	30 919	26 969	33%
Recouvrements	1 720	44 770	6 064	102 138	38 673	178%
Communautés	3 600	80 058	33 803	26 409	35 968	65%
Collectivités	1 200	4 760	40 001	32 000	19 490	127%
Partenaires	70 058	178 531	1 142 833	388 966	445 097	54%
TOTAL	86 418	336 737	1 261 201	583 432	566 947	61%

Source: Direction Régionale de la Santé, PO 2008, 2009, 2010 et 2011

Le District sanitaire de Ouélessebougou a connu une diminution de son financement entre 2008 et 2011, passant de 368,9 millions de FCFA à 119,8 millions de FCFA soit un montant moyen annuel de 238,1 millions de FCFA et une diminution de 25% (Tableau 13).

Graphique 2 : Présentation du budget programmé pour le District Sanitaire de Ouélessébougou



Source : enquête CAD-Mali, 2012

Les Collectivités Territoriales et les partenaires ont réduit leurs contributions de 67% et de 32% sur la même période alors que. Quant à l'appui budgétaire sectoriel et les recouvrements, ils ont augmenté sur la période respectivement de 51% et 1% par an. Il faut noter que la commune de Ouélessebougou a le privilège de bénéficier d'une plus grande présence des ONG œuvrant dans le domaine de la santé notamment en matière de lutte contre le paludisme.

Tableau 5. Evolution du budget programmé pour le financement de la santé dans le district sanitaire de Ouélessebouougou (milliers FCFA)

	2008	2009	2010	2011	Moyenne	Accroissement moyen annuel
Etat	0	0	0	3 000	750	
ABS	6 000	17 450	38 500	30 919	23 217	51%
Recouvrements	20 300	20 320	71 990	21 280	33 473	1%
Communautés	0	0	5 600	912	1 628	
Collectivités	40 800	30 450	13 600	500	21 338	-67%
Partenaires	301 818	151 920	113 873	63 254	157 716	-32%
Total	368 918	220 140	243 563	119 865	238 122	-25%

Source: Direction Régionale de la Santé, PO 2008, 2009, 2010 et 2011

4.3 Analyse de la mise en œuvre de la gratuité des soins de santé par maladie

4.3.1. Le paludisme

« Au Mali, le paludisme représente 37,5% des motifs de consultation dans les services de santé. Il représente la première cause de décès des enfants de moins de 5 ans et la première cause d'anémie chez les femmes enceintes »⁶. Cette situation a conduit l'Etat à s'engager dans un processus de gratuité des soins de santé.

4.3.1.1. Les acteurs impliqués

Dans la prise en charge du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, les principaux acteurs sont :

- le Programme National de lutte contre le Paludisme ;
- la Direction Régionale de la Santé de Koulikoro ;
- les Centres de Santé de Référence des districts sanitaires pour la mise à disposition des Kits au niveau des centres de santé et le suivi de la politique ;
- les agents de santé pour l'offre des services de soins;
- des ONG comme l'Alliance Médicale de lutte contre le paludisme jouant un rôle essentiel dans l'information, la sensibilisation et la prise en charge des cas de paludisme ;
- des responsables des ASACO pour le suivi des dotations fournies par l'Etat et leur utilisation au niveau du centre.
- les membres des conseils communaux.

⁶ Politique Nationale de Lutte contre le Paludisme, Ministère Santé ; 2007

De nos jours, aucun des acteurs ne joue pleinement son rôle :

- les dotations ne sont pas faites par l'Etat en fonction des besoins et tiennent compte rarement des périodes de pointe du paludisme. Cette insuffisance est réelle tant au niveau Régional que dans les aires de santé de 1^{er} niveau (CSCOM)
- les responsables des ASACO suivent très insuffisamment l'exécution de la politique au niveau de leur aire de santé. Ils ne suivent pas les dotations et leur utilisation ; ce qui conduit au fait que les agents de santé restent juges et parties dans l'analyse et la prise de décisions laissant les ASACO dans une position d'observateurs;
- les populations s'impliquent peu dans la gestion des CSCOM et cela prédispose les centres de santé à des dérives de gestion.

4.3.1.2. L'information sur la gratuité des soins du paludisme

Tableau 6 : niveau d'information des ménages sur la gratuité des soins du paludisme

Aire de santé	% des personnes non au courant de la gratuité	% des personnes au courant de la gratuité	Total
Baguineda Camp	40,0	60,0	100,0
Daban	0,0	100,0	100,0
Doubadougou	0,0	100,0	100,0
Kati koko	0,0	100,0	100,0
Safo	0,0	100,0	100,0
Dialakoroba	0,0	100,0	100,0
Faraba	11,1	88,9	100,0
Kalabancoro Hèrèmakono	20,0	80,0	100,0
Kalabancoro Kouloub	33,3	66,7	100,0
Kanadjiguila	30,0	70,0	100,0
Mountougoula	10,0	90,0	100,0
N'gouraba	40,0	60,0	100,0
Ouélessébougou	0,0	100,0	100,0
Safé-bougoula	20,0	80,0	100,0
Sanankoroba	20,0	80,0	100,0
Sanankoro-Djitoumou	10,0	90,0	100,0
Siby	60,0	40,0	100,0
Tièlè	10,0	90,0	100,0
Total	16,9	83,1	100,0

Source : Enquête CAD-Mali, 2012

Selon les résultats de l'enquête, la connaissance sur la gratuité des soins du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes par les ménages varie selon les localités. A titre d'exemple, à Siby, NGouraba, et Kalaban Koulouba, les ménages enquêtés qui ignorent cette gratuité sont respectivement de 60%, 40%, et 33,3%. Cette insuffisance d'information paraît plus importante selon

que les aires de santé soient assez éloignées des CSRéf. Les résultats montrent aussi que moins de 35% des populations des aires de santé périphériques de Bamako sont informées sur la gratuité des soins de santé : Kalabancoro, Koulouba et Kanadjiguila.

Il a été constaté par ailleurs que les causes des fréquentes ruptures de stocks sont très peu expliquées aux patients. Cette insuffisance de communication est souvent à la base de tensions entre agents de santé et utilisateurs des centres de santé.

4.3.1.3. Les mesures préventives et curatives

La prévention est essentiellement assurée par la mise à disposition de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Tous comme les médicaments anti-paludéens et les TDR, elles sont fournies aux centres de santé communautaires par les CSRéf qui les reçoivent de la Direction Régionale de la Santé. Au cours de l'enquête (1^{ère} quinzaine de décembre 2012), il a été donné de constater une rupture de stocks de moustiquaires imprégnées dans la plupart des CSCOM.

Selon les DTC, la disponibilité des médicaments antipaludiques pour les enfants de moins de cinq ans est caractérisée par l'insuffisance constante de stocks et la rupture fréquente de stocks. Selon les résultats des investigations auprès des acteurs et à différents niveaux, les dotations ne sont pas faites en fonction des besoins exprimés mais en fonction des disponibilités dans les magasins centraux.. Par exemple à Baguinéda, pour environ 2744 cas de paludisme chez les enfants et 344 cas de paludisme chez les femmes enceintes, le CSCOM n'a reçu que la dotation équivalant environ au traitement de 1000 cas de paludisme. Dans ces conditions, Les statistiques permettent de constater des ruptures de stocks qui dépassent les 100 jours pour presque tous les kits. La durée de ces ruptures est une preuve d'insuffisance dans l'effectivité de la gratuité des soins de santé.

Liste des produits gratuits :

Artescope adulte, Artescope adolescent, Coartem adolescent, Coartem enfant, Diazepan, Sel de quinine 0,20, Sel de quinine 0,40, Artemeter adolescent, Artemeter 80mg, Catheter, Perfuseurs, Sérum glucosé, Seringue 5 cc, Plasmotrum.

Source : enquête CAD-Mali, 2012

4.3.2.1. Les acteurs impliqués

Les acteurs impliqués dans l'offre de la gratuité de la prise en charge de la césarienne dans le cercle de Kati sont :

- la **Direction Régionale de la Santé de Koulikoro** qui met à la disposition des CSRéf les kits de césarienne et des ambulances. Elle est chargée également faire du monitoring de la mise en œuvre des activités au niveau des CSRéf;
- les Centres de Santé de Référence de Kati et de Ouélessebougou offrent les services de l'intervention chirurgicale et de l'hospitalisation au niveau des centres;
- les **Centres de Santé Communautaires** sont responsables de la référence-évacuation des femmes enceintes qui ont des complications lors de l'accouchement;

- les **Associations de Santé Communautaires (ASACO)** qui gèrent les CSCom supportent les dépenses liées à l'évacuation en l'occurrence 20 000 F CFA/An/ASACO;
- les **Conseils communaux et de Cercle** sont impliqués dans le transport-évacuation en payant des cotisations annuelles dont les montants sont de : 100 000 F CFA/An pour le conseil communal et 1 600 000 F CFA pour le conseil de cercle.

4.3.2.2. L'information sur la gratuité de la césarienne

L'information sur la gratuité de la césarienne est mieux partagée par tous les acteurs à commencer par le personnel de santé, les membres des associations de santé communautaire, le conseil communal et le conseil de cercle. Les populations sont en général informées de la gratuité de la césarienne (83,7% d'entre elles ont une bonne connaissance de la gratuité des soins de la césarienne) . Toutefois, ils disposent de peu d'informations sur les conditions de prise en charge de la référence éducation. Les échanges avec les enquêtés font également état de la nécessité de la mise à disposition d'informations claires et accessibles sur la gestion des soins post-opératoires.

Tableau 7 : Connaissance sur la gratuité de la césarienne

Aire de santé	% non au courant de la gratuité enquêté de la césarienne	% enquêté au courant	Total
Baguineda Camp	30,0	70,0	100,0
CSCOM de Daban	30,0	70,0	100,0
CSCOM de Doubadougou	9,1	90,9	100,0
CSCOM de Kati koko	0,00	100,0	100,0
CSCOM de Safo	10,0	90,0	100,0
Dialakoroba	0,00	100,0	100,0
Faraba	20,0	80,0	100,0
Kalabancoro Hèrèmakono	0,00	100,0	100,0
Kalabancoro Koulouba	16,7	83,3	100,0
Kanadjiguila	10,00	90,0	100,0
Mountougoula	10,00	90,0	100,0
N'gouraba	40,0	60,0	100,0
Ouélessébougou	0,00	100,0	100,0
Safé-bougoula	20,0	80,0	100,0
Sanankoroba	40,0	60,0	100,0
Sanankoro-Djitoumou	40,0	60,0	100,0
Siby	10,0	90,0	100,0
Tièlè	0,00	100,0	100,0
Total	16,3	83,7	100,0

Source : enquête CAD-Mali, 2012

4.3.2.3. Le système référence-évacuation

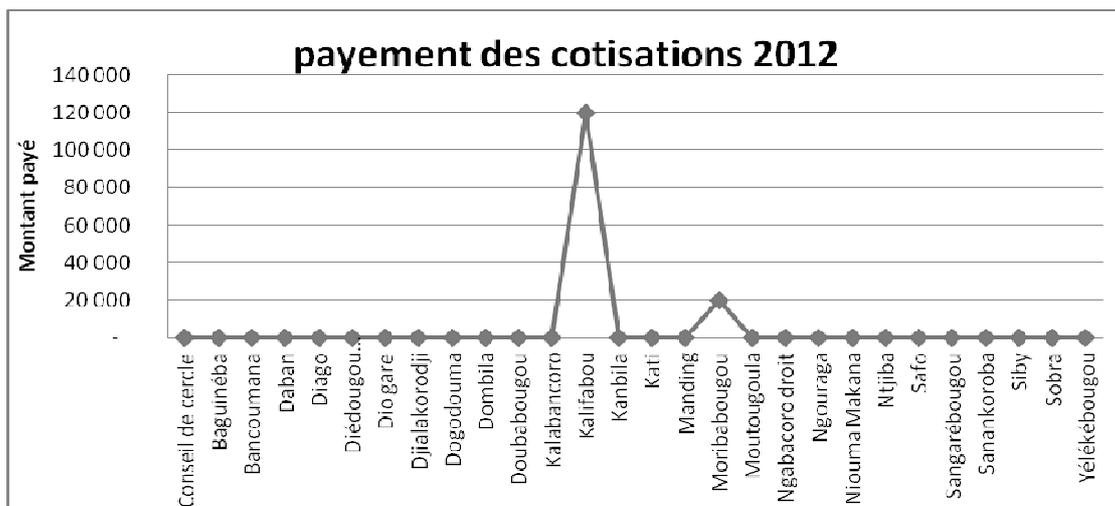
La référence-évacuation est assurée par les ambulances qui sont stationnées au niveau des centres de santé de référence. En cas de nécessité, les DTC font la demande de l'ambulance auprès du médecin chef du CSRéf. De façon générale, ce processus fonctionne bien si les quotes-parts acteurs payent correctement

leurs cotisations. Cependant à côté de ce schéma classique, il existe d'autres systèmes d'évacuation :

- (i) l'utilisation des transports en commun par les populations des aires de santé liées au CSRéf de la commune V du district de Bamako (cas de Kalabancoro-koulouba et Kalabancoro-Hèrèmakono) ;
- (ii) l'utilisation d'ambulance communautaire du CSCOM par les populations de l'aire de santé de Moutougoula. En effet, ayant reçu un don d'ambulance, la Mairie et l'Association de Santé Communautaire de cette aire ont mis fin au paiement de leurs quottes-parts. A cet effet, les deux parties (Mairies et ASACO) en commun accord ont instauré le paiement de cinq mille (5.000) Francs CFA par évacuation pour raison de césarienne ;
- (iii) A l'absence du fonds de la référence – évacuation, les ménages de nombreux villages supportent les frais l'évacuation assez élevés. Ainsi, à Doubabougou, ces frais s'élèvent à 11.500 Francs CFA et 40.000 Francs CFA à Daban.

Il faut noter que le conseil de cercle de Kati ne s'acquitte pas efficacement de sa part contributive à la référence-évacuation. A titre d'exemple, en 2011, selon les documents de la comptabilité du CSRéf de Kati, le taux de recouvrement des quotes-parts était de 4% soit 700.000 F.CFA recouvrés sur 7.860.000 F.CFA.

Graphique 3 : Niveau de paiements des cotisations par commune dans le District Sanitaire de Kati en 2012



Source : enquête CAD-Mali, 2012

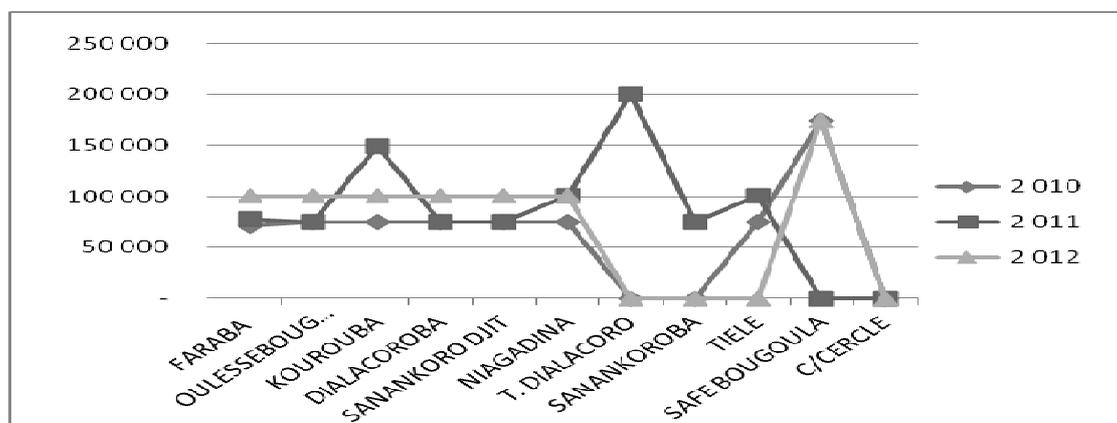
Le graphique 3 montre qu'en 2012 seulement deux communes (Kalifabougou et Moribabougou) ont effectué un paiement. Ce qui montre le faible taux de recouvrement des cotisations dans le District sanitaire de Kati. Il est déplorable de constater qu'une commune comme celle de Kati n'est pas à jour de ses paiements.

L'évacuation au niveau du District sanitaire de Ouélesseougou connaît aussi d'énormes difficultés car le principal fournisseur de carburant pour les ambulances n'est plus disponible à en fournir avant le remboursement de ses arriérés.

En somme, une des grandes insuffisances de la politique de gratuité de la césarienne demeure la rareté de la prise en charge gratuite du transport des

femmes enceintes en besoin de césarienne du fait du non paiement réguliers des parts financiers des collectivités territoriales.

Graphique 4 : Niveau de paiements des cotisations dans le District Sanitaire de Ouélessébougou de 2010 à 2012



Source : enquête CAD-Mali, 2012

Le graphique 4 montre que :

- en 2010 toutes les collectivités territoriales ont cotisé sauf les communes de Tiakadougou-Dialakoro, de sanankoroba et le Conseil de Cercle ;
- en 2011, Safébougoula et le Conseil de cercle n'ont effectué aucun versement ;
- en 2012 Tiakadougou-Dialakoro, sanankoroba, Tiélé et le Conseil de Cercle sont brillées par le non paiement de leurs contributions.

4.3.2.4. La prise en charge de la césarienne au niveau des centres de santé de référence

Dans les deux districts sanitaires, le taux de césarienne se présente de 2006 à 2010 comme suit :

Tableaux 8 : Taux de césarienne par rapport au nombre de grossesses

Désignations	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kati (en %)	-	-	-	-	1	1,05	1,17
Ouéessebougou (en %)	1,08	0,57	0,58	1,49	1,58	0,98	1,81

Source : Point focal gratuité de la césarienne/DNS

A Kati, la césarienne a démarré en 2010 et son taux est passé de 1,0% en 2010 à 1,17% en 2012.

Quant au District sanitaire de Ouéessebougou, le taux de femmes ayant subi une césarienne est passé de 1,08% en 2006 à 1,81% en 2012.

Les décès constatés en rapport avec la césarienne se présentent comme suit :

Tableaux 9 : Taux de décès

District sanitaire	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Kati	-	-	-	-	0,39	0,47	1,03
Ouélessebougou	2,8	0,00	4,88	0,91	0,0	0,0	3,16

Source : Point focal gratuité de la césarienne/DNS

Les taux de décès demeurent encore importants dans les deux districts sanitaires. Cependant, il ya des années ou des décès n'ont pas été constatés à Ouélessebougou (en 2007, 2010 et 2011). Selon le responsable du point focal de la gratuité de la césarienne, ces décès seraient en partie dus temps mis dans le processus de l'évacuation (prise de décision, temps mis à se présenter dans un centre de santé, blocage financier des parents des patients, etc.)

Selon les textes instituant la gratuité de la césarienne les coûts couverts par l'Etat sont relatifs aux :

- ✓ frais des examens pré opératoires ;
- ✓ coûts de l'acte chirurgical et les soins post opératoires ;
- ✓ frais d'hospitalisation.

Les montants remboursables aux CSRéf selon la loi sont :

Cas de césarienne simple

- l'acte chirurgical : 10 000 FCFA
- les frais d'hospitalisation : 1 0 000 FCFA
- les examens pré opératoires : 10 000 FCFA
- *le Kit pour l'intervention chirurgicale et le post opératoire*
- Produit et consommable nécessaires à une césarienne simple : 30 000 FCFA

Cas de césarienne compliquée :

- On considère les mêmes éléments que ceux d'un cas simple toutefois avec 42.000 FCFA pour les produits et consommables au lieu de 30.000 FCFA.

De nos jours, la gratuité de la césarienne fonctionne essentiellement sur l'autofinancement des CSRéf car les dotations en kits sont généralement faites avec des retards. Ainsi, au passage de l'équipe de consultants à Kati, le préfinancement à plus de 10.000.000 F.CFA (dix millions de francs CFA). Tous les kits reçus ont été utilisés et l'Etat doit rembourser 216 kits au CSRef.

Les statistiques sur la césarienne se présentent comme suit :

▪ Nombre de césariennes réalisées:	1 284
▪ Nombre de kit reçu:	1 068
▪ Nombre de kit utilisé:	1 068
▪ Nombre de jour de rupture en kit:	285
▪ Remboursement non recouvré en kit:	216
▪ Remboursement (FCFA) non recouvré en acte chirurgie :	6 480 000

Le fonctionnement de la gratuité sur des préfinancements des CSRéf n'est pas une situation rassurante. Il y a des craintes d'affecter la qualité des soins car il est difficile d'imaginer jusqu'à quel niveau les CSRéf pourront poursuivre les préfinancements.

4.3.3.2. L'information sur le VIH/SIDA et la prise en charge du VIH/SIDA

Aujourd'hui, tous les acteurs sont suffisamment informés sur le VIH/SIDA et jouent leurs rôles. La population est suffisamment informée sur les méthodes de transmission et les dispositifs de prévention. Les responsables des CSRéf reconnaissent ne pas avoir de problème par rapport à la prise en charge des cas de VIH/SIDA. Cependant avec la suspension du financement de Fonds Mondial, ils craignent des ruptures en anti retro viraux (ARV) et le ralentissement dans la mise en des activités financées par ledit partenaire. Actuellement, les responsables de services de santé sont obligés de faire recours aux autres services spécialisés dans les cas des maladies opportunistes compliquées.

A titre d'exemple, le cercle Kati a connu une rupture de six (6) mois pour les ARV de la PTME.

En plus de l'Etat (programmes, Centres de Santé de Référence), plusieurs acteurs interviennent dans la lutte contre le SIDA :

- les ONG font la sensibilisation et l'orientation vers les centres de dépistage : elles travaillent aussi à réduire les formes de stigmatisation des malades vivant avec le VIH/SIDA;
- les associations des personnes vivant avec le VIH (PVVIH);
- les mairies et le service de développement social appuient les activités de sensibilisation à travers les émissions dans les radios de proximité.

4.3.4. La fistule et sa prise en charge

La fistule est une maladie le plus souvent non déclarée par les femmes. En se référant aux taux d'incidence (3 à 4 pour 1000 naissances), on estime que le nombre de femmes courant le risque d'une fistule obstétricale par an au Mali se situe entre 1804 et 2405.

Les populations sont moins informées sur la gratuité de cette pathologie. Ainsi, selon les résultats des enquêtes plus de 50% (tableau n°1) des chefs de ménage ne sont pas au courant de la gratuité de la fistule dans certaines aires notamment à Baguinéda, Sanankoroba, Faraba. Le niveau de communication sur cette maladie reste insuffisant.

Tableau 10 Niveau d'information des ménages sur la gratuité des soins des fistules dans le cercle de Kati

Aire de santé	% de population non au courant de la gratuité des soins de la fistule	% de population au courant de la gratuité des soins de la fistule	Total
Baguineda Camp	60,0	40,0	100,0
Daban	20,0	80,0	100,0
Doubadougou	18,2	81,8	100,0
Kati	0,0	100,0	100,0
Kati koko	0,0	100,0	100,0
Safo	10,0	90,0	100,0
Dialakoroba	50,0	50,0	100,0
Faraba	70,0	30,0	100,0
Kalabancoro hère-makono	77,8	22,2	100,0
Kalabancoro koulouba	50,0	50,0	100,0
Kanadjiguila	70,0	30,0	100,0
Mountougoula	40,0	60,0	100,0
N'gouraba	50,0	50,0	100,0
Ouélessébougou	33,3	66,7	100,0
Safé-bougoula	30,0	70,0	100,0
Sanankoroba	80,0	20,0	100,0
Sanankoro-djitoumou	40,0	60,0	100,0
Siby	60,0	40,0	100,0
Tièlè	30,0	70,0	100,0
Total	44,7	55,3	100,0

Source : enquête CAD-Mali, 2012

- **Niveau d'information des ménages sur la gratuité des soins des fistules par District Sanitaire du cercle de Kati**

Dans les deux districts sanitaires, les niveaux d'information sont presque identiques sur la méconnaissance de la gratuité de soins de fistules obstétricales (45,9% à Kati et 42,4% à Ouélessébougou). Un effort doit être fait pour améliorer la communication autour de la gratuité des soins de fistules obstétricales. Les patientes venant du cercle de Kati sont référés au service d'urologie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) du Point G. Il est à noter que pour cette pathologie, es frais de transport de la malade sont à la charge de la famille en cas d'évacuation.

Tableau 11 : Niveau d'information des ménages sur la gratuité des soins des fistules par District Sanitaire du cercle de Kati

Aire de santé	% de population non au courant de la gratuité des soins de la fistule	% de populations au courant de la gratuité des soins de la fistule	Total
Kati	45,9	54,1	100,0
Ouélessebougou	42,4	57,6	100,0
Total	44,7	55,3	100,0

Source : enquête CAD-Mali, 2012

4.3.5. La tuberculose, l'onchocercose et la lèpre

Ces maladies endémiques sont bien connues des populations et des acteurs (agent de santé, responsables des collectivités..). En effet, 82,10 % et 89,3% des chefs de ménage respectivement de Kati et Ouélessebougou sont au courant des soins gratuits pour au moins une de ces trois maladies.

Les chefs de ménages enquêtés qui n'ont jamais entendu parler de la gratuité des soins d'aucune de ces maladies sont de 17.9% dans le district sanitaire de Kati et de 11,7% dans celui de Ouélessebougou.

Tableau 12 : Niveau d'information des ménages sur la gratuité des soins de la tuberculose, l'onchocercose et la lèpre

District Sanitaire	% de ménages au courant de la gratuité des soins	% de chefs de ménages au courant de la gratuité des soins de la Lèpre	% de chefs de ménages au courant de la gratuité des soins de l'Onchocercose	% de chefs de ménages au courant de la gratuité des soins de Onchocercose+Lèpres
Kati	17,9	0,9	3,6	13,4
Ouélessebougou	11,7	3,3	1,7	0,0

Source : enquête CAD-Mali, 2012

Tableau 13 : Niveau d'information des ménages sur la gratuité des soins de la tuberculose, l'onchocercose et la lèpre (suite)

District Sanitaire	% de chefs de ménages au courant de la tubercul+oncho+lèpre	% de chefs de ménages au courant de la Tuberculose	% de chefs de ménages au courant de la Tuberculose +Lèpres	% de chefs de ménages au courant de la Tuberculose+Onchocercose
Kati %	46,4	8,9	7,1	1,8
Ouélessébougou %	83,3	0,0	0,0	0,0

Source : enquête terrain CAD-Mali, 2012

Tous les cas de toux de plus de deux semaines sont référés au niveau des CSRéf pour des examens complémentaires (de crachats, radiographie pulmonaire). Les cas de tuberculose confirmés y sont pris en charge immédiatement. Les malades souffrant de tuberculose résidant dans d'autres aires de santé peuvent recevoir les médicaments antituberculeux au niveau de leurs CSCom, si le DTC en fait la demande et envoi le dossier du malade au CSRéf.

V. PERCEPTION DES DIFFERENTS ACTEURS ET IMPACTS DES MESURES DE LA GRATUITE DES SOINS DE SANTE

5.1 La population

Les populations du cercle de Kati jugent diversement la gratuité des soins de santé notamment celle du paludisme. De façon générale, la population enquêtée estime que la gratuité est une bonne solution pour l'amélioration de leur santé. Mais elle pense également que l'application de cette gratuité des soins de santé n'est pas encore satisfaisante du fait qu'il y a des moments où il faut payer pour bénéficier des soins dits gratuits. Les ruptures fréquentes de stocks sont à la base de cette perception par rapport au paludisme.

Certains pensent comme cet habitant de Faraba qu'« *Il y a une ségrégation dans l'application de cette gratuité. Les agents gèrent la gratuité du paludisme en fonction des personnes : plus vous êtes un leader influent ou un ami des agents, plus vous avez la chance de bénéficier de cette gratuité* ». Cette perception de la gratuité est conforme au niveau d'information sur le système de gestion des produits au niveau des aires de santé.

5.2. Les élus des collectivités

La perception des élus (mairies, conseil de cercle) est presque identique à celle des autres citoyens : la gratuité est une solution pour améliorer la santé au Mali en général et en milieu rural en particulier où les habitants ont un pouvoir d'achat assez faible. Ils estiment cependant que le suivi de la gratuité des soins par les services du ministère de la santé est insuffisant. Relativement à leurs responsabilités dans le processus des politiques de gratuité des soins de santé, ils reconnaissent ne pas

jouer pleinement leur rôle dans la mise en œuvre notamment, le paiement régulier de leur quote – part. Ce non respect des engagements s’expliquent selon eux par :

- la lenteur du décaissement de fonds au niveau du service de la Perception;
- l’insuffisance de ressources propres des collectivités territoriales;
- l’inadéquation entre le niveau d’implication/d’engagement des collectivités territoriales et leur capacité financière.

Les collectivités territoriales semblent ignorer l’importance de leur participation dans la mise en œuvre de la gratuité des soins de santé d’où l’irrégularité dans le paiement de leurs quote – parts. Elles doivent savoir et intégrer dans leur comportement qu’un système ne tient que par la participation correcte de tous les acteurs concernés. La justification donnée par les collectivités territoriales repose le débat d’une part sur la responsabilité des collectivités territoriales en matière de santé en lien avec les transferts des compétences et d’autres parts la mesure de l’enjeu du secteur santé dans le budget communal.

5.3. Les agents de santé

Les agents de santé estiment que « les décisions politiques ont été prises précipitamment, sans études préalables. Il n’y a pas eu d’articulation entre cette politique de gratuité des soins et les différentes politiques sociales visant à accroître l’accessibilité aux soins. On note par ailleurs une très faible implication des services sociaux et les systèmes d’assurance santé (Assurance maladie obligatoire- AMO, Mutuelles) »⁷.

Les agents de santé se considèrent, pour la plupart, comme les acteurs les plus malheureux dans le processus de mise en œuvre des politiques de gratuité des soins du paludisme car, ils estiment que l’Etat les met en conflit avec les populations. En effet, face à l’impossibilité pour les agents de prendre en charge gratuitement certains cas pendant les périodes de rupture de stocks de produits, les patients les traitent de voleurs de médicaments. Cette situation est devenue une source de frustration et de conflits au niveau des aires de santé. Les agents estiment aussi que les médicaments fournis ne permettent pas de prendre en charge les cas compliqués de paludisme. Par exemple les injectables et les solutions de perfusion sont très rares dans les stocks mis à la disposition des CSCom.

5.4. La Direction Régionale de la Santé de Koulikoro

La Direction régionale reconnaît l’insuffisance des moyens par rapport aux besoins. Elle déplore aussi le manque de concordance entre les périodes de pointe du paludisme et la disponibilité des intrants pour la prévention et les soins du paludisme.

Elle pense que la politique de gratuité des soins de santé est démesurément ambitieuse. Selon elle, toute politique de gratuité doit être préalablement planifiée et cela demande une organisation et une bonne communication entre les différents

⁷ Les politiques d’exemption du paiement des soins au Mali, Laurence TOURE , Septembre 2010

acteurs. Ces conditions sont aujourd'hui peu réunies. Elle estime que les ressources humaines spécialisées (notamment les gynécologues) sont insuffisantes.

5.5. Quelques éléments d'impacts des mesures de gratuité des soins de santé

La gratuité des soins de santé des différentes maladies qui fait l'objet de la présente étude ont eu des effets positifs :

- Le changement de comportement des parents dans la prise en charge du paludisme chez les enfants : les parents amènent plus tôt les enfants malades à la consultation. Cela a pour conséquence logique la réduction des cas de paludisme compliqué ;
- l'amélioration de la fréquentation des centres : avec les efforts de communication les centres de santé sont mieux fréquentés car les patients viennent toujours en espérant bénéficier de la gratuité des soins. Cette amélioration est reconnue aussi bien par les bureaux des ASACO que par les agents techniques de santé. Cependant à défaut des données de départ (de référence) au niveau des CSCom, l'étude n'est pas à mesure d'évaluer ce niveau d'amélioration;
- la réduction de la mortalité maternelle suite à la prise en charge rapide des cas de Césarienne dans beaucoup d'aires de santé ;
- un accroissement de du niveau l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticide au niveau des ménages ;
- une amélioration de la connaissance par les populations des mesures de prévention par rapport à certaines maladies notamment le paludisme et le VIH/SIDA.

VI. DISPOSITIF DE SUIVI/EVALUATION DU SYSTEME DE GRATUITE DES SOINS DE SANTE

Toutes les activités de suivi sont effectuées à travers un plan de supervision intégré qui va du ministère de la santé au CSCom en passant par les Directions Nationales et Régionales de la santé.

Selon les programmes, le suivi/Evaluation se fait de la manière suivante :

1. **Le Système de suivi-évaluation du SE/HCNLS:** le pays dispose d'un manuel opérationnel national de suivi-évaluation précisant l'organisation et la structure du système national de suivi-évaluation au niveau central. Le SE/HCNLS a renforcé son unité de suivi-évaluation ; elle comprend désormais un responsable du département, un chargé de suivi programmatique, deux chargés de collecte, analyse et traitement des données, un chargé de la gestion de la base des données, un chargé de l'informatique et un chargé du système d'information géographique et stratégique. Cette structure est renforcée au niveau décentralisé par les secrétaires exécutifs régionaux appuyés par des agents de suivi évaluation.

2. **Le Programme National de lutte contre le Paludisme** : le Suivi-évaluation des activités du paludisme du comité d'orientation du Programme National de Lutte contre le Paludisme. Le plan national de suivi-évaluation est le document unique de référence et sa mise en œuvre est effective à travers les stratégies suivantes :

- le renforcement de capacités en suivi-évaluation des équipes du PNLP et des acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme;
- l'élaboration et la révision des outils du système de Suivi-évaluation;
- la constitution de bases de données mises à jour régulièrement en fonction des indicateurs retenus sur le paludisme la mise en place des mécanismes de contrôle de la qualité des données collectées sur le paludisme :
 - la supervision formative des agents au niveau intermédiaire et opérationnel ;
 - le monitoring de routine (les formations sanitaires et les sites sentinelles collectent les données et les transmettent aux différents niveaux selon la hiérarchie de la pyramide sanitaire mensuellement ou trimestriellement. Ces données sont analysées chaque semestre lors des monitorages pour la prise de décision) ;
 - la mesure des indicateurs de couverture à travers les enquêtes de ménages et dans les formations sanitaires.

Malgré ces différents dispositifs, le suivi-évaluation est irrégulier du fait de l'insuffisance de financement des programmes et des Plans d'actions de la DRS.

Selon les informations collectées, la Direction régionale de la santé de Koulikoro a effectué à peine un suivi par an de l'ensemble du système. Les CSRéfs ne fait pas non plus un suivi systématique de la mise en œuvre de la gratuité des soins au niveau des CSCom.

Aussi, les bureaux des ASACO étant peu informés de leurs rôles et responsabilités, n'initient pas de suivi de l'utilisation des médicaments mis à la disposition de leur CSCom dans le cadre de la gratuité des soins.

VII. CONTRAINTES DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DES SOINS DE SANTE

Les principales contraintes de la mise en œuvre du dispositif de la gratuité des soins sont :

- l'insuffisance de communication sur la gratuité des soins de toutes les maladies visées;
- l'insuffisance des intrants mis à la disposition des centres de santé;
- le faible niveau de paiement des quotes-parts des collectivités territoriales pour la référence-évacuation;

- l'insuffisance de suivi de la mise en œuvre des politiques de gratuité;
- la difficulté de décaissements des remboursements au niveau de la perception;
- l'insuffisance du niveau de fonctionnement des ASACO.

VIII. PROPOSITIONS D'AXES D'INTERVENTION A LA CAD-MALI

Dans le cadre d'un appui à la mise en œuvre de la gratuité des soins de santé la CAD-Mali peut travailler essentiellement sur les axes suivants :

- **renforcement de la communication autour de la gratuité des soins de santé** : plus les populations sont informées, plus le contrôle citoyen s'imposera ;
- **amélioration de la disponibilité des intrants dans le cadre de la gratuité des soins du paludisme et de la Césarienne** : il s'agira d'amener l'Etat à les fournir suffisamment (*en qualité et en quantité pour prendre en charge tous les cas de paludisme*) et à temps dans les centres de santé;
- **amélioration de la référence – évacuation** : il faut des actions pour amener les collectivités territoriales à s'acquitter des quotes – parts dans le cadre de la référence – évacuation;
- **prise en compte de la référence-évacuation dans les budgets respectifs de l'ensemble des collectivités territoriales à prendre**;
- **amélioration du suivi/évaluation de la mise en œuvre de la gratuité des soins** : le suivi/contrôle de l'utilisation des intrants mis à la disposition des centres de santé doit être renforcé. Une évaluation périodique de l'ensemble des dispositifs de gratuité permettra de les améliorer d'année en année;
- **recherche-action sur les dispositifs de gratuité des soins de santé** : les cas écoles doivent être étudiés afin de vulgariser les bonnes pratiques et proposer des solutions globales et généralisées aux insuffisances du dispositif des politiques de gratuité des soins de santé.

IX. RECOMMANDATIONS

Pour une bonne mise en œuvre des politiques de gratuité des soins dans le cercle de Kati, les recommandations suivantes peuvent être :

1. Etat du Mali/Ministère de la santé

- Faciliter les décaissements au niveau de la perception au profit des activités de la gratuité des soins;
- Continuer les efforts d'information de la population;

- Assurer un suivi/contrôle efficace de la mise en œuvre des politiques de gratuité des soins.

2. Direction régionale de la santé

- Améliorer le suivi de la mise en œuvre des politiques de gratuité dans le cercle;
- Approvisionner les centres de santé en intrants en fonction des prévisions surtout pour les cas du paludisme et de la césarienne. Une attention particulière doit être portée sur la durée restant de validité des produits mis à disposition.

3. Responsables des collectivités territoriales:

- Intégrer une ligne budgétaire en rapport avec la référence-évacuation dans les budgets annuels et assurer une exécution correcte de cette ligne (paiement correct des quotes-parts);
- Exercer un suivi de la mise en œuvre de la politique de la gratuité au niveau des centres de santé qui relèvent de leurs compétences.

4. ASACO

- S'impliquer davantage dans la mise en œuvre des politiques de gratuité en s'informant sur la fourniture des intrants et leur utilisation au niveau de leur aire respective;
- Participer plus à l'information des populations sur les différentes maladies concernées par la gratuité.

5. Agents de services de santé

- Tenir des supports (fiches de stock) propre à la mise en œuvre de la gratuité des soins de santé notamment par rapport au paludisme;
- Participer à l'information des populations sur la politique de gratuité des soins de santé.

6. CAD-Mali

- a. Mener des actions visant à amener les populations à réclamer des feedback réguliers par rapport à la gestion de leur CSCOM;
- b. Amener les différents acteurs à mieux s'informer sur les différentes politiques de gratuité des soins de santé afin qu'un contrôle populaire des actions de gratuité des soins de santé s'instaure;
- c. Mieux outiller les Organes de suivi citoyen à la base comme les Comités de suivi à la base (CSB) afin qu'elle puisse suivre efficacement certains indicateurs liés à la mise en œuvre de la gratuité dans le cercle par exemple : suivi du recouvrement des quote - parts.

CONCLUSION

La gratuité des soins de santé est une option salubre pour assurer une bonne santé aux populations maliennes particulièrement celles appauvries. Divers documents de politiques et des textes réglementaires ont été élaborés pour la mise en œuvre effective de la gratuité des soins de santé.

La communication autour de la gratuité des soins de santé au Mali demeure insuffisante. Les chefs de ménages qui assurent les dépenses de santé au niveau des villages sont généralement peu informés sur la gratuité des soins de santé dans certaines aires de santé. Il en est de même pour les membres des bureaux des ASACO et des élus communaux.

Dans tout le cercle, la référence – évacuation à des difficultés énormes qui sont essentiellement liées au non paiement des quotes-parts par les mairies et le conseil de cercle. Pour l'année 2011, le taux de recouvrement de ces quotes-parts était de 4% dans le District sanitaire de Kati. En fin de cette année 2012, le fournisseur de carburant pour référence – évacuation dans le District sanitaire Ouélessebouyou menace de rompre son contrat de fourniture de carburant.

La gratuité de la césarienne est aujourd'hui réelle grâce au préfinancement des CSRéf. Ces derniers déplorent des difficultés de remboursement de leur préfinancement.

Les intrants pour assurer la gratuité du paludisme sont presque indisponibles dans les pharmacies des CSCom. La totalité des responsables des centres de santé rencontrés trouvent insuffisantes les quantités des intrants mises à leur disposition et cela est accentué par une irrégularité chronique dans leur livraison. Les autres maladies comme la fistule, la tuberculose, la lèpre, le Sida ne connaissent pas de problèmes particuliers mais les efforts de communication doivent se poursuivre en la matière.

La récente rupture de financements du Fonds Mondial interpelle sur la nécessité d'un financement indépendant et autonome du secteur de la santé et des politiques de gratuité des soins de santé en particulier.

Au vu de toutes ces difficultés, la CAD-Mali met à disposition des acteurs notamment des Organisations de la société civile, des outils de suivi et plaidoyer budgétaires dans le but d'améliorer le processus des politiques de gratuité des soins de santé au Mali.

BIBLIOGRAPHIE

- Ridde V, Queuille L, Kafando Y (eds.) : Capitalisations de politiques publiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest. Ouagadougou : CRCHUM/HELP/ECHO, 2012 ;
- Ministère de la santé du Mali : Document de politique nationale de lutte contre le paludisme, 2007;
- Déclaration de politique de lutte contre le VIH/SIDA au Mali, 7 avril 2004 ;
- Ministère de la santé du Mali : Stratégie Nationale de prévention et de prise en charge des fistules obstétricales au Mali, janvier 2009;
- Laurence TOURE, Les politiques d'exemption du paiement des soins au Mali, Septembre 2010 ;
- Plan Opérationnel (PO) Direction Régionale de la santé, 2008, 2009, 2010 et 2011 ;
- Le Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR 2012-2017);
- Ministère de la santé du Mali : PRODESS II prolongé 2009 – 2011 composantes santé.

**ANNEXES (OUTILS DE SUIVI ET PLAIDOYER
BUDGETAIRES)**

OUTILS DE SUIVI ET PLAIDOYER BUDGETAIRES

SUR LA MOBILISATION, LA GESTION ET L'IMPACT
DES FONDS ALLOUES AUX POLITIQUES DE
GRATUITE DES SOINS DE SANTE

Ces outils font suite à l'étude réalisée par la CAD-Mali sur la mobilisation, la gestion et l'impact des fonds alloués aux politiques de gratuité des soins de santé dans le cercle de Kati en 2012. Ils sont par ailleurs un produit du projet « Projet de suivi et plaidoyer budgétaire des fonds alloués aux politiques de gratuité des soins de santé dans le cercle de Kati » financé par l'ONG suédoise Diakonia.

Ils ont pour objectifs de contribuer à l'amélioration des conditions de vie des maliens dans toutes ses composantes et particulièrement celles des composantes les plus défavorisées.

Les politiques, objet de gratuité des soins de santé concernent : l'Onchocercose, la lèpre et la tuberculose (avant 1960), le VIH/SIDA (2004), la césarienne (2005), le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes (2007), la fistule obstétricale (2009).

Pour chaque cas de politique, il existe un ensemble de textes réglementaires qui gère sa mise en œuvre.

Le suivi de la mise en œuvre de ces politiques de gratuité reste insuffisant alors que le monitoring déterminant dans la réussite de toute politique publique.

Dans ce sens, pour contribuer à l'amélioration de leur mise en œuvre, la CAD-Mali a entrepris de mobiliser les acteurs autour des axes suivants :

- le renforcement de la communication autour des maladies objets de soins gratuits;
- l'amélioration de la disponibilité des intrants dans le cadre de la gratuité des soins du paludisme et de la Césarienne ;
- l'amélioration de la référence – évacuation ;
- l'amélioration du suivi/évaluation de la mise en œuvre de la gratuité des soins.

Les outils de suivi serviront à porter les sujets de plaidoyer mentionnés dans le tableau suivant :

Tableau 1 : Thèmes de plaidoyer

THEMES	OBJECTIFS VISES	RESULTTATS ATTENDUS	QUELQUES ACTIONS DE PLAIDOYER
Amélioration de la disponibilité des intrants dans le cadre de la gratuité des soins du paludisme et de la Césarienne	Réduire les nombre de jours de rupture des intrants dans les formations sanitaires	Les centres de santé assurent de façon optimum les soins gratuits aux patients	<ul style="list-style-type: none"> *Séances d'interpellation des décideurs publics *Construction de l'argumentaire *Elaboration de messages de plaidoyer *Rencontres ciblées avec les PTF, leaders d'opinion et décideurs *Diffusions d'articles de presse
	Améliorer l'implication des ASACO et des collectivités territoriales dans le processus des politiques de gratuité des soins de santé	La gouvernance des politiques de gratuité des soins de santé est améliorée	<ul style="list-style-type: none"> *Rencontres ciblées avec les acteurs impliqués *Construction de l'argumentaire *Tenue d'une rencontre multi acteurs sur la contribution communale aux politiques de gratuité des soins de santé
Prise en compte systématique de la référence – évacuation dans les budgets des collectivités	Obtenir des collectivités territoriales le respect de leurs engagements financiers relatif à la référence- évacuation dans leurs PDESC et budgets respectifs	Les évacuations des femmes enceintes sont réellement gratuites dans la zone d'intervention	<ul style="list-style-type: none"> *Construction de l'argumentaire (Réaliser des analyses budgétaires) *Participation organisée aux sessions budgétaires communales *Organiser une réunion d'interpellation des collectivités par rapport à la référence-évacuation.

1. OBJECTIFS DES OUTILS

1.1. Objectif général

De façon générale, il s'agit de « Mobiliser les organisations de la société civile et les autorités politiques et sanitaires pour l'effectivité des politiques de gratuité des soins de santé en faveur des populations ».

1.2. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques découlant de l'objectif principal se résument à :

- Δ faire l'état des lieux des sources et l'évolution des financements des programmes de gratuité des soins et des pratiques;
- Δ apprécier les niveaux d'information et d'appréciation des populations bénéficiaires/cibles sur les politiques de gratuité de soins ;
- Δ analyser les relations de pouvoirs entre acteurs impliqués dans le processus des politiques de gratuité de soins ;
- Δ apprécier les changements des politiques de gratuité des soins de santé sur les quelques indicateurs de santé (choisir en quelques uns) ;
- Δ proposer des axes de solutions/recommandations aux insuffisances énumérées.

Il est important de noter que les acteurs voulant utiliser ces outils devront déterminer, la périodicité des collectes de données, les rôles et responsabilités tant lors recherche d'informations que pour les niveaux d'analyse et enfin les canaux de diffusion des résultats issus des réflexions.

2. PRINCIPALES SOURCES DE DONNEES SUR LE PROCESSUS DES POLITIQUES DE GRATUITE DES SOINS DE SANTE

Tableau 2: Principaux acteurs

Principaux acteurs	Moyens et outils de suivi	Données à recueillir auprès de l'acteur
Direction Régionale de la Santé	Entretiens individuels avec guide d'entretien	Qualité des demandes en dotations de kits et intrants, causes des ruptures de stocks en intrants, suivi et évaluation de performance des centres de santé, source de financement des centres de santé, budgets alloués aux centres de santé, ratios de personnels de santé niveau CSCOM et CSREF
CSREF/District sanitaire	Entretiens individuels avec guide d'entretien,	Périodes des demandes en dotations de kits et intrants, suivi et évaluation de performance des centres de santé, appréciation des dotations faites par la DRS et la pharmacie populaire, source de financement des centres de santé, budgets alloués aux centres de santé, ratios de personnels de santé niveau CSCOM et CSREF, fonctionnalité des ambulances, effectivité et contraintes de la référence-évacuation, disponibilité en quantité et en qualité des produits de soins gratuits (nombre de jours de ruptures par trimestre) de chacune des maladies concernées, niveau d'appui technique et financier des communes et cercles,
CSCOM	Entretiens individuels avec questionnaire	Appréciation des stocks mis à disposition par le district sanitaire par rapport à la demande, conditions préalables de demandes en dotations, accueil des patients, gestion de

		l'hygiène des centres de santé, nombre de visites par semestre effectuées par le district sanitaire, nombre de cas d'évacuation de femmes enceintes, nombre d'enfants de moins de 5 ans paludéens, nombre de cas d'évacuation de femmes enceintes, nombre d'enfants de moins de 5 ans paludéens graves évacués , nombre de jours et périodes des ruptures en intrants par trimestre, causes des ruptures, liste des produits en ruptures, nombre des évacuations demandées et non satisfaites, nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans par le palu, ratios de femmes ayant effectué 6 à 9 CPN, contraintes du CSCOM, état de mise en œuvre des PO, liste des ONG venant en appui, nombre de visites de la Mairie, nombre de séance formation et nombre d'agents ayant les capacités renforcées/an
ASACO	Entretiens avec un guide	Nombre de réunions ordinaires tenues/an, nombre de réunions avec la Mairie, nombre d'AG avec les populations de l'aire sanitaire, disponibilité des documents de politiques sanitaires (guide des politiques de gratuité des soins de santé), nombre de réunions du comité paritaire, nombre de réunion du comité de gestion santé, nombre de sessions et d'activités de sensibilisation et thématiques abordées, nombre d'émissions radios organisées, nombre de partage d'expérience avec d'autres ASACO, listes des contraintes et solutions trouvées/envisagées, existence d'un plan d'actions/ASACO, niveau de collaboration avec le conseil municipal, questions des évacuations et appuis de l'état et de la communes, nombre de rapports trimestriels produits, modes de diffusion des rapports d'activités, nombre de cas d'évacuation de femmes enceintes, nombre d'enfants de moins de 5 ans paludéens, nombre de cas d'évacuation de femmes enceintes, nombre d'enfants de moins de 5 ans paludéens graves évacués , nombre de jours et périodes des ruptures en intrants par trimestre, causes des ruptures, liste des produits en ruptures, nombre des évacuations demandées et non satisfaites, nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans par le palu, ratios de femmes ayant effectué 6 à 9 CPN, contraintes du CSCOM, état de mise en œuvre des PO, liste des ONG venant en appui,
Chefs ménages, les patients et/ou parents de patients	Entretiens individuels avec questionnaire (voir questionnaire ci-joint) Entretiens individuels avec questionnaire et recueil de témoignages, prise de photo, enregistrement	Niveau d'informations sur les maladies et actes cibles de gratuité, appréciation de l'accueil, raison de consultations, appréciation de la qualité des soins de santé reçus, conditions d'accès aux soins et intrants de soins, niveau d'information en cas de paiement, Niveau et types de paiement ou non d'impôts et taxes, relation avec les élus communaux.

	vidéo et radio	
Conseil de Cercle (Président et SEGAL)	Entretien avec un guide	Fonds mis à disposition des CSREF, montants des impayés aux CSREF, nombre de rencontre avec CSREF et communes, nombre et noms des communes ayant payé leurs parts de contributions, périodes de paiement (année n-1 et année n), contraintes, solutions trouvées ou envisagées.
Préfet	Entretiens individuels avec guide d'entretien	Rôles et responsabilités de la Préfecture
Conseils municipaux	Discussion en focus-group avec guide d'entretien	<p>Montants versés aux CSREF, impayés dus aux CSREF, nombre de rencontres entre le CSREF et les communes du district sanitaire, nombre et noms des communes ayant payé leur part de contributions, périodes de paiement (année n-1 et année n), budgets global annuel et parts réservés à la santé années n-2, n-1, n, estimation de la part réservée aux politiques de gratuité des soins de santé, état des transferts de compétences, des ressources, périodes des virements de l'Etat, analyse des montants virés, analyse de la situation des finances locales.</p> <p>Nombre de réunions ordinaires tenues/an avec chaque ASACO, nombre de réunions avec chaque CSCOM, nombre de sessions populaires sur le budget communal par village avec les pop, disponibilité des documents de politiques sanitaires (guide des politiques de gratuité des soins de santé), nombre de réunions du comité paritaire, nombre de réunion du comité de gestion santé, nombre de sessions et d'activités de sensibilisation et thématiques abordées, nombre d'émissions radios organisées, nombre de partage d'expérience avec d'autres ASACO, listes des contraintes, solutions trouvées, niveau de collaboration avec les CSCOM et ASACO, questions des évacuations et appuis de l'état , nombre de rapports trimestriels produits par ASACO, modes de d'exploitation des rapports d'activités des ASACO</p>

3. QUELQUES OUTILS DE COLLECTES DE DONNEES SUR LES MALADIES ET SOINS GRATUITS

Tableau 3: Sources de financement et évolution des budgets

Maladies concernées	Sources de financement	Total année n-1	Part année n-1 régional	Part année n national	Part année n régional	Part année n District sanitaire 1 de...	Parts année n-1 district sanitaire 2 de...
Paludisme (en général)							
Paludisme enfants de 0 à 5 ans							
Paludisme chez les femmes enceintes							
VIH/SIDA							
Césarienne							
Fistules							
Tuberculose							

Sources : Direction nationale de la santé

Tableau 4: Evolution du budget et source de financement de la DRS de (en milliers de FCFA et en %)

Source de financement	Global 2011	Parts Soins de santé gratuits 2011	Global 2012	Parts Soins de santé gratuits 2012	Global 2013	Parts Soins de santé gratuits 2013	Accroissement moyen
Etat							
ABS							
Partenaires							
Total							

Lieu de collecte de données : Direction Régionale de la Santé,

Tableau 5: Evolution et financement de la santé dans le district sanitaire de (Milliers FCFA)

Sources de financement	2011	2012	2013	Moyenne	Accroissement moyen annuel
Etat					
ABS					
Recouvrements					
Communautés					
Collectivités					
Partenaires					
TOTAL					

Lieu de collecte de données: Direction Régionale de la santé, PO

Tableau 6: évolution des cas de paludisme chez les enfants de moins de 5 ans

Groupes	Nombre de cas année n-2	Nombre de cas année n-1	Nombre de cas année n
Enfants de moins de 5 ans/paludisme simple			
Enfants de moins de 5 ans/paludisme grave			
Cas de césariennes simples			
Cas de césariennes compliqués			

Lieu de collecte de données : CSREF

Tableau 7: disponibilité temporelle des produits et kits par trimestre :

Maladies	Nombre de jours de ruptures	Les 2 principaux produits en rupture	Nombre de cas traités en préfinancement	Impayés année n-2	Impayés année n-1
Paludisme simple chez les enfants de 0 à 5 ans					
Paludisme grave chez les enfants de 0 à 5 ans					
Césarienne simple					
Césarienne compliquée					

Sources : CSREF et CSCOM

Tableau 8: Evolution annuelle du paiement de la part contributive communale et de cercle pour la référence évacuation

Commune	Nombre de CSCOM	Nombre de CSREF	Montant en 2010	Montant 2011	Montant 2012	Montant 2013	Montant moyen

*Lieu de collecte de données : Mairie et Conseil de Cercle***Tableau 9:** Evolution annuelle des fonds transférés aux communes pour le secteur de la santé

Commune	Nombre de CSCOM	Nombre de CSREF	Montant en 2010	Montant 2011	Montant 2012	Montant 2013

Lieu de collecte de données : Mairie et Conseil de Cercle

Tableau 10 : Evolution de l'appui communal aux CSCOM/ASACO

Commune	Nombre de CSCOM	Nombre de réunions/visites	Montant en 2010	Montant 2011	Montant 2012	Montant 2013

Lieu de collecte de données : Mairie et Conseil de Cercle

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL/Malade

Région de Cercle de District sanitaire de :

Aire de santé de : Village du (de la) malade :

ANALYSE PERIODIQUE SUR LA MOBILISATION, LA GESTION ET L'IMPACT DES FONDS ALLOUES AUX POLITIQUES DE GRATUITE DES SOINS DE SANTE DANS LE CERCLE DE KATI

SECTION I : CARACTERISTIQUES SOCIO – DEMOGRAPHIQUES

N°	QUESTIONS	MODALITES DE REPONSE	CODIFICATION
I.1	Quel âge avez- vous ?		_ _
I.2	Sexe de l'enquêté (e)	Masculin (1) Féminin (2)	_
I.3	Quelle est votre situation matrimoniale ?	Célibataire (1) Marié(e) (2) Divorcé(e) (3) Veuf/Veuve (4)	_
I.4	Quel est votre niveau d'étude ?	aucun (1) Coranique (2) Primaire (3) Secondaire (4) Supérieur (5) Alphabétisé (6)	_

SECTION II : CONNAISSANCE DE LA GRATUITE DES SOINS

N° d'ordre	QUESTIONS	MODALITES DE REPONSE	
II.1	Fréquentez- vous ce centre de santé depuis combien de temps ?	Moins d'un an (1) 1 an (2) 2 ans et plus (3)	_
II.2	Etes –vous satisfait des services offerts par ce centre de santé ?	Oui (1) Non (2)	_
II.3	Si non donner les raisons ?		
II.4	Quel est le motif de votre présence au centre	Paludisme (1) césarienne(2) Tuberculose (3)	_

		Onchocercose (4) Lèpres (5) Fistules (6)	
II.5	Combien avez-vous déjà payé pour le traitement		
II6	Avez- vous entendu parler de la gratuité des soins de cette maladie.	Oui (1) Non (2)	_
II7	Si oui avez – vous déjà bénéficié de cette gratuité des soins au niveau du centre de santé?	Oui (1) Non (2)	_
II8	Si non donnez les raisons		

III.9	Pensez- vous que les tarifs pratiqués au niveau de votre CSCOM, sont à la portée de la population?	Oui (1) Non (2)	_
-------	--	--------------------	---

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL/Ménage

Région de Cercle de District sanitaire de :

Aire de santé de : Village de :

ANALYSE PERIODIQUE SUR LA MOBILISATION, LA GESTION ET L'IMPACT DES FONDS ALLOUES AUX POLITIQUES DE GRATUITE DES SOINS DE SANTE DANS LE CERCLE DE KATI

SECTION I : CARACTERISTIQUES SOCIO – DEMOGRAPHIQUES

N°	QUESTIONS	MODALITES DE REPONSE	CODIFICATION
I.1	Quel âge avez- vous ?		_ _
I.2	Sexe de l'enquêté (e)	Masculin (1) Féminin (2)	_
I.3	Quelle est votre situation matrimoniale ?	Marié(e) (1) Divorcé(e) (2) Veuf/Veuve (3)	_
I.4	Quel est votre niveau d'étude ?	Aucun (1) Coranique (2) Primaire (3) Secondaire (4) Supérieur (5) Alphabétise (6)	_
I.5	Combien de personnes sont à votre charge sur le plan sanitaire		_ _

SECTION II : CONNAISSANCE DE LA GRATUITE DES SOINS

N°	QUESTIONS	MODALITES DE REPONSE	CODIFICATION
II.1	Fréquentez- vous le centre de santé de votre quartier/commune ?	Oui (1) Non (2)	_
II.2	Si oui êtes –vous satisfait des services offerts par votre CSCOM ou CSRéf ?	Oui (1) Non (2)	_
II.3	Si non donner les raison ?		

II.4	Avez- vous entendu parler de la gratuité des soins du Paludisme (chez les enfants de moins de 5 ans et femmes enceintes) ?	Oui (1) Non (2)	<input type="checkbox"/>
II.5	Si oui avez – vous déjà bénéficié de cette gratuité des soins du paludisme au niveau du centre de santé de votre quartier ou commune ?	Pour une femme(1) Pour un enfant (2) Jamais (3)	<input type="checkbox"/>
II.6	Avez- vous entendu parler de la gratuité de la césarienne ?	Oui (1) Non (2)	<input type="checkbox"/>
	Avez-vous eu un cas de césarienne dans votre ménage pendant les 5 dernières années?	Oui (1) Non (2)	<input type="checkbox"/>
II.7	Si oui avez – vous bénéficié de la gratuité des soins de la césarienne au niveau de votre CSRéf ou à l'hôpital ?	Oui (1) Non (2)	<input type="checkbox"/>
II.8	Si non quels sont les arguments avancés qui ont empêché cette prise en charge gratuite au niveau du CSRéf ou à l'hôpital ?		
II.9	Avez- vous entendu parler de la gratuité des soins : Tuberculose, onchocercose, lèpres ?	Tuberculose (1) Onchocercose (2) Lèpres (3) Aucun (4)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
II.10	Votre ménage a-t-il été en besoin des soins liés à: Tuberculose, onchocercose, lèpres ?	Tuberculose (1) Onchocercose (2) Lèpres (3) Aucun (4)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
II.11	Votre ménage a-t-il bénéficié de la gratuité des soins de la maladie ci-dessus cochée ?	Oui (1) Non (2)	<input type="checkbox"/>
II12	Si non donnez les motifs		
II.13	Avez- vous entendu parler de la gratuité des soins des fistules chez les femmes ?	Oui (1) Non (2)	<input type="checkbox"/>

II.14	Connaissez-vous une femme souffrant de cette pathologie au niveau de votre village ou quartier?	Oui (1) Non (2)	<input type="checkbox"/>
	Si oui cette femme a-t-elle bénéficié de la gratuité des soins de la fistule au niveau de votre CSRéf ou à l'hôpital ?	Oui (1) Non (2)	<input type="checkbox"/>
II.15	Si non quels sont les arguments avancés qui ont empêché la prise en charge gratuite de la fistule chez cette femme ?		
III.16	Pensez- vous que les tarifs pratiqués au niveau de votre CSCOM, sont à la portée de la population?	Oui (1) Non (2)	<input type="checkbox"/>

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL /Agent de santé

Région de Cercle de District sanitaire de :.....

Aire de santé de :

ANALYSE PERIODIQUE SUR LA MOBILISATION, LA GESTION ET L'IMPACT DES FONDS ALLOUES AUX POLITIQUES DE GRATUITE DES SOINS DE SANTE DANS LE CERCLE DE KATI

SECTION I : CARACTERISTIQUES SOCIO – DEMOGRAPHIQUES

N°	QUESTIONS	MODALITES DE REPONSE	CODIFICATION
I.1	Quel âge avez- vous ?		_ _
I.2	Sexe de l'enquêté (e)	Masculin (1) Féminin (2)	_
I.3	Profession	Médecin (1) Infirmier (2) Sage femme (3) matrone (4)	_

SECTION II : CONNAISSANCE ET MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DES SOINS

N° d'ordre	QUESTIONS	MODALITES DE REPONSE	CODIFICATION
II.1	depuis combien de temps, êtes-vous dans ce centre?	Moins d'un an (1) 1 an (2) 2 ans et plus (3)	_
II.2	Que pensez-vous de la fréquentation de votre centre de santé ?	insuffisante (1) moyenne (2) bonne (3)	_
II.3	Votre centre arrive t-il à offrir le paquet minimum d'activités (PMA)	Oui (1) Non (2)	
II.4	Si non, donnez les raisons		
II.5	Avez- vous entendu parler de la gratuité des soins.	Paludisme ⁸ (1) Césarienne (2) Tuberculose (3)	_ _ _ _ _ _ _

⁸ Paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de 0 à 5 ans

		Onchocercose (4) Lèpres (5) Fistule (6) Tous (7)	
II6	Est-ce votre centre observe la gratuité de soins de ces maladies	Oui (1) Non (2)	_
II7	Si non donnez les raisons qui empêchent la mise en œuvre de cette gratuité		
II.8	Quels sont vos rapports avec les collectivités territoriales ?		
II9	Est-ce que vos plans opérationnels prennent en compte la gratuité des soins ?		
II10	Quelles propositions faites-vous pour améliorer la mise en œuvre de la gratuité des soins au niveau de votre centre		

4. OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES GENERALES

Tableau 11: Données générales sur la population par commune

Enfants de moins de 5 ans	Enfants de 1 à 18 ans	Nombre de femmes	Nombre de femmes en âge de procréer	Nombre d'hommes	Nombre de personnes âgées

Lieu de collecte de données : Mairie et Conseil de Cercle

Tableau 12: Nombre total de centre de santé par commune

CSCOM	Autres	Nombre de centre de santé Electrifiés	Nombre de centres de santé ayant un point d'eau potable

Lieu de collecte de données : District sanitaire

Tableau 13: Equipements des centres de santé de la commune

Médicaments/ Matériels/Equipements	2011	2012	2013
Pharmacie (lister les médicaments de base disponible en permanence)			
Matériel de radiographie			
Matériel d'échographie			
Ambulance			
Véhicule autre			
Autres			

Lieu de collecte de données : District sanitaire

Tableau 14 : Personnel sanitaire dans la commune

Médecins	Infirmiers	Sage femmes	Matrones	Laborantins	Autres	Besoin exprimé en personnel

Lieu de collecte de données : District sanitaire

Tableau 15: répartition du personnel selon les sources de financement/commune

Sources de financement à préciser	Médecins	Sage femmes	Matrones	Autres
Etat				
Collectivité territoriale				
partenaire				
Autres				

Lieu de collecte de données : District sanitaire

Tableau 16: Investissement (voir compte administratif) de l'année passée

Réalizations						Réalizations sur les fonds propres de la commune					
Education		Santé		Eau		Education		Santé		Eau	
Montant	% du budget	Montant	% budget	Montant	% budget	Montant	% budget	Montant	% budget	Montant	% budget

Lieu de collecte de données : Mairie

Tableau 17: Budget de fonctionnement de l'année en cours et en venir

Recettes du budget communal de fonctionnement par ordre d'importance		Dépenses du budget communal de fonctionnement par ordre d'importance		Recettes du budget communal de fonctionnement par ordre d'importance		Dépenses du budget communal de fonctionnement par ordre d'importance	
Budget en cours		Budget en cours		Budget à venir		Budget à venir	
Chapitre	Montant	Chapitre	Montant	Chapitre	Montant	Chapitre	Montant

Lieu de collecte de données : Mairie

Tableau 18 : Eléments des budgets communaux

Présenter toutes les rubriques dans le budget de fonctionnement qui concernent :			Présenter toutes les rubriques dans le budget d'investissement qui concernent :		
Santé	Education	Hydraulique	Santé	Education	Hydraulique

Lieu de collecte de données : Mairie

Tableau 19: Eléments du Budget du Centre de Santé de Référence

Situation budgétaire de l'année passée				Réalizations budgétaires (compte administratif) de l'année passée						
Mobilisation des ressources										
Contribution de l'Etat dans le budget	Taxes	PTF	Conseil de cercle	personnel	Infra-structures	Equipe-ment	Santé	Formation	politiques de gratuité	

Lieu de collecte de données : District sanitaire

Tableau 20: Tableau : Situation budgétaire de l'année écoulée de la commune de ...

Mobilisation des ressources		
Contribution de l'Etat dans le budget	Contribution des partenaires	Contribution de la commune

Lieu de collecte de données : Mairie

Tableau 21: mortalité maternelle, néo-natale et infantile dans le district sanitaire de

Désignation	2010	2011	2012
Taux de Mortalité Maternelle au niveau du CSCOM de la commune			
Ratios de femmes qui font la totalité des consultations pré natales			
Nombre de femmes enceintes décédées en pendant la grossesse			
Nombre de femmes enceintes décédées lors de l'accouchement			
Nombre de femmes enceintes après l'accouchement			
Taux de mortalité néonatale			
Nombre d'enfants nés entre le 1er janvier et le 31 décembre au niveau du district			
Nombre d'enfants âgés de 0 à 1mois mort entre le 1er janvier et le 31decembre au niveau du district			

Lieu de collecte de données : District sanitaire