



Revue du Liptako Gourma pour une seule Santé (one Health)

Liptako-1 Health, 2025 ; Vol 2 (1) : 30-44

Article original

<https://www.revues.ml/index.php/relgo-1-health> ISSN 1987-1848

**L'impact du retard de remboursement de la gratuité des soins sur
les centres de santé de référence au Mali**

The impact of delayed reimbursement of free healthcare on the reference health
centers in Mali

Keneya fu lama djuru sarabaliya nɔ mibe dogɔtorɔso sow kan Mali la

Keita K^{1*}

1: Institut de Pédagogie Universitaire de Kabala, Bamako, Mali

* **Auteur correspondant** : Dr Koura KEITA, Tel +223 78753947; Email : koukeit@yahoo.fr

Résumé

Introduction : La Politique nationale de protection sociale adopté par le gouvernement du Mali a pour vision « d'assurer un minimum de bien-être à tous les Maliens, en luttant contre l'insuffisance monétaire, l'exclusion sociale et la discrimination ». Le financement du système de santé et de la protection sociale sont assurés par une dotation globale issue du secteur public (ressources fiscales, fonds avancés par les partenaires techniques et financiers et la tarification à l'activité (les efforts financiers personnels des usagers aux services de santé). La gratuité de certains soins est assurée à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. L'État s'est constitué en tiers payant pour toutes les catégories de bénéficiaires, sur une base de remboursement forfaitaire : les formations sanitaires facturent les prestations à l'État, qui les rembourse a posteriori. Nos questions de recherche ont été : 1- Quel financement pour la politique de gratuité au Mali ? 2- Le retard de remboursement de la politique de gratuité a-t-il un impact sur les finances des centres de santé de référence ?

Méthodologie : Notre recherche était basée sur l'analyse des données financières disponibles sur les différents centres de santé de référence sur la période 2020-2021. **Résultats** : En 2021, il y a eu 10 510 demandes de traitements adressées à l'agence nationale d'assistance médicale pour remboursement dans le district de Bamako. 47% des remboursements étaient relativement concentrés sur des durées de trois mois. 17% des centres sont payés sous deux mois. Les centres payés avec un retard supérieur à 10 mois représentaient 13 % du total. Aucun centre ne fut remboursé sous un délai d'un mois. **Conclusion** : Les retards de remboursement observés compromettaient l'équilibre financier des centres de santé de référence, qui devaient préfinancer les soins gratuits. Cette situation fragilisait le mécanisme de gratuité en compromettant la pérennité du dispositif. **Mots clés** : *politique de gratuité, remboursement retardé.*

Abstract

Introduction: The National Social Protection Policy adopted by the Government of Mali has the vision of “ensuring a minimum level of well-being for all Malians by combating monetary insufficiency, social exclusion, and discrimination.” The financing of the health and social protection system is provided by a global allocation from the public sector (tax revenues, funds advanced by technical and financial partners, and activity-based fees—i.e., users’ out-of-pocket contributions to health services). Free provision of certain types of care is guaranteed at every level of the health pyramid. The State acts as a third-party payer for all beneficiary categories on the basis of flat-rate reimbursement: health facilities bill their services to the State, which then reimburses them retrospectively. Our research questions were: 1-What funding is available for the free healthcare policy in Mali? 2-Does the delayed reimbursement of funds from the free healthcare policy impact the finances of referral health centers? **Methodology:** Our research was based on the analysis of available financial data from the various referral health centers over the 2020–2021 period. **Results:** In 2021, there were 10,510 treatment requests submitted to the National Medical Assistance Agency for reimbursement in the Bamako district. Forty-seven percent of reimbursements were concentrated within three-month intervals. Seventeen percent of centers were paid within two months, while centers with delays exceeding ten months accounted for 13 percent of the total. No center received reimbursement within one month. **Conclusion:** The observed reimbursement delays undermined the financial stability of referral health centers, which were required to prefinance free care. This situation weakened the gratuity mechanism by compromising its sustainability. **Key words:** *free care policy, delayed reimbursement.*

Lasrupa

Daminɛ kuma : Mali Jamana ka Sariya min jɛsinnen bɛ sigidaw tangali ma, o ye ka Mali mɔgow bɛɛ ka hɛrɛ sɔrɔ, k'u ka wari dɛsɛli, sigida lakanani ani mɔgow ka farali kɛlɛ. Kɛneya baarakɛlaw ni kɛneya baarakɛlaw bɛɛ ka kan ka baara kɛ ka jɛ walasa k'u yɛrɛ tanga banaw ma, k'u yɛrɛ tanga banaw ma ani k'u yɛrɛ tanga bana wɛrɛw ma, k'u yɛrɛ tanga banaw ma ani bana wɛrɛw ma. Kɛneya baarakɛla dɔw bɛ kɛneya ko dɔw kɛ fu ye kɛneya sira bɛɛ la. Jamana y'a yɛrɛ kɛ mɔgo sabanan ye min bɛ sara di, mɔgo suguya bɛɛ ka sara la, wari kɛn-kɛn sara kan: kɛneya baarakɛlaw ka forobaciɣɛnw bɛ u ka baaraw sara jamana ye, min bɛ u sara u ye kɔfɛ. An ka jini jiniɣaliw tɔn ye : 1-Nafolo jumɛn bɛ sɔrɔ kɛneyako politiki fu la Mali kɔnɔ ? 2-Yala nafolo seginni kɔfɛ ka bɔ kɛneyako fu politiki la, o bɛ nɔ bila kɛneyaso minnu bɛ taa ni u ye, olu ka nafolo la wa? **Fɛɛrɛ minnu bɛ Kɛ :** An ka sɛgɛsɛgɛli tun sinsinnen bɛ kunnafoni sɔrɔlɛnw sɛgɛsɛgɛli kan san 2020-2021 kɛneyabaarakeɣɔrɔ suguya bɛɛ la. **Jaabiw :** San 2021 kɔnɔ, mɔgo 10.510 ka furakɛli jiniɣaliw kɛra jamana ka kɛneyako dɛmɛ biro la Bamako mara la. 47% sarala kalo saba kɔnɔ. 17% sarala kalo fila kɔnɔ. Kɛneya baarakɛla minnu sara ka ca ni kalo 10 ye, olu tun ye 13%. Dɔgɔtɔrɔso si ma juru sara kalo kɛn kɔnɔ. **Kuncɛli :** juru sarali kɔfɛ Ko minnu tun jatɛlɛn, olu tun bɛ sɛ ka gɛlɛya lasɛ u ma Kɛneya baarakɛla minnu tun ka kan ka kɛneyabaara kɛ ni wari ye, olu ka wari bɔlɛn tun bɛ olu ka kɛneyasow ta ye. O kɛra sababu ye ka forobaciɣɛn labilali fɛɛrɛ tiɣɛ, k'a sababu kɛ fɛɛrɛ min bɛ kɛ waatiɣan kɔnɔ. **Dajɛ kolomaw:** *forobayali, kɔsalabana.*

Introduction

Le gouvernement de la république du Mali, à travers le programme national de protection sociale, assure la meilleure protection possible de tous les citoyens contre les risques sociaux durant toute la vie. Elle est fondée sur la solidarité et admet également des formes d'assurance individuelles. Tous les services aux indigents sont gratuits, ce régime est géré par l'agence nationale d'assistance médicale et couvre 5% de la population malienne. Les services suivants sont gratuits pour tous (les césariennes ; les services pour la tuberculose, le sida et la lèpre ; le traitement du paludisme pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans). Ces services devraient, depuis février 2022, être fournis par le régime d'assurance maladie universelle. Pour tous les autres services, les usagers doivent payer le prix de la prestation. Cet article a évalué, à travers une analyse, l'impact du retard de remboursement des gratuités sur la trésorerie des centres de santé de référence. Nous avons examiné les interactions de la politique de gratuité avec les différents mécanismes de financement et avons fait ressortir l'impact du retard de remboursement sur les trésoreries des centres de santé de référence. Le déficit chronique des ressources financières impactait le bon fonctionnement des trésoreries. Les centres de santé de référence se trouvant dans cette situation de dysfonctionnement se mettaient à leurs tours en situation de retard face à leurs fournisseurs et à leurs personnels. Nos questions de recherche ont été :

1-Quel financement pour la politique de gratuité au Mali ?

2-Le retard de remboursement de la politique de gratuité a-t-il un impact sur les finances des centres de santé de référence ?

Nous sommes partis de l'hypothèse que toute intervention telle que la politique de gratuité

est complexe, car liée à toute une série de facteurs interconnectés et interdépendants. La première hypothèse (H1) a stipulé que l'insuffisance des ressources pour financer la politique de gratuité dans les centres de santé de référence était chronique. La deuxième hypothèse (H2) a stipulé qu'une plus grande partie des factures des gratuités émises par les centres de santé de référence ne sont pas payées à temps et qu'elles impactaient négativement les trésoreries.

Méthodologie

En vue d'atteindre l'objectif escompté, nous avons suivi la démarche méthodologique suivante :

La recherche et l'exploitation documentaires de mémoires, de thèses, d'articles et d'ouvrages traitant du financement du système de santé, de la politique de gratuité et du retard de remboursement. Selon Shields, De plus, les sondages représentent des moyens peu coûteux de validation externe de données sur le terrain [1]. Selon Bohner et Arnold, « L'analyse d'impact est un processus qui consiste à identifier les éventuelles conséquences d'un changement ou à évaluer quels éléments doivent être modifiés afin d'effectuer un changement » [2].

Présentation de la zone d'étude :

Le Mali est un pays sahélien continental situé en Afrique de l'Ouest sur une superficie de 1.241.238 km² dont les 65% sont désertiques ou semi-désertiques. Notre terrain de recherche a été le district sanitaire, ce choix se justifie par notre expérience de travail acquise en ce lieu depuis sept ans. Nous avons donc entrepris une étude des données financières et comptables de 23 districts sanitaires sur les 65 centres de santé de référence fonctionnels pour une prévision de 39 centres de santé de référence des régions de Kayes, Koulikoro, Sikasso et du district de Bamako et des bases administratives du

ministère de la santé, du 2 décembre 2021 au
30 juin 2022.

Technique de collecte de données :

La technique était basée sur le recueil des données financières existantes et disponibles sur les différents centres de santé de référence. Nous avons centré notre réflexion sur le compte de résultat. Nous avons confronté et comparé les données. Nous avons quantifié les écarts entre ce qui a été prévu et ce qui a été effectivement réalisé (remboursement des gratuités). Nous avons utilisé le logiciel Excel et l'outil d'enquête en ligne SPHINX DECLIC 2. Les données que nous avons pu collecter ont été traitées par un analyste de données de l'institut national de la statistique du Mali. Le tableau I présente la liste des centres de santé de référence inclus dans l'étude ainsi que la population desservie.

**Tableau I : Liste des centres de santé de référence, Médecin chef de district
et population desservie**

N°	Nom du CSREF	Nom de la personne interrogée	Intitulé du poste	Population desservie par le CSREF
1	CSREF de Fana	Dr Tegue GUINDO	Médecin Chef Adjoint	328801
2	CSREF de Kati	Dr SIMAGA Ismaël	Médecin-chef	750595
3	CSREF de Koulikoro	SIDI NIARE	Médecin-chef	307187
4	CSREF de Oueslessebougo	Dr Dicko Abdourhamane	Médecin-chef	297799
5	CSREF de de Kalaban Koro	Issa GUINDO	Médecin-chef	369695
6	CSREF de Banamba	Dr Birama TOURE	Médecin-chef	276821
7	CSREF de Nara	Dr Souleymane TRAORE	Médecin-chef	353587
8	CSREF de Kolokani	Dr Etienne COULIBALY	Médecin-chef	349867
9	CSREF de Dioila	Abdrahamane DIABATE	Médecin-chef	385984
10	CSREF de Oussoubidiagna	Dr Oumar TOURE	Médecin-chef	157017
11	CSREF de Sagabari	Dr Dassoun DAOU	Médecin-chef	56567
12	CSREF de Bafoulabé	Boubacar Younoussou MAIGA	Médecin-chef	191910
13	CSREF de Yelimané	Dr Cheick Oumar SANOGO	Médecin-chef	256502
14	CSREF de Sefeto	Dr Souleymane Coulibaly	Médecin-chef	69137
15	CSREF de Sikasso	Dr Aminata Goita	Médecin-chef	711494
16	CSREF de Bla		Médecin-chef	412220
17	CSREF de Nioro	Dr Safoujna DIAKITE	Médecin-chef	341876
18	CSREF de KAYES	Dr Albachar HAMIDOU	Médecin-chef	747000
19	CSREF CI Bamako	Dr Diakaridia KONE	Médecin-chef	487786
20	CSREF C III Bamako	Modibo Dianguina Soumaré	Médecin-chef	187420
21	CSREF CIV Bamako	Dr Dicko Abdul Razakou	Médecin-chef	448525
22	CSREF CV Bamako	Mohamed COULIBALY	Chef comptable	619502
23	CSREF CVI Bamako	DR MAMA SY KONAKE	Médecin-chef	700820

Aspects éthiques :

Le consentement éclairé de tous les répondants a été demandé et obtenu. Les répondants ont été rassurés par rapport au respect de l'anonymat et de la confidentialité des données recueillies.

Résultats

L'évaluation en santé est très répandue actuellement dans tous les pays et couvre un domaine vaste qui concerne de nombreuses dimensions : les professionnels, l'activité, les pratiques, les techniques et l'organisation.

Elle fait l'objet de nombreux travaux et publications.

Les politiques de gratuité et leurs financements :

Selon Robert E, en 1994, l'Afrique du Sud décida d'abolir les paiements directs des

soins pour les enfants de moins de six ans et les femmes enceintes dans les cliniques et hôpitaux publics. Plusieurs pays d'Afrique subsaharienne lui emboîtèrent le pas tout au long de la décennie 2000, tels que la Sierra Leone, l'Ouganda et le Sénégal [3]. Selon Robert & Samb, Ce sont maintenant plus d'une quinzaine d'entre eux qui ont restauré ce que l'on appelle communément la « gratuité » des soins, par la mise en place de politiques d'exemption, au moins pour certains services de santé ou certaines catégories de populations [4]. Les politiques de gratuité consistent à abolir les paiements formels directs par le patient aux prestataires de santé. Selon I Mathauer et al, le champ d'application de la gratuité varie sur deux axes : le premier est le ciblage d'une partie de la population présente sur un territoire et le second axe est la limitation des services

couverts par la gratuité [5]. La politique de gratuité est financée en partie par l'État à travers une ligne « gratuité des soins » qui est logée dans le budget du ministère chargé de la santé. La figure suivante retrace le chemin suivi par le financement de la politique de gratuité et nous remarquons que certains partenaires techniques et financiers sautent l'étape centrale du budget national et financent directement les districts sanitaires et les centres de santé communautaire. Le financement des politiques de gratuité suit un processus à travers les différents acteurs que sont les Partenaires Technique et Financier), le Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique, la Direction générale de la santé, la Direction régionale de la santé, les districts sanitaires, les centres de santé communautaire et enfin les bénéficiaires.

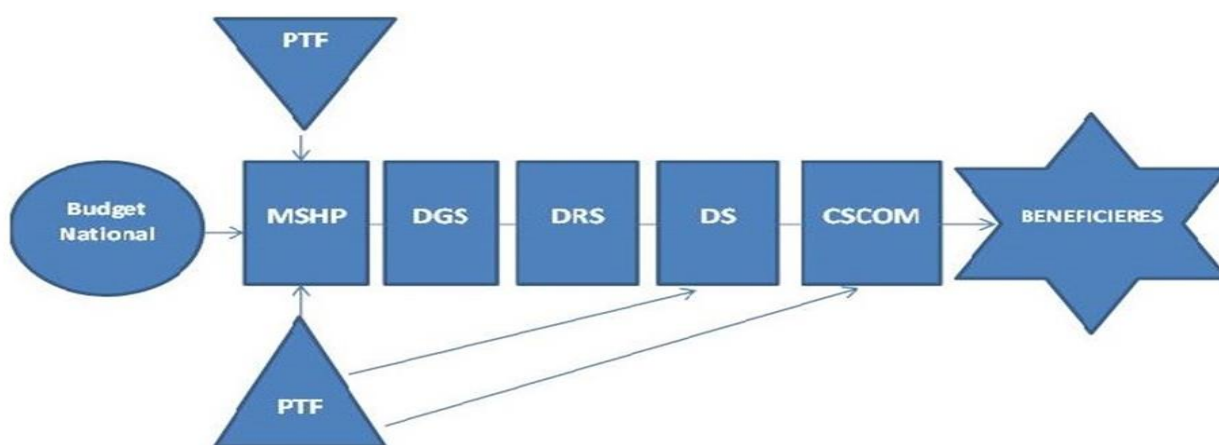


Figure 1: Schéma du financement de la politique de gratuité.

Notre étude a rapporté que les initiatives de gratuité (VIH/sida, le paludisme, la césarienne, la tuberculose et la lèpre) sont appliquées dans tous les centres de santé de référence. La césarienne n'était pas appliquée dans le seul centre de santé de référence de Kayes pour la simple raison que le centre ne disposait pas de bloc opératoire à notre passage. Selon Touré, l'État malien a retenu le principe de pré-positionnement d'intrants gratuits [6] et un remboursement des actes aux formations sanitaires (30 000 FCFA pour une césarienne simple et 42 000 FCFA pour une césarienne compliquée). Ainsi, deux grandes lignes forment les maillons principaux de la politique de gratuité, à savoir : l'approvisionnement en médicament (intrants) et le remboursement des actes.

L'approvisionnement en médicaments pour la gratuité est pris en charge par la pharmacie populaire du Mali qui s'occupe du ravitaillement. L'analyse de la mise en œuvre du Schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels a montré que le circuit était bien assuré. La formation des acteurs de la chaîne d'approvisionnement et des prescripteurs, l'amélioration de la collecte et de l'analyse des informations logistiques permettaient de prendre des décisions adéquates.

Les dépôts de vente de médicaments au niveau des centres de santé de référence tenaient une trésorerie indépendante de la gestion comptable globale. Ils avaient des comptes bancaires différents et étaient pour la plupart du temps excédentaires. Les gestionnaires comptables puisaient dans ces derniers pour préfinancer leurs dépenses.

La pharmacie populaire du Mali jouait un rôle fondamental pour assurer la disponibilité et l'accessibilité des médicaments essentiels de qualité au Mali. Le constat était que les médicaments étaient disponibles en quantité et en qualité, pour parer à toute éventualité de ruptures de stocks.

Le tableau II suivant, a montré des indicateurs du rapport d'activité 2021 de la pharmacie populaire du Mali. Il illustre la bonne santé de cette structure.

Tableau II : Satisfaction approvisionnement médicament

Indicateurs	taux
un taux de satisfaction des médicaments essentiels	96,3%
Un taux moyen de disponibilité des médicaments de forte rotation	83,3%
un taux de satisfaction des besoins en kits de césarienne	93,75%
un taux de satisfaction des besoins en consommation de dialyse	100%
un taux de satisfaction des besoins en produits cancéreux	100%
un taux de satisfaction des besoins des intrants de paludisme	100%

(Source : Rapport d'activité Pharmacie Populaire du Mali 2021)

Le remboursement des actes était assuré par l'État à travers un long circuit pour le remboursement des actes de césarienne. L'agence nationale d'assistance médicale s'occupait du remboursement des actes du régime d'assurance médicale fournis aux indigents. La caisse de solidarité était chargée de la prise en charge de la référence évacuation. En termes de processus de facturations des prestations offertes aux différents bénéficiaires des gratuités, les mécanismes de subventions faisaient l'objet de vérification et de validation des prestations déclarées par les formations sanitaires conformément aux procédures spécifiques de chaque mécanisme de subventions de soins.

Le retard de remboursement et le périmètre des indicateurs :

De façon sommaire, on peut définir les impayés comme la portion des crédits non remboursés à échéance. Le Mali applique les directives de l'Union économique et monétaire ouest africaine, soit 90 jours à partir de la date de l'ordonnancement. La Banque centrale des États de l'Afrique de l'Ouest définit les crédits en souffrance comme le montant total des crédits dont une échéance au moins est impayée depuis plus de trois mois. Selon Honlonkou, lorsqu'une créance comporte une échéance impayée

depuis plus de douze mois, elle est déclarée irrécouvrable et comptabilisée dans les autres charges après reprise des provisions. Lorsqu'elle arrive à être recouvrée, elle est classée dans les produits exceptionnels [7]. À notre connaissance, au Mali, il n'y avait pas de règle juridique qui contrôlait le délai de paiement par le comptable public. Le caractère excessif de la durée de certains délais de paiement ainsi que l'importance des retards alourdissaient la gestion financière. Il affectait la rentabilité et menaçait la survie des entreprises. Dans tous les centres de santé de référence enquêtés, les retards de remboursement s'accumulaient de mois en mois avec des écarts considérables.

Le tableau III ci-dessous du remboursement de la césarienne en 2021 nous montrait les différents niveaux de certains centres de santé de référence. Nous avons remarqué que seuls les cercles de Dioila et de Nioro ont été respectueusement remboursés de la totalité des demandes de paiement. Les autres étaient toujours dans l'attente du paiement de 2021 et étaient obligés de préfinancer les prises en charge de 2022. 50% des centres de santé de référence avaient des impayés de plus de 50%.

Le besoin de trésorerie du centre de santé de référence de Yélimani était dans une situation critique avec 70 % des montants non recouverts. Il ne restait qu'à recouvrer 12% des montants dus pour les centres de santé de référence de Banamba et de la commune I. La plupart des centres de santé de référence demeuraient en moyenne en deçà du délai réglementaire de 90 jours.

Tableau III : Niveau de remboursement de la césarienne 2021 au 30 avril 2022 de certains centres de santé de référence

Nbre	Nom du CSREF	Montant remboursement attendu en millions	Montant remboursement reçu en millions francs CFA	ecart	pourcentage % non remboursé au 30 avril 2022
1	CSRéf Fana	21 000 000	15 000 000	6 000 000	29
2	CSRéf KATI	7 110 000	4 050 000	3 060 000	43
3	CSRéf KOULIKORO	14 640 000	7 320 000	7 320 000	50
4	CSRéf OUELESSEBOUGOU	11 340 000	5 190 000	6 150 000	54
5	CSRéf KALABANCORO	8 451 360	3 524 056	4 927 304	58
6	CSRéf Banamba	6 920 000	6 090 000	830 000	12
7	CSRéf Nara	12 500 000	4 680 000	7 820 000	63
8	CSRéf Dioila	16 920 000	16 920 000	0	0
9	CSRéf Yelimané	11 000 000	3 340 000	7 660 000	70
10	CSRéf Nioro	7 230 000	7 230 000	0	0
11	CSRéf CI	24 060 000	21 190 000	2 870 000	12
13	CSRéf CIII	29 070 000	13 890 000	15 180 000	52
14	CSRéf CV	81 720 000	43 800 000	37 920 000	46
15	CSRéf CVI	76 680 000	38 040 000	38 640 000	50

Selon Poussins-Delmas, le contrôle de gestion se base sur le tableau de bord pour regrouper des indicateurs financiers et non financiers dont le délai moyen de règlement fournisseur : dettes fournisseurs/achat*360. Ceci met en évidence le comportement de paiement vis-à-vis des fournisseurs. Lorsque le délai est supérieur à 90 jours, nous parlons de retard de remboursement. Deux catégories d'indicateurs permettent de suivre les délais de paiement des services de l'État.

Il s'agit du délai global de paiement et du taux de paiement en 30 jours et moins. Le délai global de paiement de l'État mesure le délai séparant la date de réception de la facture par les services de l'État et la date de mise en paiement par le comptable public. Il englobe l'ensemble de la chaîne de la dépense publique, des délais d'ordonnancement aux délais d'intervention des comptables publics. C'est l'indicateur le plus pertinent pour les créanciers de l'État.

Ces deux indicateurs sont déclinés sur l'ensemble du périmètre de la dépense de l'État (fonctionnement, subvention, intervention, commande publique et autres natures de dépenses) et sur celui propre aux dépenses de la commande publique [8]. Selon Kafando et Mazou, la politique de gratuité s'avèrerait très bénéficiaire pour les districts sanitaires si les remboursements se faisaient à temps et en totalité des sommes réclamées [9]. Le décalage temporel entre les recettes et les dépenses occasionnées par les retards de remboursements des gratuités ont pour conséquence (i) la dégradation de la trésorerie qui se traduit par une détérioration du solde crédit (ii) l'augmentation du besoin de financement (iii) la perte de confiance des fournisseurs. « J'avais eu une grosse commande ou j'ai été payé juste à la signature du contrat, c'était obligatoire d'exécuter cela que d'être bloqué ici » (Fournisseur centre de santé de référence CIV), les centres de santé de référence reportaient leurs paiements et transféraient leurs difficultés sur leurs fournisseurs. Afin de réduire le risque lié à un manque de liquidités dû au retard d'encaissement, le centre de santé de référence de Kolokani mobilisait souvent d'autres formes de financement bancaire.

La figure 2 illustre l'impact du retard sur certains postes. Lors de l'estimation des budgets, nos recherches ont révélé qu'au cours des 12 derniers mois, à part les centres de santé de référence de Dioila et Nioro, tous les centres de santé de référence enquêtés étaient affectés par les retards de remboursement ayant occasionné des difficultés de trésoreries pour tous les centres de santé de référence. 90% des centres de santé de référence ne pouvaient effectuer le paiement des primes à temps, 40% des centres de santé de référence peinaient pour le paiement des salaires du personnel. Par ailleurs, ce retard entraînait des conséquences sur le paiement des fournisseurs et les investissements dans respectivement 55% et 75% des centres de santé de référence. Ainsi, la multiplication des retards de paiement faisait peser un risque sur l'ensemble des postes de dépenses.

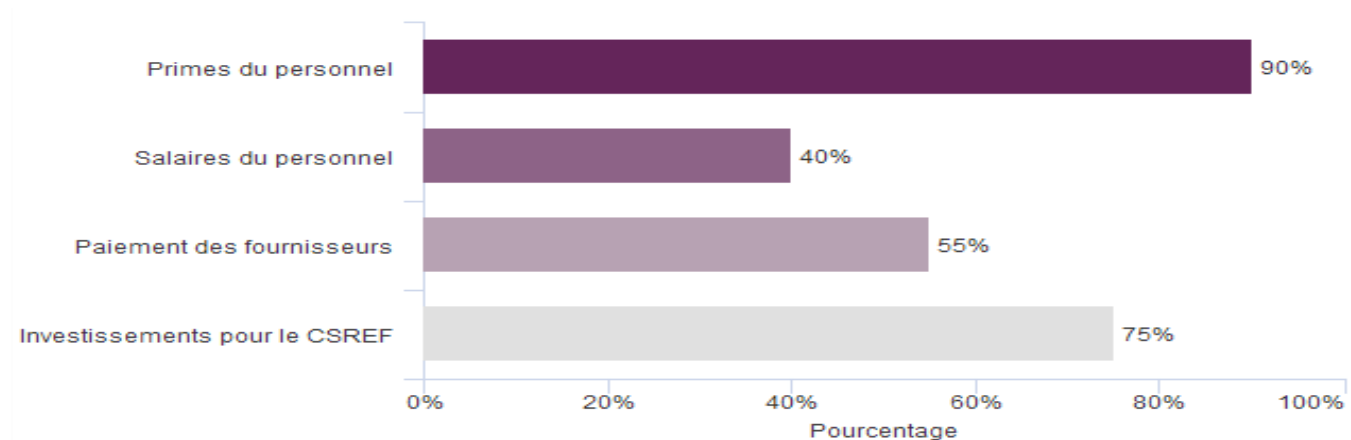


Figure 2 : Impact du retard sur certains postes de dépenses.

Les mécanismes de remboursement :

-Remboursement état/Césarienne

Le circuit de remboursement des factures se caractérisait par une procédure de contrôle et de validation au niveau des différents ministères impliqués (Ministère de l'Administration territoriale, le Ministère de la Santé et le Ministère des Finances). Le dispositif de remboursement de la césarienne suivait un long circuit (figure 3). L'analyse de la figure 3 a montré que les supports qui servaient de factures quittaient les centres de santé de référence pour la direction régionale de la santé qui les envoyait au gouvernorat pour les projets de décaissement. Le gouvernorat à son tour les envoyait à la direction des finances et du matériel, qui les convoyait à la direction générale du budget, qui par la suite les déposait à la recette générale du district. La

banque, qui est le dernier maillon de la chaîne, était chargée de créditer les différents comptes des centres de santé de référence.

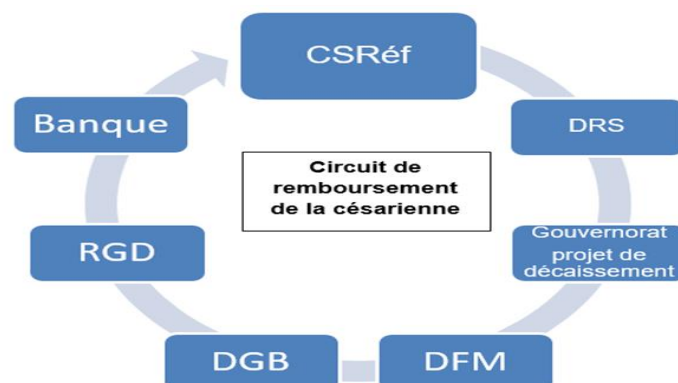


Figure 3 : Circuit de remboursement de la césarienne.

Le dispositif était sous-financé. Non seulement les crédits accordés au remboursement des factures étaient insuffisants, mais l'État n'honorait pas ses engagements. L'établissement des factures relatives à la gratuité des soins de santé se faisait manuellement, selon un modèle

standard, de même que la transmission des pièces justificatives des formations sanitaires à la direction régionale de la santé. La durée du retard n'était pas la même dans tous les centres de santé de référence enquêtés. Dans 65,2% des centres de santé de référence, le remboursement se faisait en moyenne sur trois mois. 13% des structures couvertes par notre recherche ont affirmé que le remboursement par la direction régionale de la santé se faisait au bout de six mois. Nous avons constaté l'existence d'écarts importants entre les centres de santé de référence, tant en ce qui concernait les durées moyennes de remboursement des gratuités que celle du règlement des fournisseurs. Un tel constat n'était guère étonnant. Il s'expliquait par des différences du temps de traitement des factures, de leurs acheminements et de la disponibilité des fonds de remboursement. Ces écarts entraînaient un alourdissement du fond de roulement. Nous avons constaté néanmoins que la durée moyenne de règlement des factures (60 jours) était inférieure à la durée moyenne de remboursement des gratuités (90 jours) dans la moyenne des centres de santé de référence enquêtés. En prenant le cas du centre de santé de référence de la commune III du district de Bamako, sa durée moyenne de remboursement se situait

à plus de 120 jours de retard au 30 avril 2022. Sur 969 demandes de paiement d'un montant de 29 070 000 FCFA effectuées en 2021, le montant non remboursé était de 13 080 000 FCFA soit 45%.

L'analyse de la figure N.4 ci-dessous montre que les retards de paiement étaient relativement concentrés sur des durées de trois mois, soit 47% des centres de santé de référence. Les retards de deux mois étaient subis par 17% des centres de santé de référence. Les centres de santé de référence payés avec un retard supérieur à 10 mois représentaient 13 % du total. Aucun centre de santé de référence n'était remboursé sous un délai d'un mois.

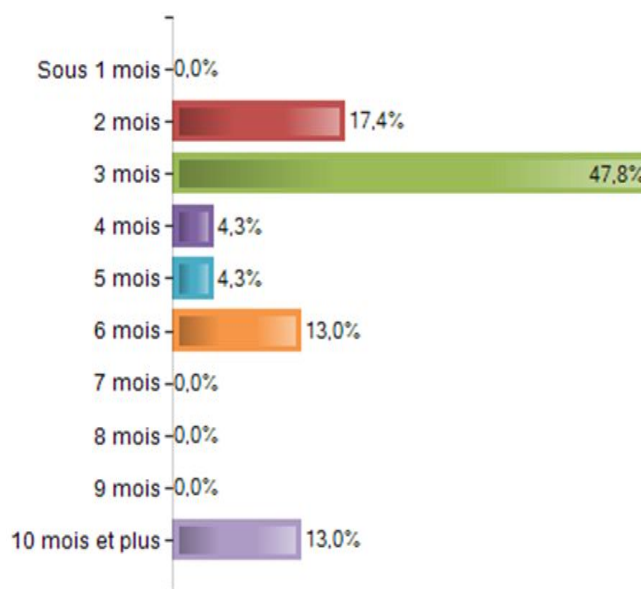


Figure 4 Durée moyenne de remboursement de la césarienne.

-Remboursement État/ANAM

Les factures du régime d'assurance médicale étaient compilées et envoyées mensuellement à l'agence nationale d'assistance médicale pour le paiement des subventions des soins aux différentes formations sanitaires. L'agence nationale d'assistance médicale était tenue de vérifier si les services sont couverts et si les tarifs ne dépassaient pas les taux fixés à l'avance, de déterminer le montant des paiements et de régler le prestataire. Les remboursements prenaient beaucoup de temps et restaient souvent impayés. En 2021, il y a eu 10 510 demandes de traitements adressées à l'agence nationale d'assistance médicale pour remboursement dans le district de Bamako. Selon l'agence nationale d'assistance médicale, il y avait souvent de grandes difficultés d'insuffisance de ressources pour la prise en charge de ses 914 618 assurés [10]. Mais, selon les dires d'un agent de centre de santé de référence chargé des dossiers de l'agence nationale d'assistance médicale : « L'agence nationale d'assistance médicale s'est vraiment améliorée en 2021, elle est à jour et rembourse régulièrement maintenant bien

que nous avons toujours quelques impayés de 2020 »¹.

-Remboursement Caisse de solidarité (ASACO, CSRéf, mairie)

En principe, le système de gratuité ne prévoit pas la prise en charge des évacuations des bénéficiaires. Or, les femmes enceintes doivent surmonter l'obstacle financier pour accéder aux soins gratuits lors des évacuations. Le système de référence évacuation est l'organisation des acteurs en vue d'assurer le transport de la parturiente référée ou évacuée depuis le centre de santé communautaire jusqu'au centre de santé de référence pour sa prise en charge. La caisse de solidarité, dont les principes sont la solidarité, l'équité et la complémentarité, est un système de partage du coût d'évacuation et de prise en charge. Cette prise en charge se fait entre la malade, l'association gestionnaire du centre de santé communautaire qui l'envoie et le district sanitaire. Le bon fonctionnement de cette caisse de solidarité est le paiement des quotes-parts des différents acteurs, ci-dessus cités. L'établissement des quotes-parts se fait à partir d'un cadre conceptuel basé sur la distance entre le centre de santé de référence et les centres de santé communautaire.

¹ Personnel CSREF chargé ANAM

Ainsi, le montant des différentes quotes-parts n'était pas le même suivant les centres de santé de référence. Par exemple, en commune I, un comité de gestion de la caisse siégeant à la Felascom gère la caisse. Un montant forfaitaire de 15 000 FCFA par mois, par association de santé communautaire, était collecté trimestriellement, en plus de la cotisation de la mairie.

Dans les centres de santé de référence CIII, CIV, ce système connaissait des difficultés de trésorerie à cause du non-paiement régulier des quotes-parts des acteurs locaux (les associations de santé communautaire et les collectivités locales) vers les centres de santé de référence. Ces derniers supportaient toute la charge. Cette situation posait d'énormes difficultés pour le fonctionnement du système en général. Les centres de santé de référence se trouvant dans cette situation de dysfonctionnement s'endettaient généralement auprès de leurs fournisseurs ou retardaient souvent les primes du personnel. Dans les centres de santé de référence CII et CVI, les associations de santé communautaire et les collectivités ne cotisaient nullement, les centres de santé de référence supportaient toute la charge de la référence évacuation.

Discussion

L'expansion et la complexité des politiques de gratuité des soins en Afrique subsaharienne ont été soulignées par le cas pionnier de l'Afrique du Sud en 1994, qui inspira de nombreux pays dans la sous-région.

Les retards dans le décaissement des fonds dédiés à la gratuité impactaient négativement la trésorerie des centres de santé de référence. Selon Kanté S et al, le déficit de financement de la caisse de solidarité du système de référence-évacuation est lié au faible engagement et à la contribution des collectivités décentralisées et des associations de santé communautaire [11].

Nos résultats ont confirmé leur dire. Ce travail a mis en lumière une dualité entre la volonté d'améliorer l'accès aux soins par le biais de politiques de gratuité et les défis critiques posés par les délais de paiement et les mécanismes de remboursement. D'une part, l'utilisation des indicateurs a révélé que malgré une approche structurée fondée sur des tableaux de bord, le retard de paiement demeurait un problème récurrent qui fragilisait les centres de santé de référence. D'autre part, la multiplicité des niveaux d'approbation et le traitement manuel des

factures ont contribué à des délais bien supérieurs aux normes attendues ; menaçant ainsi la capacité des centres de santé de référence à honorer leurs engagements.

Les résultats ont souligné une bonne performance de la pharmacie populaire du Mali dans la gestion du circuit d'approvisionnement en médicaments essentiels. Cette capacité à maintenir une chaîne d'approvisionnement efficace était un atout majeur pour la continuité des soins. Malgré ces points forts, la problématique majeure ressortait : le retard de remboursement. Le système de paiement, régi par des directives comme le délai de 90 jours imposé par l'union économique monétaire ouest africaine, se heurtait ainsi à la réalité d'un retard généralisé dans de nombreux centres.

La politique de gratuité qui visait à supprimer les barrières financières pour les patients, se trouvait compromise par une gestion budgétaire défailante au niveau des centres de santé.

Conclusion

La réussite de la politique de gratuité des soins reposait autant sur une ambition de couverture universelle que sur la performance des mécanismes financiers et administratifs. Il apparaissait clairement que

cette performance des dispositifs reposait sur une communication efficace entre l'État et les services de santé. Une réforme devrait être structurée autour de certains principes fondamentaux tels que la responsabilisation des médecins chefs de district. Ils doivent être capables d'assurer le respect d'un cahier des charges, et de s'appuyer sur des méthodes propres à la gestion d'entreprise. C'est pour cette raison que nous avons proposé l'implémentation d'un système d'information comptable et financière au niveau de tous les districts sanitaires. La présente recherche ouvre la voie à des recherches ultérieures, car outre le retard de remboursement, les centres de santé de référence sont aussi souvent confrontés à un problème de non-paiement de certains patients hospitalisés. Ce qui impactait également les trésoreries des centres de santé de référence.

Conflits d'intérêts : Aucun

Références

- 1 . Shields MD. An empirical analysis of firms' implementation experiences with activity based on costing. Journal of management accounting research.1995 SHrcl-os M.D. (1995), n" 7, p. 148-
2. Bohner SA, Arnold R.S, editors. Software Change Impact Analysis.In : Proceedings of

the Conference on Software Maintenance (ICSM'96); November 1996; Monterey, CA, USA. Los Alamitos, CA : IEEE Computer Society Press; 1996. p. 42–51. 166

3.Robert E. Supprimer les paiements directs des soins en Afrique subsaharienne : débat international, défis de mise en œuvre et revue réaliste du recours aux soins. 2015.P 10

4.Robert E , Samb OM, recours aux soins gratuits en Afrique subsaharienne. 2012 ;P.100

5. Mathauer, B. Mathivet, J. Kutzin. Les politiques de « gratuité » : opportunités et risques en marche vers la couverture sanitaire universelle. Organisation Mondiale de la Santé. 2017.P. 5

6.Toure L. Les politiques d'exemption du paiement des soins au Mali. 2009 ;P18

7.Honlonkou A. Évaluation de la performance de remboursement dans les institutions de micro-finance au Bénin. 2002/3 ; no 119 :73

8.Poussin-Delmas MA. Délais de paiement pratiqués par les entreprises et les organismes publics des DCOM. Rapport annuel 2020 institut d'émission des départements d'outremer. 2020 ;P. 27

9.Kafando Y, Mazou B, Kouanda S, Ridde V. Les retards de remboursements liés à la politique de gratuité des soins au Niger ont des effets néfastes sur la capacité financière des formations sanitaires. 2011 ; P.20

10.Présentation ANAM [Internet]. 2021.Site web visité le 17 juin 2022

11. Kanté S, Sylla O, Da Silveira V, Touré O, Keita Z. Financement De La Caisse De Solidarité Du District Sanitaire De Youwarou Au Mali Une Revue Systématique De Littérature. 2021 ;190-204.

