

## Deux expériences de recouvrement des coûts dans les services de santé

par Mamadou MARIKO

Par système de recouvrement des coûts, il faut entendre la prise en charge de tout ou partie des dépenses de santé par les bénéficiaires (en général les malades). On se propose de montrer ici dans quel contexte ce système a été mis en place au Mali, pays qui, dès son accession à l'indépendance, s'est assigné diverses missions dans tous les secteurs de la vie économique et sociale, et en particulier, dans le domaine de la santé, celle d'assurer aux malades, où qu'ils se trouvent et au moment opportun, la gratuité des soins. Si cette politique a porté ses fruits pendant les dix premières années de l'indépendance, notamment grâce à l'aide extérieure (médicaments, assistance technique...), elle a subi un échec cuisant depuis plus de vingt ans pour plusieurs raisons :

— la faible participation financière de l'Etat : la part relative des ressources budgétaires affectées à la santé diminue d'année en année (Brunet-Jailly, 1989 : 186) ;

— l'irrégularité et l'insuffisance des crédits de médicaments : l'Etat s'était engagé à accorder chaque année un crédit de médicaments aux différentes formations sanitaires afin d'assurer les premiers soins aux malades. Malheureusement, ces crédits sont toujours restés d'un montant très faible et ne couvrent même pas le cinquième des besoins. Mais, pire encore, ces crédits sont accordés de façon irrégulière, et certaines formations sanitaires peuvent attendre plus de deux ans sans être dotées en médicaments de premiers soins.

— le dysfonctionnement du système national d'approvisionnement en médicaments : l'Etat a été jusque-là incapable d'asseoir une politique viable d'approvisionnement et de distribution des médicaments à la population. Les organismes d'Etat créés à l'indépendance (la « Pharmacie Populaire du Mali », ou PPM, pour approvisionner le public et « la Pharmacie d'approvisionnement » pour le ravitaillement des formations sanitaires) ont accumulé des pertes jusqu'à ce qu'on tente en 1981 une grande restructuration par la création de l'Office Malien de Pharmacie, organisme qui a dû être liquidé dès 1985. Cette même année, l'Usine Malienne des Produits Pharmaceutiques (UMPP) a commencé à produire une vingtaine de produits dont les coûts de production restent élevés. L'année 1986 a vu la signature d'un accord de co-gestion entre la Chine et le Mali dans le but d'assainir la gestion de la PPM. Bien sûr, la PPM, dès ce moment-là, a fait des bénéfices, mais sur le dos des malades : détenant le monopole d'importation jusqu'en 1990, la PPM s'approvisionnait sur le marché européen en spécialités, achetées au plus cher (86 % de ses achats se faisaient de gré à gré), dont les coûts de revient étaient encore multipliés par 1,95 pour fixer le prix de vente au public (marge généreuse fixée par les pouvoirs publics).

— l'inégale répartition du personnel qualifié : on constate une forte concentration du personnel qualifié (médecins, infirmiers, sage-femmes) dans la capitale et les chefs-lieux de régions, alors que l'on prétend mener une politique des soins de santé primaires. N'est-il pas, en outre, utopique de penser que l'on peut mener à bien une telle politique avec des agents formés en quelques semaines, et laissés ensuite trop souvent à eux-mêmes, sans supervision sérieuse ?

Ainsi, tous les facteurs cités ci-dessus ont concouru à la faible fréquentation des centres de santé, et, de surcroît, à la faible couverture sanitaire (environ 15 % de la population a potentiellement accès aux services de santé publics).

Dans ce contexte se sont développés, çà et là, des systèmes de recouvrement des coûts, dont le but essentiel est de financer une partie des coûts récurrents (1) par la vente des prestations aux populations. Il est à noter qu'aucun cadre juridique n'a été défini avant l'installation de ces systèmes. Il est clair aussi que ces systèmes ne peuvent réussir que si la population est entièrement impliquée dans la prise de décision, et si elle est en mesure de comprendre les mécanismes de leur fonctionnement. C'est dans ce but qu'ont été mis en place des comités ou conseils de gestion, qui sont malheureusement non fonctionnels pour la simple raison que leurs membres — les chefs des services

---

(1) Cette expression appartient au jargon des organisations internationales, et désigne simplement les dépenses qui reviendront un jour à la charge des nationaux (après avoir été financées par l'aide extérieure), donc les dépenses de fonctionnement ou dépenses courantes.

administratifs et les représentants du parti unique de la localité (2) — sont nommés par un arrêté ministériel et non pas élus par la population.

## 1. Le système de recouvrement des coûts dans le cercle (district) de Bandiagara

La Région de Mopti (cinquième région) a une population de 1,26 million, avec une densité moyenne de 16 habitants au km<sup>2</sup>. Elle compte 8 cercles et 55 arrondissements. L'organisation sanitaire étant calquée sur le découpage administratif territorial, la région possède 8 centres de santé de cercle et 55 centres de santé d'arrondissement, auxquels il faut ajouter 44 dispensaires de villages.

En mars 1988, à partir des programmes élaborés par les 8 cercles de la Région avec l'appui de la Direction Régionale de la Santé, a été conçu un programme quinquennal sanitaire régional (1988-1992) dont l'objectif principal consistait à faire fonctionner les formations sanitaires existantes, qui étaient jusqu'alors totalement paralysées. Ce programme, qui donne un rôle à plusieurs intervenants extérieurs (*UNICEF* pour le cercle de Djenné, *GTZ* pour le cercle de Bandiagara, *Médecins du Monde* pour les cercles de Bankass et Koro, *Save the Children Fund-UK* pour le cercle de Douentza), a retenu trois nouvelles sources de financement :

- la vente des médicaments essentiels de façon à assurer le renouvellement d'un stock par la constitution d'un fonds de trésorerie couvrant le réapprovisionnement et les frais de gestion ;
- le paiement des prestations de façon à couvrir les frais courants des formations ;
- l'utilisation éventuelle d'une partie de la taxe de développement local et régional.

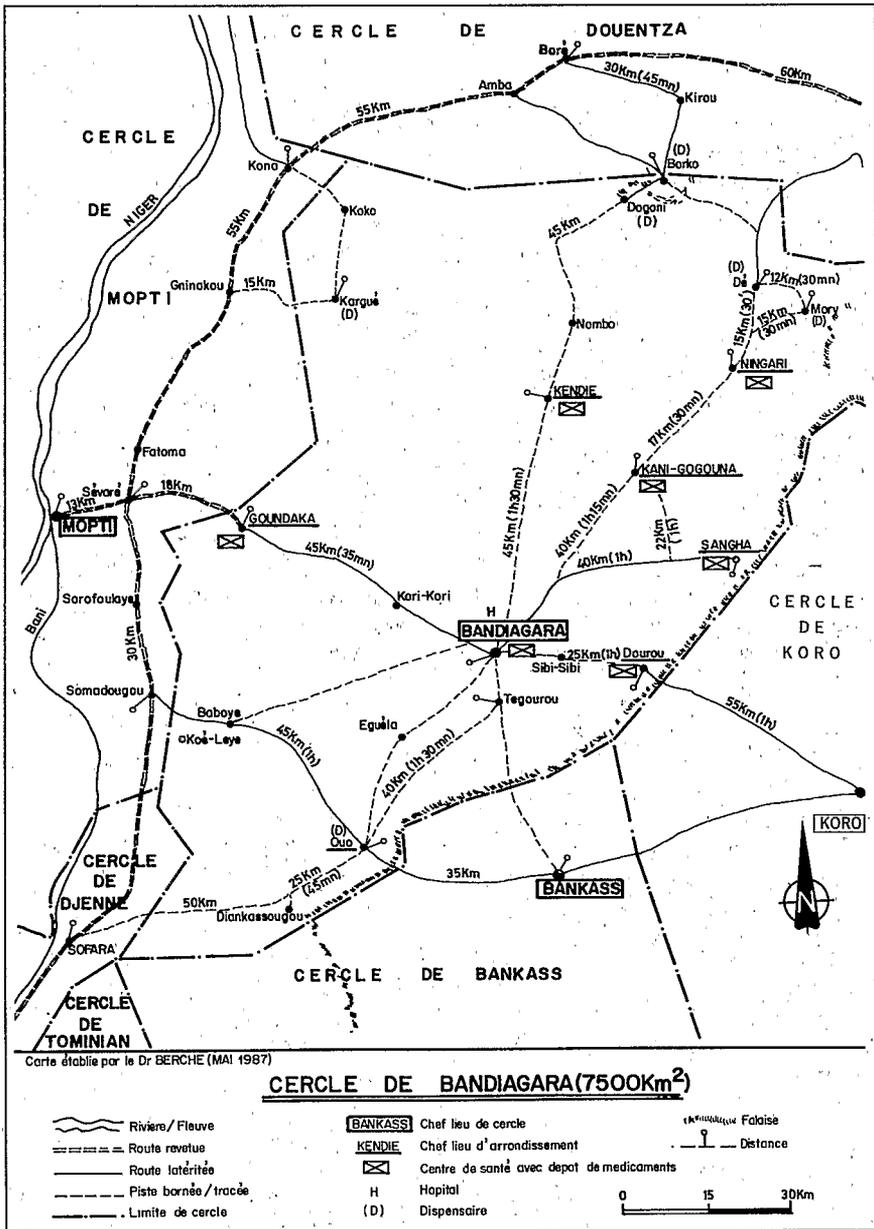
Par ailleurs, l'Etat s'est engagé à maintenir le personnel existant pendant toute la phase d'exécution du programme.

Ce système de financement a été mis en place dans 6 des 8 cercles de la région, mais nous n'aborderons ici que le cas du cercle de Bandiagara où il a effectivement démarré en mars 1989.

### 1. 1 Description du système

Le cercle de Bandiagara compte près de 200 000 habitants (pour 7 500 km<sup>2</sup>) dont 28,4 % vivent dans un rayon de 5 km des services de santé publics. En 1987, le quart seulement de cette population utilisait

(2) Parti unique dissous après le renversement de l'ancien régime, le 26 mars 1991.



les services de santé. Le cercle dispose de 7 centres de santé d'arrondissement et d'un centre de santé localisé au chef-lieu de cercle qui sert d'hôpital pour toute la circonscription. Ce dernier centre de santé

est dirigé par un médecin-chef, tandis que chaque centre de santé d'arrondissement est confié à un infirmier.

Le système est actuellement fonctionnel dans tous les arrondissements, sauf Ouô où les infrastructures adéquates n'existent pas. On trouve partout deux circuits financiers, celui de la vente des médicaments et celui des prestations ; une description de chacun d'eux s'avère donc nécessaire.

### *La vente des prestations*

Le malade qui se présente au centre de santé prend un ticket, qui est vendu à un tarif forfaitaire, fixé en principe par le conseil de développement (3) du cercle, et uniforme dans tout le cercle. Au centre de santé d'arrondissement, c'est l'infirmier qui encaisse l'argent issu de la vente des tickets, alors qu'au centre de santé de cercle c'est le secrétaire-comptable qui en est chargé.

Chaque ticket comporte deux parties, dont l'une reste au centre de santé et l'autre est délivrée au malade. Il faut noter aussi qu'il existe deux catégories de tickets : le ticket « A » correspond aux actes offerts par un infirmier ou une sage-femme, et le ticket « B » aux actes des médecins. Les tarifs des différents types de tickets figurent dans le tableau 10 en annexe. Seuls les personnels de santé ont droit à la gratuité des prestations (mais pas des médicaments).

Chaque mois, l'infirmier chef de poste du centre de santé d'arrondissement (C.S.A) verse au secrétaire-comptable 50 % des recettes et garde le reste (50 % également) pour faire face aux frais de fonctionnement du centre (produits d'entretien, fourniture de bureau, carburants et lubrifiants, réparations de mobylettes). Les 50 % versés au secrétaire-comptable servent aux « achats globaux », c'est-à-dire les achats impossibles à faire dans l'arrondissement (carnets de tickets, ordonnanciers, cahier de bons de commande, qui sont disponibles seulement au chef-lieu de Région).

Signalons enfin que, lors du démarrage du système, chaque centre ne conservait que le quart de ses recettes de tickets pour assurer son fonctionnement courant : il fallait initier les infirmiers à la gestion de petites sommes, et avoir une idée des dépenses.

---

(3) Ce conseil devait être composé d'élus, à la différence du comité de développement, qui ne réunit que des fonctionnaires ; mais, malgré (ou à cause de) la confusion entre le parti et l'Etat jusqu'au 26 mars 1991, les conseils de développement n'ont jamais été constitués.

### *La vente des médicaments*

Le malade qui a pris le ticket se présente chez l'infirmier ou le médecin, qui l'examine et lui prescrit une ordonnance rédigée sur un ordonnancier standardisé pour toute la région. Chaque ordonnance est établie en deux exemplaires : l'un est conservé chez le prescripteur et l'autre est délivré au malade. Ce dernier part au dépôt de vente des médicaments, tenu par un gérant proposé par le comité local de développement et engagé par le conseil de gestion du cercle sur les fonds issus de la vente des médicaments. Le gérant évalue le coût de l'ordonnance, et sert les médicaments prescrits correspondant au traitement complet (il n'y a pas de vente partielle des médicaments figurant sur l'ordonnance). Seuls les médecins sont habilités à se prononcer sur la gratuité des médicaments au bénéfice de certains malades.

Chaque mois, chacun des gérants d'arrondissement reverse la recette issue de la vente des médicaments au secrétaire-comptable du centre de santé de cercle (C.S.C). Le gérant du C.S.C procède, quant à lui, à un reversement hebdomadaire auprès du même secrétaire-comptable. Ces recettes servent à couvrir toutes les dépenses récurrentes liées aux médicaments et aux consommables et à leur distribution : salaires des gérants, reconstitution du stock, transport...

Parallèlement, le gérant d'arrondissement établit un bon de commande, le fait viser par l'infirmier du centre. A l'arrivée au centre de santé de cercle, il le fait viser également par le médecin-chef avant de se faire servir par le gérant de la réserve centrale (qui est en même temps gérant du dépôt de vente du C.S.C.).

Les deux circuits (vente de médicaments et vente de prestations) sont décrits dans le schéma 1 (en annexe).

## **1. 2 Résultats du système de financement**

On examinera d'abord les dépenses de fonctionnement courant : taux de couverture par les recettes de la tarification, structure, sources de financement de ces dépenses ; on décrira ensuite le recouvrement des coûts des médicaments ; on verra enfin quel a pu être l'impact de la tarification des prestations associée au recouvrement des coûts des médicaments sur la fréquentation des services de santé.

### *1-2-1 Les prestations*

Le première question que l'on se pose est de savoir si l'on parvient à couvrir les dépenses de fonctionnement grâce aux recettes de la tarification. Rappelons que les dépenses de fonctionnement courant comprennent :

- les dépenses effectuées sur la moitié des recettes qui reste à la disposition de chaque centre de santé ;
- les dépenses collectives supportées par la moitié des recettes mensuelles versée au secrétaire-comptable.

L'étude dont nous résumons les résultats (Berche, Mariko, 1991) a été effectuée après 19 mois de fonctionnement du système. Le tableau suivant répond à la question posée.

Tableau 1

**Taux de couverture des dépenses de fonctionnement courant par les recettes de la tarification (mars 1989-septembre 1990)**

Recettes de la tarification	2 884 000 F CFA
Dépenses de fonctionnement (4)	3 503 670 F CFA
Taux de couverture	82,3 %

Ainsi, après 19 mois de fonctionnement du système, la couverture des dépenses de fonctionnement courant des centres de santé du cercle n'était pas assurée par les seules recettes de la tarification. En effet, dans la réalité, la G.T.Z. a supporté, de mars 1989 à février 1990, les dépenses qui devaient être prises en charge par la caisse collective et a payé aussi les dépenses de fonctionnement du programme « schistosomiase ». Cela justifie qu'on s'intéresse à la répartition des dépenses par nature et par source de financement.

Tableau 2

**Répartition des dépenses de fonctionnement par nature (mars 1989 - septembre 1990, soit 19 mois)**

Nature des dépenses	Montant en F CFA	%
Produits d'entretien	443 115	11
Fourniture de bureau	1 187 330	29
Carburants-lubrifiants	854 525	21
Réparations mobylettes et véhicules	788 550	20
Personnel et <i>per diem</i> (primes et honoraires)	259 375	6
Divers	391 975	10
Consommables médicaux	135 000	3
<b>TOTAL</b>	<b>4 059 870</b>	<b>100</b>

(4) Nous n'avons pas tenu compte des dépenses engagées dans le cadre du programme de lutte contre la schistosomiase, en raison du caractère ponctuel de ce programme.

L'importance des dépenses de fourniture de bureau est due au fait que le système utilise une multitude de supports de gestion (carnets de tickets, ordonnanciers...), dont le coût est relativement élevé.

Le montant d'environ 4 millions de F CFA pour 19 mois a été financé comme l'indique le tableau 3.

Tableau 3

**Répartition des dépenses de fonctionnement par source de financement (mars 1989 — septembre 1990)**

Sources	Montant (F CFA)	%
Budget autonome	2 587 595	64
Subventions G.T.Z	1 472 275	36

Ainsi, le budget autonome a pris en charge, pour les 19 mois sur lesquels porte notre analyse, environ les deux tiers des dépenses engagées pour le fonctionnement courant des activités effectuées par les formations sanitaires du cercle.

Ajoutons que, pour introduire une réflexion sur l'utilisation des moyens dont dispose le système de santé du cercle, la même étude (Berche, Mariko, 1991 : 41-45) a donné une estimation du coût d'un malade opéré, d'un malade hospitalisé et celui d'une accouchée : il s'agit des coûts de fonctionnement hors salaires (frais de fonctionnement courant et frais des consommables médicaux).

Tableau 4

**Evaluation des coûts spécifiques (en F CFA)**

Type de malade	Cercle de Bandiagara	Hôpital de Mopti (hôpital de référence)
Malade opéré	5 070	10 000
Malade hospitalisé	555	3 300
Femme accouchée	640	1 560

Le coût élevé à l'hôpital de Mopti (hôpital de référence du cercle de Bandiagara) est dû en grande partie aux consommables médicaux

dont les tarifs à la Pharmacie Populaire du Mali sont très supérieurs à ceux du marché international sur lequel le cercle de Bandiagara effectue ses achats.

### 1-2-2 Les médicaments

En vue de rendre les médicaments essentiels financièrement et géographiquement accessibles, on a installé un dépôt de vente de médicaments essentiels dans 7 arrondissements (y compris l'arrondissement central où se trouve le centre de santé du cercle).

L'analyse (Berche, Mariko, 1991 : 68-71) du compte d'exploitation de chacun des dépôts a donné les résultats qui sont résumés dans le tableau 5.

Tableau 5  
**Résultats des comptes d'exploitation des dépôts en FCFA**

Arrondissement	Recettes	Dépenses	Résultat
Central (19 mois)	9 704 525	7 132 230	2 572 295
Ningari (9 mois)	845 935	736 435	109 500
Sangha (4 mois)	753 435	586 545	166 890
Kani (9 mois)	383 785	420 985	-37 200
Goundaka (9 mois)	599 635	573 190	26 440
Dourou (18 mois)	801 415	876 365	-74 950
Kendié (18 mois)	1 193 090	1 116 205	26 885
TOTAL	14 821 820	11 491 950	2 789 870

Les dépôts installés dans le cercle sont bénéficiaires sauf ceux de Dourou et de Kani-Gogouna. Le premier cas s'explique non seulement par le faible pouvoir économique de cet arrondissement (comparativement à Ningari où le commerce est florissant et l'artisanat assez développé), mais surtout par la présence d'un infirmier qui est désavoué par la population. Quant à Dourou, l'explication du déficit est la situation précaire de l'arrondissement, qui a souffert, pendant les deux années (1989 et 1990) correspondant à la période étudiée, d'une sécheresse aggravée par les ravages dus aux criquets migrateurs, ce qui a entraîné le déplacement temporaire de sa population vers d'autres contrées.

Pour favoriser la réflexion sur le coût des prescriptions et sur leur adéquation aux diagnostics, on a calculé un certain nombre d'indicateurs : le coût moyen d'une ordonnance et le nombre moyen de médicaments, le coût moyen de l'ordonnance en cas d'opération chirurgicale et en cas d'hospitalisation, la proportion des ordonnances prescrites qui ne sont pas effectivement servies aux malades (on parle de « taux de fuite » : le malade part sans acheter les produits prescrits, généralement parce qu'il n'a pas l'argent nécessaire).

— Coût moyen d'une ordonnance et nombre moyen de médicaments prescrits

Bien que le coût moyen d'une ordonnance soit supérieur au plafond fixé par la Direction Régionale de la Santé (500 FCFA), il est l'un des plus bas du pays (deux à trois fois moins cher que celui des ordonnances servies à la Pharmacie Populaire du Mali). Ce coût moyen est de 771 F CFA (pour le coût de chaque centre, se référer au tableau 11 en annexe). Une analyse du coût de la prescription selon la qualification du prescripteur, au centre de santé de cercle, a donné les résultats suivants, obtenus sur un échantillon de 760 ordonnances servies au dépôt de vente : coût moyen d'une ordonnance prescrite par un médecin : 835 F CFA ; par un infirmier : 840 F CFA ; par une sage-femme : 640 F CFA. Quant au nombre moyen de produits se trouvant sur une ordonnance, il tourne autour de 2.

— Coût moyen de l'ordonnance d'un malade opéré et d'un malade hospitalisé

Type de formation	Hospitalisation	Chirurgie
Hôpital National	13 000 F CFA	30 000 F CFA
Hôpital Régional	4 500 F CFA	10 000 F CFA
Centre de Santé de Bandiagara	3 105 F CFA	7 425 F CFA

Le coût relativement bas des ordonnances à Bandiagara est simplement dû à la présence des médicaments essentiels acquis sur le marché international (généralement auprès de *International Dispensary Association*, organisation non gouvernementale spécialisée dans la vente en gros des médicaments essentiels en dénomination commune internationale), alors que l'on continue à prescrire des spécialités coûteuses dans les hôpitaux nationaux et régionaux.

— Taux de fuite des ordonnances prescrites

Le tableau 12 en annexe montre que 94,3 % des ordonnances prescrites sont servies par les gérants des dépôts ; ainsi le taux de fuite n'est que de 5,7 % en 1990, ce qui permet de penser que les utilisateurs sont satisfaits ; mais on ne peut rien dire des malades qui ne se présentent

pas à la consultation parce qu'ils ne veulent pas ou ne peuvent même pas payer le ticket de consultation.

### *1-2-3 Impact du système sur la fréquentation*

Pour avoir une idée de l'effet quantitatif du système sur la fréquentation, nous avons comparé les résultats des activités de consultation externe, d'accouchement et de consultation prénatale, avant et après la mise en place de ce système de recouvrement des coûts et d'approvisionnement en médicaments. L'étude porte toujours sur les 19 mois antérieurs et sur les 19 mois postérieurs.

#### — Centre de santé de cercle

\* le nombre moyen mensuel de nouveaux cas (cf. fig. 1) est passé de 602 à 642, soit une augmentation de 6,6 % ;

\* le nombre moyen mensuel d'accouchements (cf. fig. 2) a diminué de 8,6 % (37 accouchements avant, 34 après la mise en place du système) ;

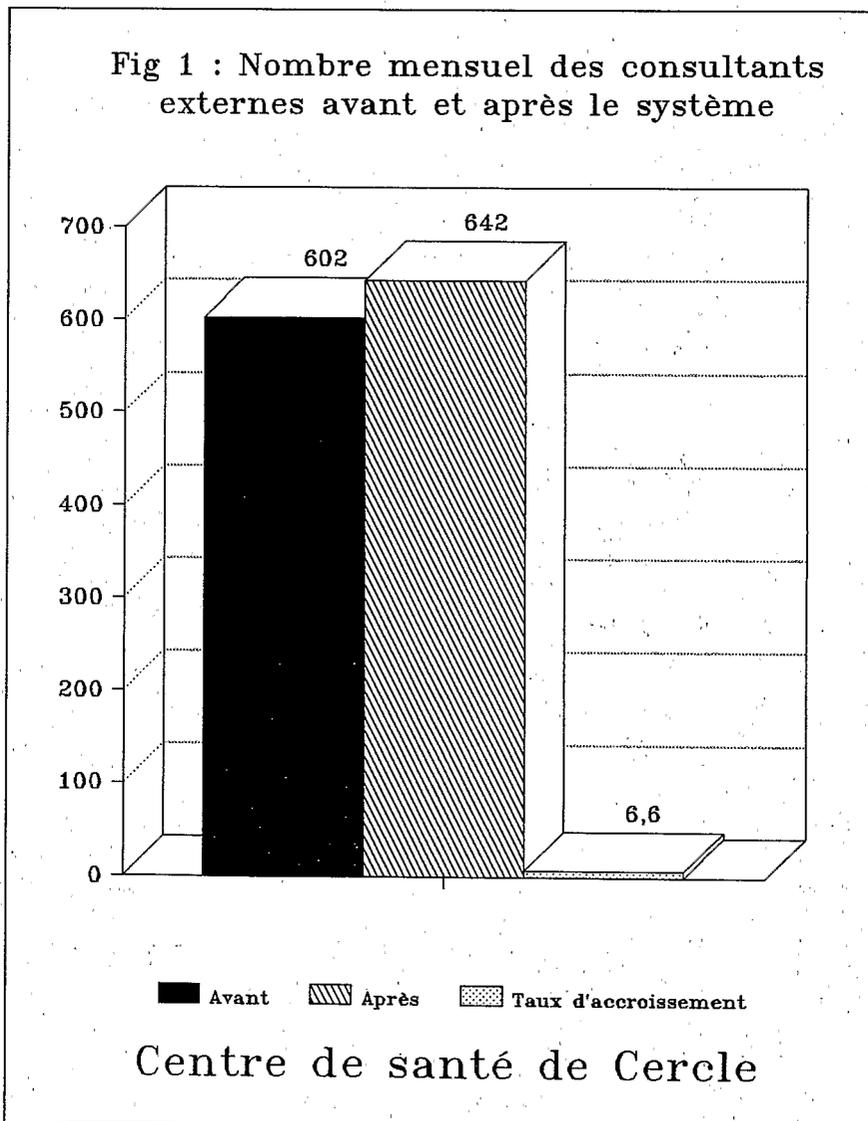
\* le nombre moyen mensuel de consultant en prénatales (cf. fig. 2) a augmenté de 13,6 % (32 avant, 36 après la mise en œuvre du système).

#### — Centres de santé d'arrondissement

\* D'une façon générale, le nombre de consultants (cf. fig. 3) a augmenté dans tous les arrondissements avec l'instauration du système (sauf à Sangha où les malades bénéficiaient depuis plusieurs années de médicaments donnés par la ville de Cheny (France), jumelée avec Sangha, contre paiement de 200 F CFA seulement) ;

\* En ce qui concerne les accouchements, d'après les seules données disponibles dans trois arrondissements (du fait de la mauvaise tenue des registres dans les autres localités), nous avons constaté (cf. fig. 4) une augmentation de 25 % à Kendié, une diminution de 28,6 % à Dourou et une augmentation de 27,3 % à Sangha (comparaison faite avec la période directement antérieure).

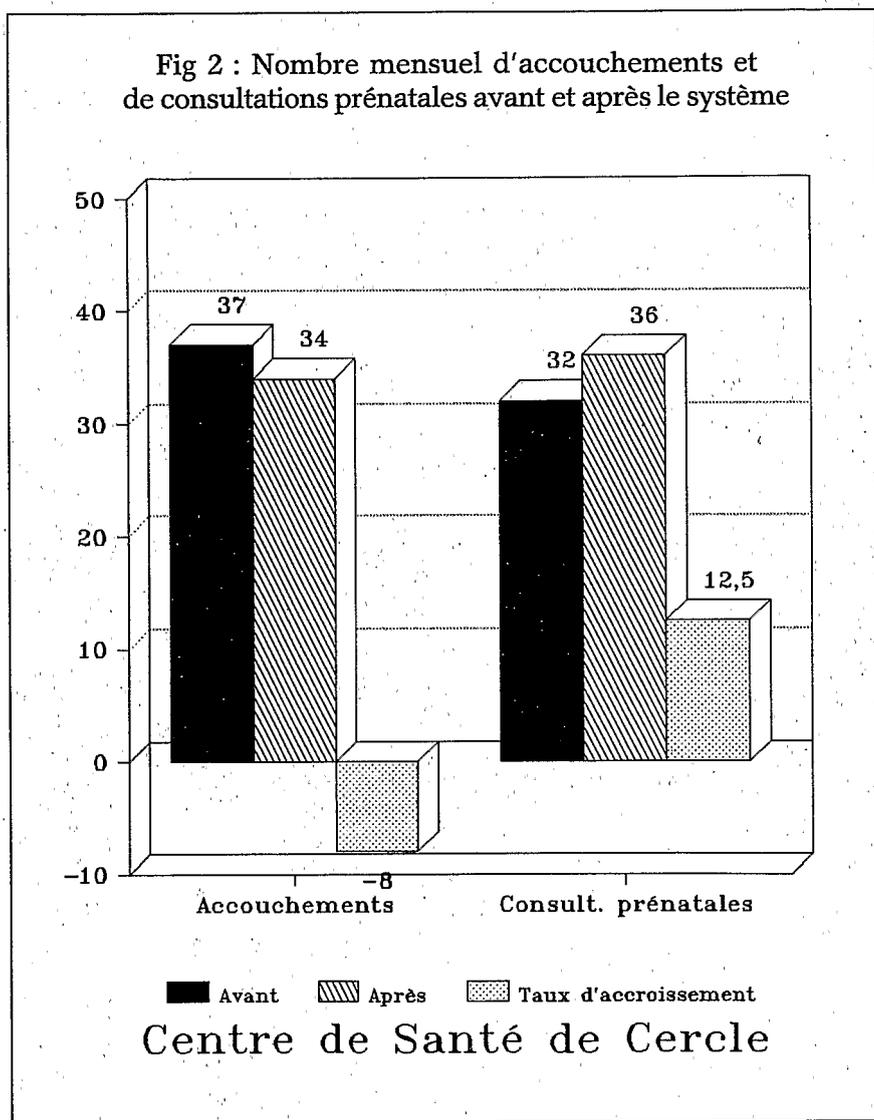
Par ailleurs, le système n'a pas eu d'effets favorables sur la qualité des soins (Berche, Mariko, 1991 : 108) : la présence d'un équipement adéquat et la disponibilité des médicaments sont des facteurs nécessaires, mais non suffisants, pour l'amélioration de la qualité des soins. Cette dernière dépend beaucoup de la capacité professionnelle et du comportement des agents, qui ont besoin d'une supervision très ferme, autant ou plus que de formation continue, pour atteindre les objectifs officiellement assignés aux soins de santé primaires.



## 2. Le projet de développement sanitaire de la deuxième région du Mali (PDS Koulikoro)

Au cours de l'année 1988, la deuxième région (Région de Koulikoro) a engagé un programme de développement sanitaire dénommé « PDS Koulikoro ». Ce programme était d'une très grande ambition,

Fig 2 : Nombre mensuel d'accouchements et de consultations prénatales avant et après le système

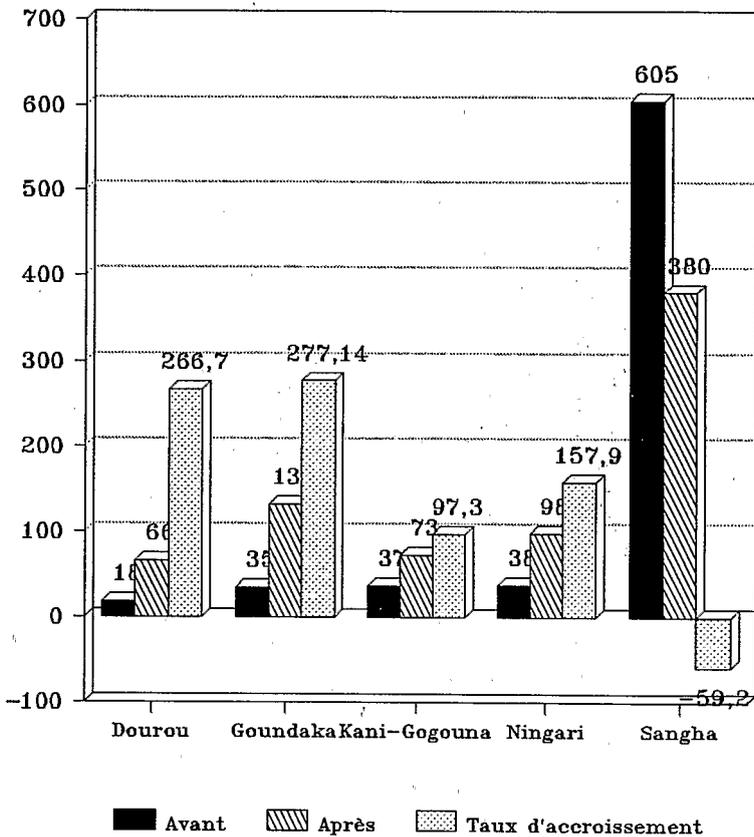


parce qu'il voulait atteindre les niveaux les plus périphériques de la pyramide sanitaire de la Région, alors que l'effort entrepris dans la 5<sup>e</sup> Région n'allait pas au-delà de l'arrondissement.

Deux objectifs principaux caractérisaient ce programme :

— doter les formations sanitaires des moyens nécessaires au bon fonctionnement de leurs activités ;

Fig 3: Nombre mensuel des consultants externes avant et après le système

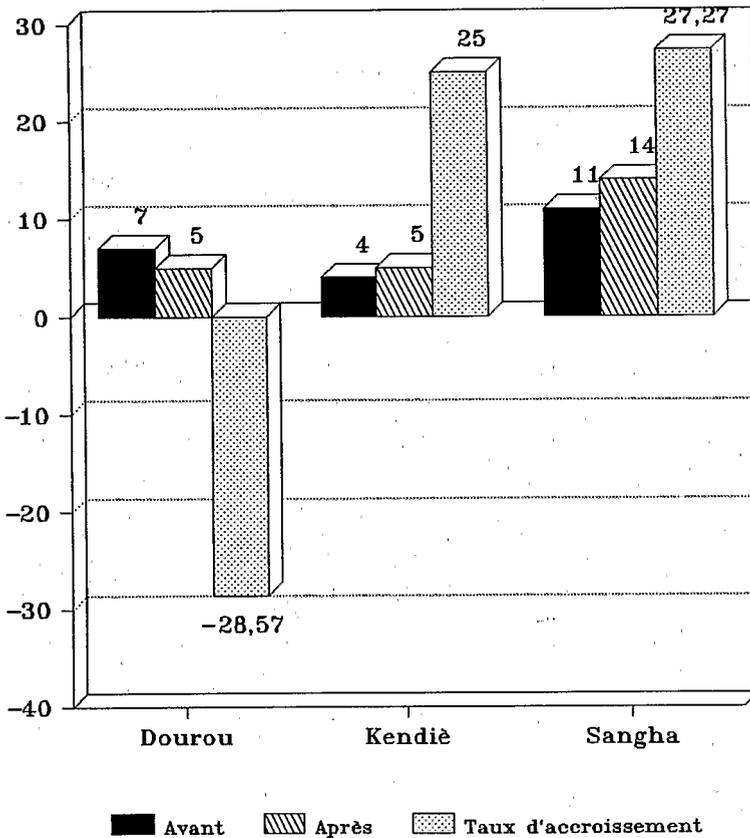


### Centres de Santé périphériques

— assurer l'approvisionnement des formations sanitaires en médicaments de premiers soins, et la vente au public de médicaments à un prix abordable.

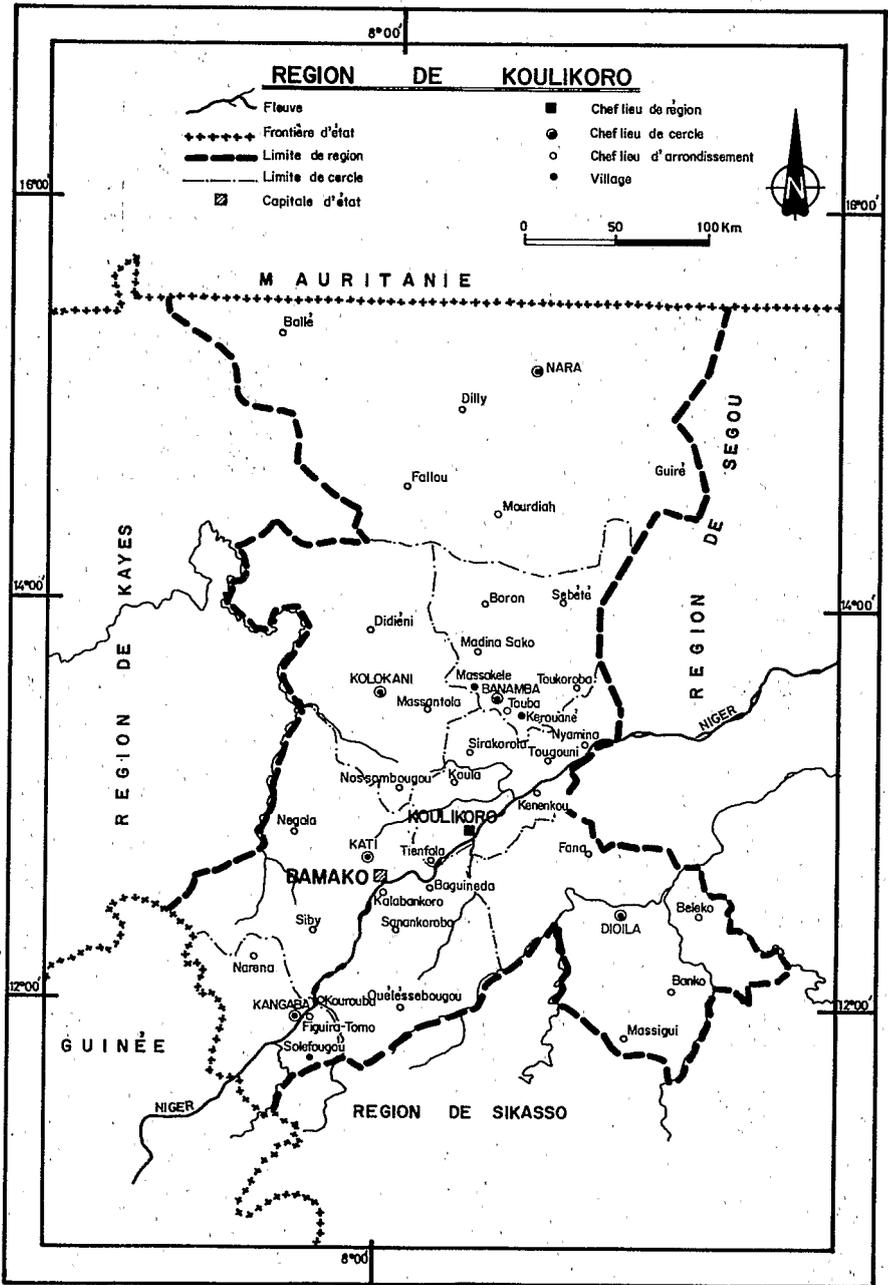
Pour atteindre le premier objectif, on a instauré à tous les niveaux de la pyramide sanitaire de la région (centres de santé de cercle, centres de santé d'arrondissement, secteurs de développement regroupant

Fig 4: Nombre mensuel des accouchements avant et après le système



### Centres de Santé périphériques

5 à 8 villages) un système de vente des prestations (ou tarification). Les tarifs fixés en accord avec les conseils de gestion sont uniformes dans les secteurs de développement, mais variables si l'on passe d'un centre de santé de cercle à un autre ou d'un centre de santé d'arrondissement à l'autre. Les recettes de la tarification doivent servir à financer le fonctionnement courant des centres (frais de fourniture, d'entretien, de réparation de mobylettes...), les frais de supervision, le renouvellement



des médicaments de premiers soins (5), et à payer les matrones, aides-soignants, trésoriers et manœuvres (mais pas les autres agents de la santé, qui sont fonctionnaires).

Quant au deuxième objectif, trois stratégies ont été adoptées :

— la recherche d'un apport initial en médicaments : il a été obtenu grâce à des dons de différents bailleurs de fonds, tels que le Fonds d'Aide et de Coopération, le Service Néerlandais des Volontaires, l'UNICEF, le Centre d'Echanges et de Coopération Internationale... Ces apports se chiffraient à 20,6 millions de F CFA entre février 1988 et avril 1989 (les quantités livrées par les bailleurs de fonds ont été évaluées aux prix de revient des magasins santé des 6<sup>e</sup> et 7<sup>e</sup> Régions — respectivement Tombouctou et Gao — qui s'approvisionnent auprès de IDA).

— la fourniture régulière aux formations sanitaires des médicaments de premiers soins : on a décidé d'approvisionner ainsi les centres de santé (du cercle jusqu'au secteur de développement) à partir des dons reçus des bailleurs de fonds, et d'assurer le renouvellement des médicaments grâce à un prélèvement de 100 F CFA par ticket vendu. Une étude récente (Mariko, 1990 : 88) a montré que ce montant était insuffisant, et qu'il faudrait prélever 115 F CFA par ticket vendu pour renouveler les quantités de médicaments de premiers soins consommées.

— la création des dépôts de vente de médicaments dans les secteurs de développement : ces dépôts gérés par des commerçants privés ont été dotés chacun d'une certaine quantité de médicaments essentiels pour une valeur de 200 000 F CFA. Les dépositaires se sont engagés, en conséquence, à verser à la Direction Régionale de la Santé de la deuxième Région une somme mensuelle de 5 000 F CFA, destinée (avec la provision faite sur les tickets vendus) à l'achat de médicaments de premiers soins des formations sanitaires. Il était prévu qu'à l'épuisement de ce stock initial, les dépôts s'approvisionnent en spécialités auprès de la succursale de la Pharmacie Populaire la plus proche dont on attendait qu'elle consente une remise de 10 %.

Cela étant, nous tenterons de répondre à quelques questions importantes : les recettes de la tarification couvrent-elles les dépenses de fonctionnement engagées par le système ? Les différents cercles ont-ils les mêmes habitudes de dépenses ? Quel est le coût des médicaments de

---

(5) Pour rendre la tarification des prestations plus acceptable dans cette région, on a imaginé que le ticket de consultation donnerait droit aux « médicaments de premiers soins », en principe le traitement du premier jour, en pratique un injectable ou trois comprimés ; seule la suite du traitement faisait l'objet d'une prescription payante. Ce système s'est avéré beaucoup trop compliqué.

premiers soins par ticket vendu ? Les dépôts privés installés dans les secteurs de développement sont-ils viables ? S'acquittent-ils des redevances mensuelles qu'ils doivent verser à la Direction Régionale ? Quel a été l'impact du système sur la fréquentation des centres de santé ?

### 2.1 Couverture des dépenses par les recettes

Signalons d'abord que les recettes proviennent en général des actes de consultations externes, et que les centres de santé de cercle en sont les principaux générateurs, sauf dans le cercle de Kangaba (le plus petit cercle de la région) où les recettes des secteurs dépassent celles du centre de santé de cercle (centre de référence)

Tableau 6  
Couverture des dépenses par les recettes estimées (en F CFA).

Cercle	Période	Recettes (1)	Dépenses (2)	Taux de couverture [(1)/(2)] × 100
Dioila	10/88 - 6/90	23 340 550	19 525 615	119,5
Kangaba	11/88 - 6/90	6 379 315	4 888 940	130,5
Nara	8/88 - 5/90	9 212 950	7 667 750	120,1
Banamba	9/88 - 6/90	12 367 900	11 463 130	107,9
Kati	7/88 - 6/90	25 254 350	23 342 985	108,2

Le tableau 6 montre que les recettes générées ont pu largement couvrir les dépenses engagées par les formations sanitaires : aucune subvention n'a été nécessaire pour faire fonctionner les centres de santé, quel que soit leur niveau dans la pyramide. Les investigations ont concerné 5 des 7 cercles de la région, ceux pour lesquels les données étaient assez fiables.

### 2.2 Dépenses de fonctionnement

Dans le plan adopté par la deuxième région, il a été posé en principe que les matrones et les aides-soignants percevaient 12 000 F CFA pendant les 3 premiers mois de la mise en route du système, après quoi les règles suivantes seraient appliquées :

- 11 500 F CFA par mois pour les agents des secteurs dans lesquels il auront été vendus entre 90 et 120 tickets dans le mois ;
- une rémunération fixée par le comité de santé pour les secteurs dans lesquels il aura été vendu plus de 120 tickets.

Quant au renouvellement des médicaments de premiers soins, un versement mensuel de 100 F CFA par ticket vendu au centre de santé de cercle et au centre de santé d'arrondissement devrait être fait à la Direction Régionale.

Malheureusement, aucune instruction n'a été donnée pour limiter raisonnablement les dépenses dites de fonctionnement courant des centres de santé, à la différence de ce qui a été fait dans la 5<sup>e</sup> région. Ceci a conduit à des pratiques incontrôlées : par exemple, le tableau 7 montre qu'à Kati la part des dépenses de fonctionnement dans les recettes est plus que le double de ce qu'elle est à Nara, ce qui paraît invraisemblable dans la mesure où les deux cercles effectuent les mêmes activités sanitaires. Cette pratique, qui dépasse l'entendement de tout responsable soucieux d'une bonne gestion des ressources rares, mérite d'être corrigée.

Tableau 7  
**Dépenses mensuelles de fonctionnement  
en pourcentage des recettes mensuelles**

Niveau de la pyramide	Kolokani	Kati	Banamba	Nara	Kangaba	Dioïla
Centre de santé de cercle	42,01	62,5	35,9	24,8	38,8	38,2
Centre de santé d'arrondissement	16,55	30,4	8,7	7,3	16,2	17,8
Secteur de développement	9,69	14,0	13,9	4,4	12,4	7,9

### 2.3 Coût des médicaments de premiers soins par ticket vendu

L'étude (Mariko, 1990 : 88) a révélé que les médicaments de premiers soins étaient distribués de façon anarchique, puisque leur coût par ticket vendu varie de façon inexplicable d'un cercle à un autre (voir tableau 8).

Tableau 8  
**Coût des médicaments consommés (en F CFA)  
 pour un ticket vendu**

Cercle	Kolokani	Kati	Banamba	Nara	Kangaba	Dioïla
Montant	320	150	120	105	175	90

#### 2.4 Viabilité des dépôts privés de médicaments et situation des versements des dépositaires

A partir des quantités mensuelles vendues dans deux dépôts du cercle de Banamba et deux autres de Kangaba, nous avons estimé les bénéfices mensuels de ces dépôts en supposant que la marge bénéficiaire représente 10 % du chiffre d'affaires (produits achetés avec une remise de 10 % sur le prix public de la Pharmacie Populaire du Mali, et revendus au prix public). Le tableau 9 présente cette estimation.

Tableau 9  
**Bénéfices mensuels des dépôts de médicaments**

Dépôts du cercle	C.A mensuel (en F CFA)	Bénéfice mensuel (en F CFA)
<b>BANAMBA</b>		
dépôt de Kérouané	45 935	4 595
dépôt de Samakélé	26 430	2 645
<b>KANGABA</b>		
dépôt de Fiquira-Tomo	39 840	3 950
dépôt de Soléfougou	89 475	8 959

Les bénéfices réalisés par les dépôts ne leur permettent pas de verser chaque mois une somme de 5 000 F CFA à la direction régionale de la Santé Publique. Ainsi, sur 33 dépositaires que comptent les cercles de Dioïla, Kangaba et Nara, 10 seulement ont pu s'acquitter de leur dette. Signalons également que ces dépositaires n'ont pas pu obtenir, des succursales de la Pharmacie Populaire du Mali, les 10 % de remise qu'on leur avait promis. Ils achetaient donc les spécialités au prix public de la PPM et les revendaient à des prix encore supérieurs, souvent non accessibles aux populations villageoises.

En conclusion, les dépôts privés installés dans la deuxième région ne sont pas viables, et il a été décidé, lors de la deuxième réunion annuelle des autorités sanitaires de la Région (en janvier 1991), de les fermer et de les remplacer par des dépôts de vente de médicaments essentiels, dépôts qui seront gérés selon des principes analogues à ceux qui ont été adoptés dans la cinquième région.

## **2.5 Impact du système sur la fréquentation**

Considérons 3 districts (les cercles de Dioïla, Kangaba et Banamba) où les données des différents registres étaient disponibles au moment de l'étude (Mariko, 1990) et comparons les activités avant et après l'installation du système :

— à Dioïla (cf. fig. 5), l'installation du système a conduit à une diminution de 54 % des consultations externes de l'infirmier, et de 6 % des consultations prénatales, tandis que les accouchements sont restés stationnaires ;

— à Kangaba (cf. fig. 6), on assisté à une diminution des consultations du médecin et de l'infirmier (respectivement 42,6 % et 65,3 %), et une augmentation des consultations prénatales et des accouchements (respectivement 128 % et 175 %) ;

— enfin à Banamba (cf. fig. 7), la tarification a entraîné une diminution de 7,5 % des consultations externes du médecin, et de 63,43 % des consultations externes de l'infirmier, alors que les accouchements sont restés stables.

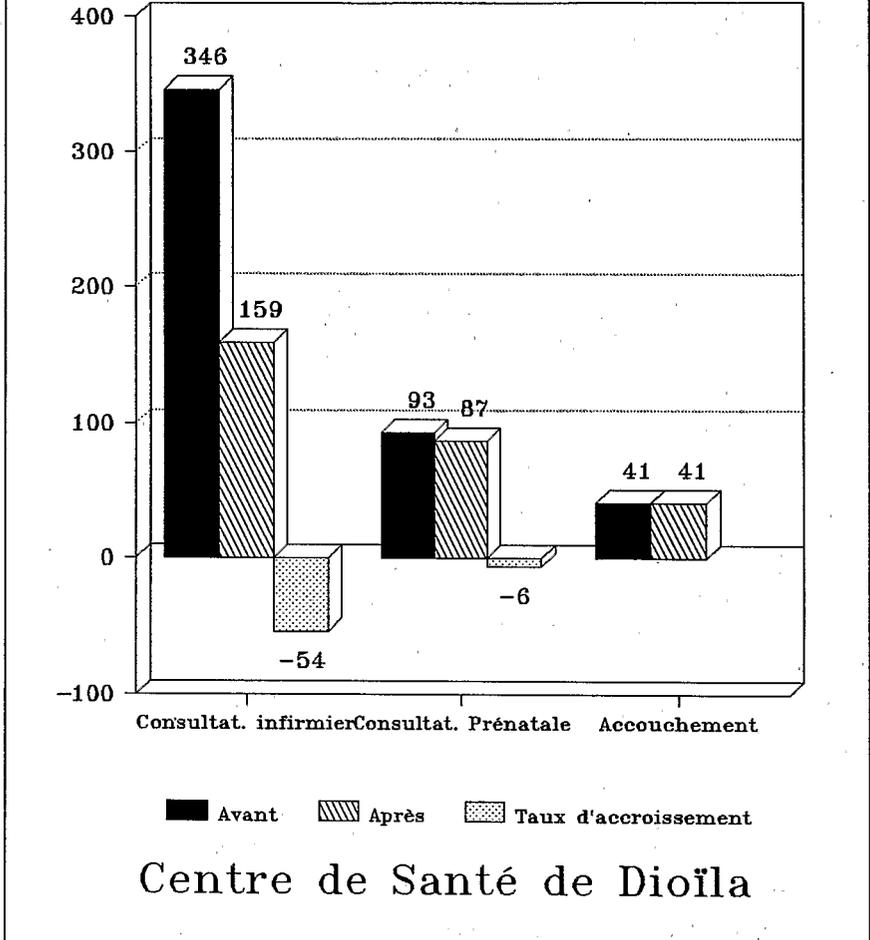
## **Conclusion**

Des deux expériences présentées dans cet article, il ressort plusieurs enseignements dont les plus saillants méritent d'être mentionnés :

1- Le système de tarification semble accepté par la population. En effet, les deux Régions ont pu collecter les fonds nécessaires au fonctionnement courant de leurs formations sanitaires par la vente des prestations à la population. Signalons que ce système de vente des prestations existait déjà depuis belle lurette, mais de façon non officielle.

2- La vente de médicaments essentiels demeure la solution la plus favorable pour la population, dont le pouvoir d'achat est très faible. La vente des spécialités sous le prétexte, avancé par certains prescripteurs, que

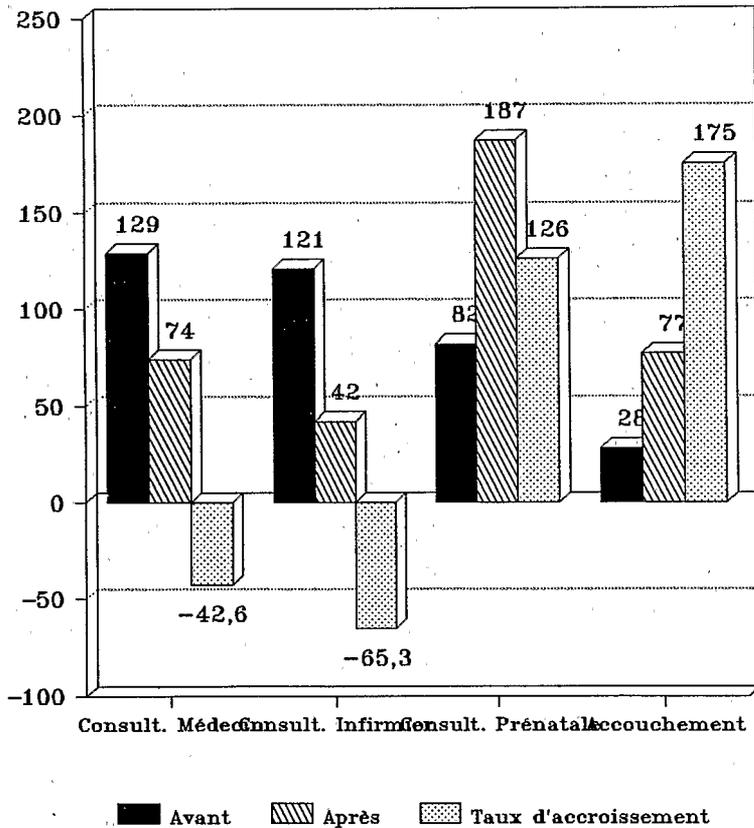
Fig 5: Evolution mensuelle des activités avant et après le système



les spécialités offrent une plus grande efficacité, est une pure aberration et un mensonge honteux. L'expérience des dépôts privés de la deuxième région et celle de la première région (6) en sont des illustrations convaincantes. Que l'on cesse de se cacher derrière des intérêts

(6) Dans le cadre du projet Kita-Bafoulabé-Kéniéba, financé par la Banque Mondiale. Celui-ci n'a fait l'objet d'aucune évaluation.

Fig 6: Evolution mensuelle des activités avant et après le système

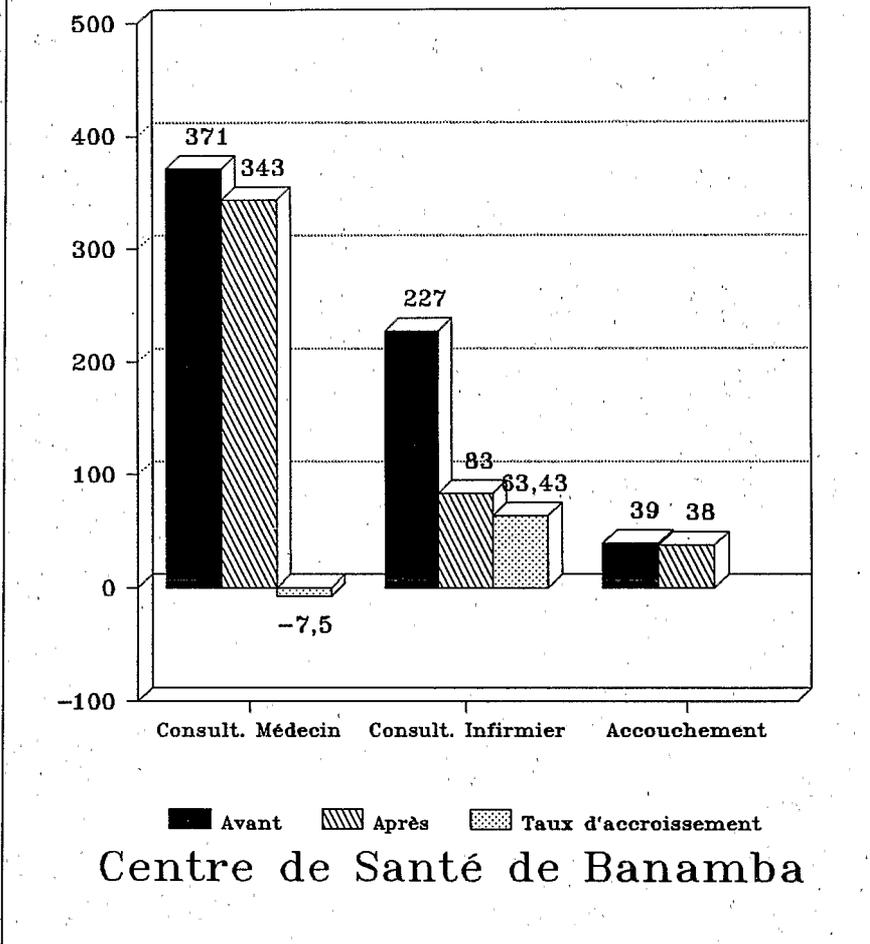


### Centre de Santé de Kangaba

particuliers et sordides pour prôner des politiques irréalistes dans un pays où le PNB reste l'un des plus bas de la planète (US\$ 250 par habitant) !

3- Il n'existe pas, jusqu'à l'heure actuelle, un système viable d'approvisionnement national en médicaments essentiels. La Pharmacie Populaire du Mali, qui a bénéficié durant plus d'un quart de siècle du

Fig 7: Evolution mensuelle des activités avant et après le système



monopole d'importation, a dévié de la mission qui lui était dévolue, à savoir la distribution des médicaments sur toute l'étendue du pays à des prix relativement bas. Actuellement, ce privilège lui étant retiré, des actions sont menées par des organismes privés à but non lucratif, pour mettre en place une centrale d'achat de médicaments essentiels.

4- Le système de recouvrement des coûts a eu des effets sur la fréquentation des centres de santé. Si, dans le cercle de Bandiagara, nous avons constaté dans l'ensemble une augmentation des consultations, la tendance est décroissante en deuxième région. Cette différence provient de plusieurs facteurs qui sont, entre autres :

— le mode de tarification : dans la deuxième région, le système de recouvrement des coûts est caractérisé par un très grand nombre de tarifs, ce qui amène le malade à penser qu'on l'exploite en lui faisant payer chaque prestation du centre de santé : dans certains centres, on ne compte pas moins de vingt tarifs. Dans la cinquième région, les tarifs sont moitié moins nombreux, et on cherche actuellement à en réduire encore le nombre en incluant par exemple les frais de laboratoire et/ou de chirurgie et/ou d'hospitalisation dans le tarif de la consultation générale (Berche, Mariko, 1991 : 57-58).

— le niveau des tarifs : le tarif de la consultation externe est, à Kolokani, cercle très pauvre de la deuxième région, plus du double du tarif en vigueur à Bandiagara ; l'opération chirurgicale coûte quatre fois plus cher à Kolokani qu'à Bandiagara ; dans les deux cas, d'ailleurs, les tarifs ont été fixés sans que l'on tienne compte du pouvoir d'achat de la population.

— la nature de la distribution des médicaments aux malades : la deuxième région a mis en place un système mal conçu, dans lequel tout malade qui achète un ticket de consultation s'attend à recevoir les médicaments (en dénomination commune internationale) permettant le traitement du premier jour ou au moins le traitement urgent, ce qui conduit à un gaspillage incontrôlable. En outre, le malade reçoit, pour la suite du traitement, une ordonnance en spécialités (le malade devra donc apprendre à se servir de ces nouveaux produits) et pour des quantités qui, du fait des conditionnements des spécialités, correspondent à un traitement complet (ces quantités sont donc supérieures à celles dont a besoin le malade, à qui le traitement du premier jour a déjà été fourni) ; le coût moyen de ces ordonnances, qui sont servies par des dépôts privés, plus ou moins éloignés de la formation sanitaire et du domicile du malade, à des prix au moins égaux à ceux de la Pharmacie Populaire du Mali, est de 3 000 F CFA. Dans la cinquième région (Mopti), le malade reçoit une prescription en DCI pour le traitement complet, achète les produits au magasin santé installé dans la formation sanitaire ou à ses abords immédiats, et le coût moyen de ces ordonnances ne dépasse pas 800 F CFA.

— la supervision : le système de recouvrement des coûts de la deuxième région a beaucoup souffert d'un manque de supervisions sérieuses (aucune fiche de supervision n'a été établie pour contrôler l'utilisation

des médicaments de premiers soins ou la gestion des fonds recueillis, et la direction régionale, encombrée d'assistance technique et se reposant sur elle, n'avait aucune connaissance du fonctionnement des dépôts de médicaments). Au contraire, en élaborant un véritable guide de supervision sous la forme d'une fiche standardisée, en implantant des dépôts de médicaments essentiels au sein même des formations sanitaires, en organisant les tournées de supervision, les responsables du cercle de Bandiagara ont gardé la maîtrise du système qu'ils avaient mis en place, en corrigeant périodiquement les inévitables erreurs de gestion et quelques défauts de la prescription.

En définitive, c'est par l'instauration d'un minimum de tarifs (à des niveaux correspondant aux possibilités financières réelles de la population), par l'implantation dans les centres de santé de dépôts approvisionnés en médicaments essentiels (en DCI) achetés et vendus au prix le plus bas, par la révision de la formation des prescripteurs, par une supervision régulière incombant à des responsables effectivement engagés à servir la cause de la santé publique, que l'objectif des Etats membres de l'Organisation Mondiale de la Santé, « la santé pour tous en l'an 2000 », peut être visé.

## RÉFÉRENCES

- BERCHE T., MARIKO M., (1991) : *Le financement des coûts récurrents de la santé dans le cercle de Bandiagara. Volume I : Analyse économique et santé publique*, Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine, Institut National de Recherche en Santé Publique. Bamako, mai 1991, 112 pages.
- BRUNET-JAILLY J. (1989) : *Etude de cas sur le fonctionnement du système de santé au Mali*, Ministère de la Santé Publique, Institut National de Recherche en Santé Publique. Bamako, janvier 1989, 189 pages.
- MARIKO, M. (1990) : *Diagnostic du système de recouvrement des coûts de la deuxième région*, Ministère de la Santé Publique, Institut National de Recherche en Santé Publique. Bamako, novembre 1990, 98 pages.

## ANNEXES

Schéma n° 1

**Organisation générale du double système de financement  
d'un Centre de Santé d'Arrondissement (C.S.A) du cercle de  
Bandiagara : circuit de l'argent des consultants externes**

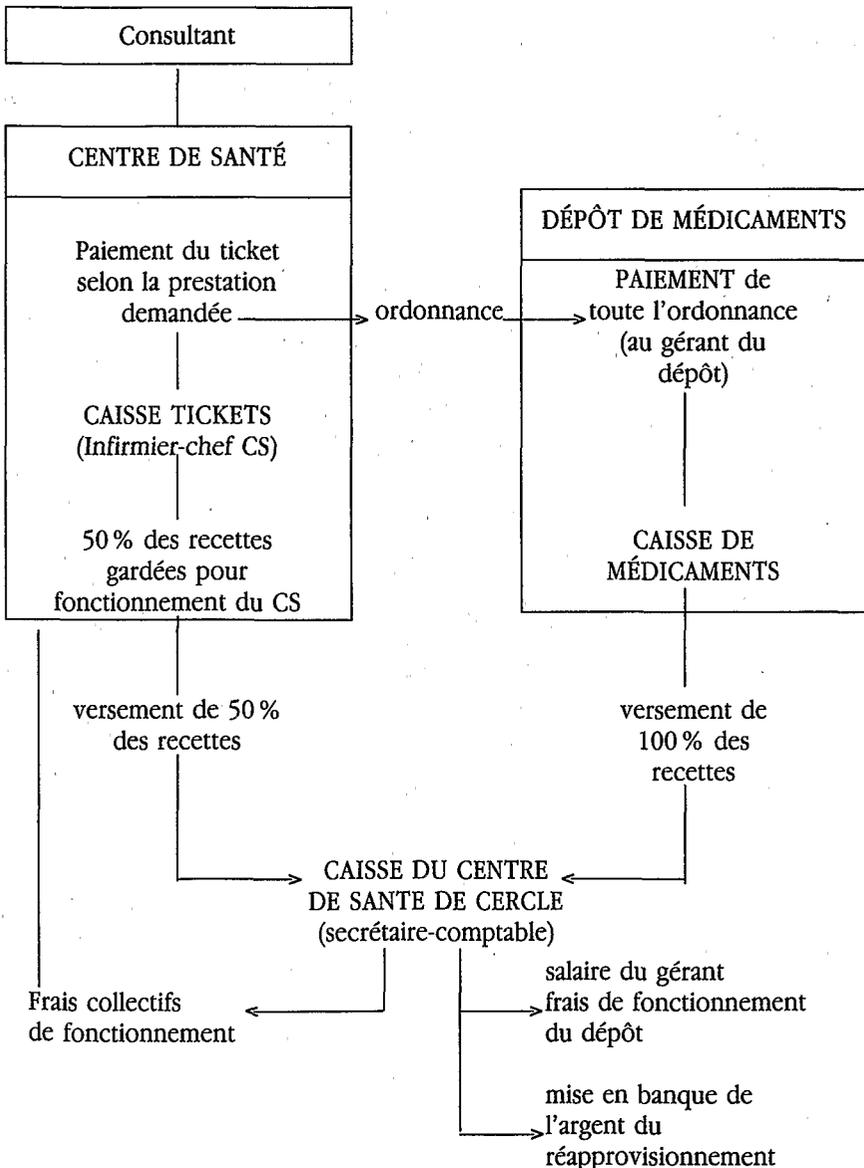


Tableau 10  
**Tarifs des prestations dans le cercle de Bandiagara**

Catégorie de ticket	Nature de l'acte	Tarif
Ticket A (Infirmier)	Consultation adulte <sup>1</sup>	100
	Consultation enfant <sup>1</sup>	50
	Consultation scolaire <sup>1</sup>	50
	Laboratoire	200
	Consultation prénatale / période de grossesse	200
	Consultation enfants sains / an	200
	Accouchement arrondissement	200
	Consultation médecin :	
	— adulte <sup>1</sup>	200
	— enfant moins de 6 ans <sup>1</sup>	100
Ticket B (Médecin)	Laboratoire	400
	Accouchement suivi	500
	Accouchement non suivi	1 000
	Hospitalisation adulte <sup>1</sup>	1 000
	Hospitalisation enfant <sup>1</sup>	500
	Chirurgie (1 <sup>re</sup> semaine)	2 500
	Certificat médical	200
Consultation touriste	2 000	

1. Ce ticket est valable pour la même maladie pendant une semaine.

Tableau 11  
**Coût moyen de l'ordonnance et nombre moyen de produits prescrits (sur un échantillon de 760 ordonnances servies au dépôt)**

DÉPÔT	COÛT MOYEN D'UNE ORDONNANCE	NOMBRE MOYEN DE PRODUITS PRÉSCRITS
Bandiagara (19 mois)	871	2,18
Ningari (9 mois)	835	2,20
Kendié (18 mois)	517	2,36
Dourou (18 mois)	634	2,25
Goundaka (9 mois)	550	2,26
Kani-Gougouna (9 mois)	505	2,49
Sangha (4 mois)	696	1,96

Tableau 12  
**Taux de fuite des ordonnances (sur 14.863 ordonnances prescrites)**

Centre de santé (nbre de mois)	Nbre OP	Nbre OS	Taux de fuite <sup>1</sup>
CSC Central (12)	8 439	7 812	7,40
Dourou (12)	817	814	0,40
Goundaka (9)	1 214	1 188	2,10
Kani (9)	714	697	2,40
Kendié (12)	1 469	1 414	3,70
Ningari (9)	1 013	1 013	0,00
Sangha (4)	1 197	1 082	9,60

1. Le *taux de fuite*, exprimé en pourcentage, est égal à 100 fois la différence entre le nombre des ordonnances servies (OS) et celui des ordonnances prescrites (OP), divisée par le nombre des ordonnances prescrites, soit  $100 (OP-OS)/OP$ .