

Améliorer l'accès aux traitements efficaces contre le paludisme au Mali

Expérience positive de réduction de la barrière financière
pour les patients dans le cercle de Kangaba



**MEDECINS
SANS FRONTIERES**

Avril 2008

Abréviations

ASACO:	association de santé communautaire
AS+ AQ:	artésunate et amodiaquine
CSREF:	centre de santé de référence
CTA:	combinaison thérapeutique à base d'artémisinine
CSCOM:	centre de santé communautaire
PRODESS:	programme de développement sanitaire et social
TDR:	test de diagnostique rapide

Médecins Sans Frontières est une organisation d'aide médicale humanitaire qui fournit une assistance médicale d'urgence aux populations en détresse dans plus de 60 pays.

Médecins Sans Frontières au Mali:

Les interventions de Médecins Sans Frontières au Mali ont débuté en 1983. MSF a travaillé dans différentes zones du pays en soutien aux structures de santé nationales, dans le cadre de projets de formation et pour la prise en charge des urgences (épidémies de choléra, méningite, fièvre jaune et rougeole; les crises nutritionnelles et les catastrophes naturelles). Depuis août 2005, MSF a commencé à soutenir la mise en place de la nouvelle politique nationale de prise en charge du paludisme dans le cercle de Kangaba, situé dans la région de Koulikoro.

I. Résumé exécutif

Depuis 2005, MSF collabore avec les autorités sanitaires maliennes dans la lutte contre le paludisme en mettant en oeuvre un nouveau protocole de traitement: une combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA). Ce traitement est essentiel pour une prise en charge adéquate des patients. A cette fin, MSF a mis en place un projet dans le cercle de Kangaba, région de Koulikoro, au sud du Mali. Le projet a connu deux phases principales.

La première phase visait à augmenter la disponibilité du traitement en s'appuyant sur des tests diagnostiques rapides (TDR) et des CTA dans sept centres de santé communautaires (CSCOM) du cercle. Le personnel de santé a été formé aux nouveaux protocoles et la population a été sensibilisée aux changements. Dès le début du projet, les TDR+CTA ont été délivrés gratuitement ou à bas prix aux patients. Les frais de consultation et autres traitements sont restés payants. Les taux de fréquentation des structures ont augmenté par rapport à la période précédant l'intervention de MSF. Toutefois, cette expérience a montré que fournir des médicaments gratuits ou largement subsidiés sans modifier le système de soins payant a des limites.

Les résultats obtenus durant cette première phase (août 2005 - novembre 2006) montrent que le taux de fréquentation des CSCOM demeure très faible malgré l'augmentation de la disponibilité des traitements et le renforcement de la qualité des soins. La couverture des besoins de santé, et particulièrement en ce qui concerne le paludisme, s'est avérée insatisfaisante. Ces résultats intermédiaires ont mené une réorientation du projet, afin de réduire les barrières financières pour les patients.

En plus de l'appui donné lors de la première phase du projet, la seconde phase – toujours en cours – a pour but une meilleure accessibilité. La gratuité des soins pour tous les enfants de moins de cinq ans, combinée à la gratuité des épisodes de fièvre pour les femmes enceintes et un forfait bas incluant la prise en charge complète d'un épisode de fièvre pour les plus de 5 ans a entraîné d'importantes augmentations d'utilisation des services dans les CSCOM. De plus, des agents communautaires appelés "Agents Palu" ont été sélectionnés et formés pour prendre en charge gratuitement les cas de paludisme simple chez les enfants de moins de dix ans dans les zones inaccessibles en période de haute transmission du paludisme.

Ces stratégies ont permis à MSF et aux autorités de santé du cercle de Kangaba d'avoir un impact rapide sur la fréquentation des structures de santé et ainsi, de mieux couvrir les besoins. Dans un contexte où la morbidité et la mortalité liées au paludisme sont élevées et où la pauvreté est généralisée, la mesure de gratuité pour le patient semble cruciale pour obtenir des résultats rapides en termes d'amélioration de la santé des populations. Elle permet de garantir que les

“Pour que les services soient effectivement utilisés, il faut lever les barrières financières qui en empêchent l'accès...”

Rapport sur la santé dans le monde 2005 - Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant, OMS

subsidés octroyés aux structures de santé atteignent la population, y compris les groupes les plus vulnérables.

Ce document, résume les résultats principaux obtenus par MSF dans le cercle de Kangaba: il est structuré en **deux parties principales**:

→ **La première** résume l'appui de MSF pendant la phase initiale du projet de août 2005 à novembre 2006: stratégies, résultats obtenus, conclusions et décisions de réorientation du projet.

→ **La deuxième** résume la phase actuelle du projet et présente les résultats de la période allant de décembre 2006 à fin 2007: appui, nouvelles stratégies, résultats principaux et conclusions.

MSF souhaite partager les résultats positifs avec les autres acteurs impliqués dans la lutte contre le paludisme au Mali, soucieux de la réduction de la morbidité et de la mortalité dues à cette pathologie.

Au-delà du contexte de Kangaba, nous souhaitons que ces résultats suscitent une réflexion sur la gratuité des soins, en tant que stratégie essentielle dans la lutte contre le paludisme au Mali et ailleurs, particulièrement pour les groupes les plus vulnérables, comme les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.

Table des matières

I. Résumé exécutif	page 3
II. Introduction	page 7
II.1. Le paludisme: un problème de santé au Mali	page 9
II.2. Projet de Médecins Sans Frontières et des autorités sanitaires dans le cercle de Kangaba	page11
III. Première phase du projet: août 2005 – novembre 2006	page 13
III.1. L'appui de MSF	page 13
III.2. Tarification des soins	page 14
III.3. Bilan de la première phase d'appui de MSF au CSCOM du cercle de Kangaba	page 16
III.4. Conclusions de la première phase du projet MSF à Kangaba	page 21
IV. Deuxième phase du projet – depuis décembre 2006	page 23
IV.1. L'appui de MSF	page 23
IV.2. Evolution de la tarification des soins à partir de décembre 2006	page 25
IV.3. Bilan de la seconde phase d'appui de MSF aux CSCOM du cercle de Kangaba	page 27
IV.4. Conclusions de la seconde phase du projet MSF à Kangaba	page 34
V. Conclusions générales	page 38



© Bruno de Cock

II. Introduction



Le Mali est un des pays dont le taux de mortalité maternelle est le plus élevé au monde - 528 décès pour 100.000 naissances vivantes¹. Le taux de mortalité des moins de cinq ans est également très élevé: près d'un enfant sur cinq meurt avant d'atteindre l'âge de cinq ans².

72% de la population malienne vit sous le seuil de pauvreté extrême internationalement reconnu³ et 63 % sous le seuil de pauvreté national. Le pays se situe à la 173ème place sur les 177 pays recensés par le PNUD pour le calcul de l'indice de développement humain⁴.

Le Mali est divisé en aires de santé au sein desquelles sont organisées des associations de santé communautaires (ASACO) chargées de créer et gérer les centres de santé communautaires (CSCOM). Le CSCOM constitue le premier échelon de la pyramide sanitaire où se déploie le paquet minimum d'activités. Ce système a été mis en place au début des années 90 dans le cadre de l'initiative de Bamako. Selon un principe de recouvrement des coûts des consultations et des médicaments, les usagers paient directement pour leurs soins de santé et participent à la gestion des centres. Les CSCOM utilisent les centres de santé de référence (CSREF) comme premier niveau de référence.

Un des objectifs majeurs de la « Politique de Santé et de Population » malienne est d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels et des consommables médicaux en les rendant accessibles géographiquement et économiquement à la population. En pratique, malgré l'extension de la couverture géographique des structures de santé, l'utilisation des services de consultation curative reste faible: de 0,18 nouvelles consultations par habitant et par an 1998 à 0,21 en 2003 contre une prévision de 0,5.⁵ Le programme de développement sanitaire et social (PRODESS)⁶ souligne que les difficultés économiques des ménages ainsi que le manque d'information constituent des entraves réelles à l'accès aux services sociaux de base.

Quelques données sur le paludisme

Chaque année, plus de 500 millions de personnes sont affectées par le paludisme dans le monde. En Afrique, le paludisme est parmi les premières causes de mortalité pour les enfants de moins de 5 ans. Les conséquences sociales et économiques sont également très lourdes pour les populations des pays les plus pauvres⁷.

1. EDSM-III et www.undp.org

2. Enquête démographique et de santé, EDSM-IV, rapport préliminaire, 2006.

3. www.undp.org

4. <http://hdr.undp.org/statistics/data/countries>

5. Programme de développement sanitaire et social, PRODESS II, composante santé, mai 2004.

6. Ibidem

7. Rapport mondial sur le paludisme, OMS, 2005.

Depuis 2001, l'OMS recommande d'utiliser des combinaisons médicamenteuses à base d'artémisinine comme traitement de première ligne du paludisme. En effet, dans la plupart des régions du monde, la chloroquine, qui était l'antipaludique le moins cher et le plus utilisé, a perdu son efficacité thérapeutique à cause du développement de résistances. Aujourd'hui, plusieurs études montrent que l'utilisation des moustiquaires et la disponibilité de ces traitements efficaces peuvent sensiblement réduire la mortalité⁸.

Le défi actuel est d'assurer que ces mesures de prévention et de prise en charge (diagnostique et traitements efficaces) soient accessibles aux populations qui en ont besoin. La couverture de ces besoins est en effet essentielle afin d'agir sur la mortalité et la morbidité.

Plusieurs organisations internationales, Etats, ONG et instituts de recherche ont intégré la lutte contre le paludisme dans leurs priorités. Des objectifs mondiaux ambitieux liés à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme ont été lancés:

Partenariat Faire reculer le paludisme – **Diminuer la mortalité due au paludisme de moitié d'ici à 2010, puis encore de moitié avant 2015**

Objectifs du Millénaire pour le développement – **Maîtriser, d'ici à 2015, le paludisme et les autres grandes maladies et commencer à inverser la tendance actuelle**

Déclaration d'Abuja – Sommet africain pour faire reculer le paludisme – **En Afrique, d'ici à 2005, il faut qu'au moins 60% de ceux qui souffrent du paludisme aient un accès rapide au traitement et soient capables d'utiliser correctement un traitement abordable et efficace, et cela dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes; qu'au moins 60% de ceux qui sont exposés au paludisme, bénéficient de la meilleure combinaison possible des mesures préventives individuelles et communautaires comme les moustiquaires imprégnées d'insecticides; qu'au moins 60% de toutes les femmes enceintes qui sont exposées au paludisme puissent avoir accès à un traitement préventif intermittent.**

8. « Impact of long-lasting insecticidal-treated nets (LLINs) and artemisinin-based combination therapies (ACTs) measured using surveillance data, in four African countries », preliminary report, January 2008, WHO.

II.1 Le paludisme: un problème de santé publique au Mali

Bien que toute la population malienne soit exposée au paludisme, la maladie est particulièrement endémique dans les régions du Centre et du Sud et à potentiel épidémique dans les régions du Nord. Le paludisme se caractérise par une période de transmission intense au cours de la saison pluvieuse dont la durée varie en fonction des zones. Il constitue la principale cause de morbidité et de mortalité au Mali, particulièrement pour les enfants de moins de cinq ans. Le nombre moyen de crises de paludisme est estimé à deux par an pour les enfants de moins de cinq ans, et un au-delà de cet âge⁹.

Plus de 30% des consultations dans les services de santé sont liés au paludisme, et pour l'année 2005, plus de 960.000 cas de paludisme ont été enregistrés dans les structures de santé publiques¹⁰. Ce chiffre n'illustre qu'une partie de la réalité car le taux de fréquentation des structures sanitaires est très faible. La majorité des cas de paludisme présumé sont donc pris en charge avec les moyens disponibles à domicile ou au niveau communautaire¹¹.

« Politique nationale de lutte contre le paludisme ¹² »

Le but de la « Politique nationale de lutte contre le paludisme » est de réduire la morbidité et la mortalité dues au paludisme. Les axes stratégiques de cette politique incluent la prise en charge efficace des cas de paludisme ainsi que des mesures préventives (chi-mioprévention pendant la grossesse et lutte antivectorielle) et de prévision, prévention et gestion des épidémies.

Devant le constat de la multiplication des foyers de résistance à la chloroquine¹³, le Gouvernement du Mali a pris la décision, dès 2005¹⁴, d'abandonner la chloroquine au profit de combinaisons thérapeutiques à base des dérivés de l'artémisinine (CTA).

La combinaison artésunate amodiaquine (AS+ AQ) a été retenue pour le traitement des cas de paludisme simple après confirmation au laboratoire ou à partir d'un test diagnostique rapide (TDR). La politique nationale prévoit également que les TDR ainsi que les traitements soient délivrés gratuitement aux enfants de moins de 5 ans. La quinine sera utilisée pour traiter les cas de paludisme grave et compliqué. Ces cas doivent être pris en charge au 2ème échelon de soins.

9. Plan d'accélération des activités de lutte contre le paludisme, Ministère de la Santé, République du Mali, avril 2007. Le plan stratégique de lutte contre le paludisme estime quant à lui le nombre d'accès palustres chez les enfants de moins de 5 ans de 5 à 8 par an.

10. Plan d'accélération des activités de lutte contre le paludisme, Ministère de la Santé, République du Mali, avril 2007.

11. Informations issues de la politique nationale de lutte contre le paludisme, Ministère de la santé, 2006.

12. Ibidem

13. Niveau de résistance à la chloroquine supérieur à 25% dans les sites observés. Ce seuil est le seuil à partir duquel l'OMS recommande un changement de régime thérapeutique. Source : politique nationale de lutte contre le paludisme, Ministère de la santé, 2006.

14. Cette décision a ensuite été formalisée dans le document de politique nationale de lutte contre le paludisme, juillet 2006.

Principaux résultats attendus d'ici 2011¹⁵:

- Au moins 80 % des sujets atteints de paludisme simple bénéficient d'un diagnostic précoce et d'un traitement efficace aux combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine dans les structures sanitaires.
- Au moins 80 % des enfants de moins de 5 ans avec fièvre/ paludisme auront bénéficié d'un traitement correct dans les 24 h suivant l'apparition des premiers symptômes.



15. Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2007-2011, Ministère de la Santé, République du Mali, Juillet 2006.

II.2 Projet de Médecins Sans Frontières et des autorités sanitaires dans le cercle de santé de Kangaba

Alors que le Mali est un pays stable, MSF, en tant qu'ONG médicale humanitaire, y est toujours active aujourd'hui. Les taux de mortalité élevés- 1,9 décès/10.000/jour pour les enfants de moins de 5 ans- principalement liés au paludisme, observés en 2005, et le manque de traitements efficaces ont induit la décision de continuer l'intervention au Mali¹⁶.

Plusieurs études ont révélé des niveaux de résistances élevés aux antipaludiques: par exemple, en 2003, une étude réalisée par Epicentre en collaboration avec le département malien d'épidémiologie des affections parasitaires (DEAP) et le Malaria Research and Training Centre (MRTC) à Koumantou, dans la région de Sikasso, - révèle un taux d'échecs thérapeutiques très élevé pour la chloroquine (90,5%)¹⁷.

MSF décide alors d'intervenir pour réduire la mortalité et la morbidité liées au paludisme. Le projet est un appui aux autorités médicales maliennes dans le processus de mise en oeuvre du nouveau protocole de traitement contre le paludisme.

En août 2005, MSF débute son soutien au cercle de Kangaba, en introduisant un traitement efficace à base d'artémisinine (TDR+CTA) dans sept CSCOM et le CSREF (pour le service d'hospitalisation) du cercle¹⁸. Ces structures couvrent une population totale de plus de 70.000 habitants.

Le chef-lieu du cercle de santé de Kangaba est situé à 90 km au Sud-Ouest de Bamako et couvre une population de près de 100.000 personnes¹⁹. Le cercle de Kangaba compte dix aires de santé fonctionnelles organisées autour d'autant de CSCOM.

Le climat de Kangaba comprend deux saisons: une saison sèche de novembre à avril et une saison pluvieuse de mai à octobre. On distingue donc une période de haute transmission du paludisme qui va de juillet à décembre et une période de basse transmission qui va du mois de janvier au mois de juin.

16. Accès aux soins de santé primaires au Mali, résultats d'une enquête épidémiologique réalisée dans le cercle de Bougouni, région de Sikasso. Médecins Sans Frontières, juin 2005.

17. Efficacy of Chloroquine and sulfadoxine-pyrimethamine for the treatment of uncomplicated falciparum malaria in Koumantou, Mali, Xavier de Radigues et al., 2004.

18. En janvier 2008, cet appui a ensuite été étendu à un 8ème CSCOM

19. Population DNSI 1998 actualisée par le Logiciel DESAM de la DNS.



© Bruno de Cock

III. Première phase du projet - août 2005 - novembre 2006



III.1 L'appui de MSF

Durant la première phase du projet, MSF a apporté son soutien à sept CSCOM et au CSREF.

a. Appui au CSCOM

Au niveau des CSCOM, la priorité a été de retirer la chloroquine du circuit thérapeutique et de la remplacer par les TDR+CTA, tout en formant le personnel aux nouveaux protocoles. Simultanément, un effort a été entrepris pour sensibiliser la population à la problématique du paludisme, à la disponibilité et l'efficacité des nouveaux traitements ainsi qu'aux mesures de prévention. Cette étape a été concrétisée grâce à la formation de relais communautaires.

MSF a également appuyé la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide pour tous les enfants de 0 à 11 mois dans le cadre des activités de vaccination de routine ainsi qu'aux femmes enceintes lors de leur première consultation prénatale.

De même, des traitements présomptifs intermittents²⁰ ont été distribués aux femmes enceintes pendant les consultations prénatales (CPN) à partir du second trimestre de la grossesse.

b. Appui au CSREF

Au niveau du CSREF, la priorité a été de garantir la prise en charge correcte des patients atteints de paludisme grave et compliqué en provenance des CSCOM.

Pour ce faire, MSF a renforcé le système de référence par l'ambulance, la sécurité transfusionnelle, l'encadrement technique et la formation du personnel soignant du CSREF et l'approvisionnement en médicaments essentiels (CTA, Artéméther, Quinine, etc.) et en matériel médical (TDR, matériel de laboratoire, etc.).

20. Traitement préventif intermittent avec la sulfadoxine- pyriméthamine.

III.2 Tarification des soins

Dès le début du projet, MSF décide de subsidier les TDR+ CTA afin d'en réduire le coût pour la population.

En résumé:

Le système de paiement est maintenu, sauf pour le paquet TDR+CTA qui est:

- gratuit pour les moins de cinq ans
- à 85 FCFA pour les autres.

Le choix de cette stratégie s'explique par l'expérience de MSF dans d'autres contextes et sur base des données récoltées lors d'une enquête d'accès aux soins dans le cercle de Bougouni²¹.



21. Accès aux soins de santé primaires au Mali, résultats d'une enquête épidémiologique réalisée dans le cercle de Bougouni, région de Sikasso. Médecins Sans Frontières, juin 2005. Voir www.accesstohealthcare.msf.be

Enquête d'accès aux soins réalisée en 2005 par MSF à Bougouni, région de Sikasso²².

En 2005, MSF a réalisé une enquête de mortalité et d'accès aux soins dans le cercle de Bougouni, dans la région de Sikasso²³. **Les résultats ont révélé des taux de mortalité et d'exclusion des soins de santé très élevés:**

Taux de mortalité:

- **Le taux brut de mortalité était de 0,8 décès pour 10.000 personnes par jour. Pour les enfants de moins de 5 ans, ce taux était de 1,9 décès pour 10.000 personnes par jour, soit pratiquement le seuil d'urgence de 2 décès pour 10.000 personnes par jour.**
- **La fièvre était la première cause de mortalité rapportée par les familles, particulièrement parmi les enfants de moins de 5 ans. Elle représentait 43 % des décès dans cette tranche d'âge.**

Accès aux soins

- **Un malade sur cinq était complètement exclu des soins de santé, alors que sa famille considérait qu'une démarche de soins était nécessaire. Le manque d'argent était la première raison rapportée par les familles qui n'avaient fait aucune démarche de soins.**
- **98% des familles vivaient en-dessous du seuil de pauvreté. Les revenus moyens par personne et par jour étaient de 60 FCFA²⁴, soit des montants extrêmement faibles.**
- **En moyenne, les familles ont rapporté que le coût d'un épisode maladie s'élevait à 4000 FCFA soit l'équivalent de 2 mois de revenus individuels.**
- **Le système d'exemption des indigents était défaillant au moment de l'enquête: il protégeait moins de 2% de la population.**

MSF a donc décidé de fournir gratuitement le "paquet" (TDR et CTA) aux CSCOM, afin qu'il soit délivré gratuitement aux enfants de moins de cinq ans. Pour les adultes, il est vendu au prix de la chloroquine, soit 85 FCFA.

Le reste du système de participation financière des patients dans les CSCOM n'a pas été modifié. En pratique, cela signifie que la barrière financière a été réduite uniquement pour le "paquet" TDR+CTA. Pour les autres médicaments prescrits et les coûts de consultation, le principe de recouvrement des coûts est resté d'application. Sur base des données disponibles lors du démarrage du projet, ces montants variaient entre 400 et 600 FCFA pour une consultation au niveau d'un CSCOM et 1000 FCFA au CSREF.

22 & 23. Ibidem

24. Taux de conversion utilisé au moment de l'enquête: 500 FCFA= \$US1.

III. 3 Bilan de la première phase d'appui de MSF aux CSCOM du cercle de Kangaba

a. Forces et Faiblesses

Points Forts

- TDR et CTA: disponibles
- Diagnostic du paludisme: amélioré
- Prise en charge des cas de paludisme diagnostiqués: améliorée
- Acceptation des nouveaux traitements par la population: bon niveau

Points faibles

- Fréquentation des CSCOM: en augmentation, mais encore trop faible
- Qualification et motivation des ressources humaines des CSCOM: insuffisant

b. Résultats principaux

i. L'utilisation des TDR a amélioré le diagnostic dans les CSCOM.

L'utilisation des TDR s'est révélée cruciale: ceux-ci ont permis une meilleure utilisation des nouveaux traitements, qui n'ont été délivrés qu'après confirmation biologique du diagnostic. D'autre part, le personnel de santé a pu poser un diagnostic pour les cas de fièvre autres que les cas de paludisme. Ces patients fiévreux, pour lesquels le TDR était négatif, ont pu recevoir un traitement adéquat dès lors que le diagnostic correct était posé.

	Haute transmission ²⁵	Basse transmission ²⁶
% de paludisme confirmés sur le total des patients testés	66%	43%
% de paludisme confirmés sur le total des enfants de moins de 5 ans testés	77%	53%

Note: tous les patients fiévreux ou avec un historique de fièvre dans les deux jours précédents la visite sont testés.

Enfin, des diagnostics corrects permettent d'éviter le développement de résistances aux traitements en limitant leur utilisation aux cas confirmés.

25. Données de la période de haute transmission en 2005.

26. Données de la période de basse transmission en 2006.

ii. L'introduction des TDR, des CTA et des nouveaux protocoles a considérablement amélioré la prise en charge dans les centres

En 2005 (pour le 2ème semestre): 93% des patients avec un paludisme confirmé (par TDR) ont été traités avec des CTA dans les CSCOM appuyés. 3 % ont été pris en charge avec de la quinine (femmes enceintes), soit, au total 96 % des cas de paludisme ont été pris en charge correctement.

En 2006, 95% des patients avec un paludisme confirmé ont été pris en charge avec des CTA dans les CSCOM appuyés. Les 5 % restant ont été traités à la quinine (femmes enceintes) et l'Artémether injectable pour les cas de paludisme grave et compliqué.

D'autre part, la qualité du diagnostic du paludisme grave s'est améliorée: 14 cas avaient été diagnostiqués en 2005 contre 452 en 2006.

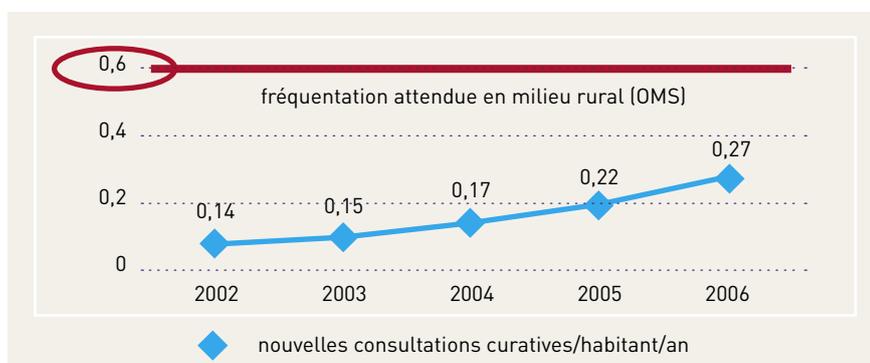
iii. La fréquentation des CSCOM par la population a augmenté mais reste trop faible par rapport aux besoins

L'utilisation des services des CSCOM a fortement augmenté en 2005 et 2006. Si on compare les taux de fréquentation de 2006 avec ceux de l'année 2004, on observe une augmentation de près de 60%.

L'évolution de l'utilisation générale des services peut s'analyser en termes de fréquentation des centres de santé quelle que soit la pathologie, et sur le nombre de cas de paludisme traités. Ces deux analyses sont détaillées ci-dessous:

Évolution de la fréquentation générale dans les 7 CSCOM de 2002 à 2006

Le graphique ci-dessous représente le taux de fréquentation, exprimé en nouvelle consultation curative (NC) par habitant et par an, toutes pathologies confondues. La population de référence est celle couverte par les 7 CSCOM appuyés par MSF, soit 66.479 en 2005 et 71.158 habitants en 2006.



Comme le montrent ces résultats, une tendance à l'augmentation avait déjà été amorcée avant l'intervention de MSF. Mais l'augmentation la plus forte intervient en 2005 et en 2006 après le démarrage du projet.

Les cas de paludisme sont la raison majeure de l'augmentation de la fréquentation entre 2005 et 2006. Ceci peut s'expliquer par:

- L'efficacité tangible des nouveaux traitements paludisme rendus disponibles dans les CSCOM – en comparaison avec l'inefficacité thérapeutique de la chloroquine
- La sensibilisation réalisée par les équipes autour l'introduction du paquet TDR+CTA
- La gratuité/ prix bas du paquet TDR+ CTA
- La présence MSF et le travail effectué sur la qualité des soins.

Malgré les augmentations observées, ces taux de fréquentation sont faibles en comparaison avec le taux de référence utilisé par l'OMS, qui est de à 0,6 nouvelle consultation curative par habitant et par an en milieu rural²⁷.

De même, pour le paludisme, pour lesquels les niveaux moyens de morbidité sont de 1 à 2 accès par personne (selon le groupe d'âge)²⁸, les résultats montrent des limites importantes en termes de couverture des besoins.

Évolution de la prise en charge totale du paludisme dans les 7 CSCOM de 2005 à 2006

De 2005 à 2006, le nombre de cas de paludismes pris en charge dans les CSCOM a augmenté de plus de 20%:

- **En 2005:** Prise en charge de 6.644 cas de paludisme, soit **0,10 cas de paludisme traités par habitant**, en moyenne annuelle.
- **En 2006:** Prise en charge de 8.169 cas de paludisme, soit **0,12 cas de paludisme traités par habitant** en moyenne annuelle.

Malgré ces augmentations, la couverture des besoins est restée très faible par rapport au nombre de cas de paludismes attendus.

Pour les enfants de moins de cinq ans:

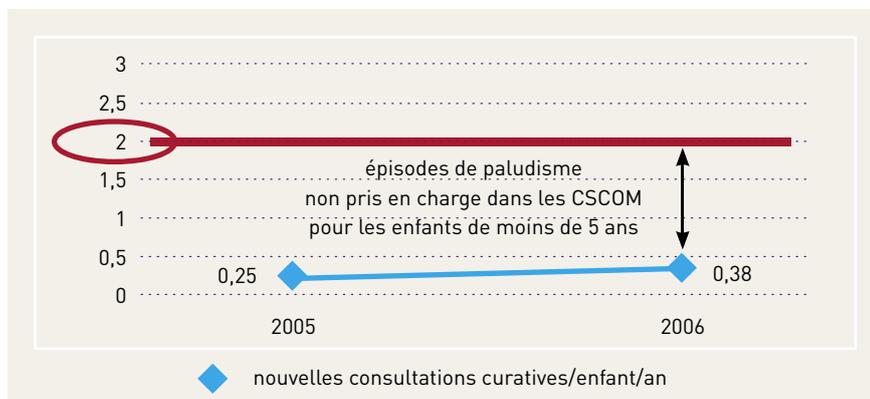
- 3.018 cas de paludisme traités en 2005, soit **0,25 épisode de paludisme pris en charge par enfant par an²⁹.**
- 4.622 cas de paludisme traités en 2006, soit **0,38 épisode de paludisme pris en charge par enfant par an**, soit une augmentation de plus de 50% entre 2005 et 2006.

27. Cité dans : Système d'information sanitaire, AEDES.

28. Plan d'accélération des activités de lutte contre le paludisme, Ministère de la Santé, République du Mali, avril 2007.

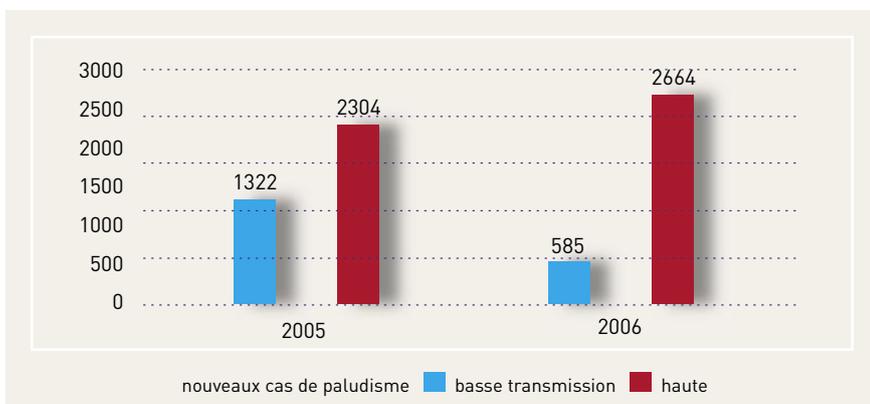
29. Pour les 7 premiers mois de l'année, il s'agit de cas de paludisme présomptifs.

Si l'on considère qu'en moyenne, les enfants de moins de cinq ans font deux accès palustres par an, ces chiffres révèlent d'importantes limites en termes d'accès aux soins pour ce groupe vulnérable: Dans la tranche d'âge des moins de 5 ans, moins d'un épisode de paludisme sur 5 est pris en charge dans un CSCOM.



Pour les plus de 5 ans

- 3.626 cas de paludisme traités en 2005, soit **0,07 épisode de paludisme pris en charge par personne par an.**
- 3.229 cas de paludisme traités en 2006, soit **0,06 épisode de paludisme pris en charge par personne par an**, soit une diminution de 11% entre 2005 et 2006. Cette diminution s'explique par l'introduction des TDR et à leur impact sur un diagnostic correct des cas de paludisme durant la période de basse transmission en 2006. Comme le montre le graphique, la diminution des cas entre 2005 et 2006, en basse transmission, dépasse les 50% et révèle toute l'importance des tests rapides dans le diagnostic correct des cas de fièvre.



Si l'on considère qu'en moyenne, les personnes de plus de 5 ans font 1 accès palustre par an, les résultats témoignent des limites importantes en termes d'accès aux antipaludiques pour ce groupe d'âge: dans la tranche d'âge des plus de 5 ans, moins d'un épisode de paludisme sur 15 est pris en charge dans un CSCOM.

D'autre part, pendant toute cette période, il n'y a pas de CTA disponibles ailleurs dans le cercle (en dehors des CSCOM appuyés par MSF).



III.4 Conclusions de la première phase du projet MSF à Kangaba

L'intervention de MSF dans le cercle de Kangaba avait pour objectif de **réduire la morbidité et la mortalité liées au paludisme, en rendant disponibles les nouveaux traitements efficaces contre le paludisme**. L'hypothèse de départ était que la disponibilité des « TDR+CTA » à bas prix dans les CSCOM garantirait que les malades qui en auraient besoin y auraient accès.

Au terme de la 1ère phase, les résultats sont mitigés.

La disponibilité des TDR+CTA dans les centres de santé appuyés est effective et assure un meilleur diagnostic et une meilleure prise en charge des cas de paludisme confirmés.

Ces éléments associés à un travail sur la qualité des soins et la sensibilisation de la population aux nouveaux traitements ont contribué à une augmentation de la fréquentation des structures. En 2006, le nombre de cas de paludisme confirmés pris en charge dans les CSCOM a augmenté de plus de 20% par rapport à l'année 2005.

Pourtant, malgré ces améliorations, les centres de santé au niveau de la communauté restaient largement sous-utilisés. Pour le paludisme, la couverture des cas restait extrêmement faible par rapport aux besoins estimés:

- Pour les enfants de moins de cinq ans, seulement un épisode de paludisme sur cinq était pris en charge dans un CSCOM.
- Pour les plus de cinq ans, moins d'un épisode de paludisme sur 15 était pris en charge dans un CSCOM.

Cette couverture des cas de paludisme était très faible. Or, elle est indispensable à la lutte contre le paludisme³⁰ et à la réduction de la mortalité et de la morbidité au sein de la population.

Dans un contexte où la disponibilité des traitements efficaces et la prise en charge de qualité avaient déjà été renforcées, la raison principale identifiée à cette faible utilisation des services résidait dans les obstacles financiers, vu le contexte de pauvreté généralisée. En outre, pour certains villages plus isolés et difficilement accessibles pendant l'hivernage, la barrière géographique bloquait aussi l'accès aux soins. Des renforcements de la qualité des soins au niveau des CSCOM et de la motivation du personnel restaient également nécessaire.

L'accent mis sur la DISPONIBILITE de traitements efficaces dans les centres de santé n'a pas résolu le problème de L'ACCES de la population aux centres de santé, avec pour conséquence une limitation très importante dans la réalisation des objectifs de réduction de morbidité et de mortalité liées au paludisme. L'appui de MSF aux CSCOM a en fait bénéficié à un nombre de personnes limité.

30. Peut-on contrôler la malaria dans les endroits où les services de santé de base sont sous-utilisés ? Unger et al., Tropical Medicine and International Health, Volume 11, mars 2006.



© Bruno de Cock

IV. Deuxième phase du projet – depuis décembre 2006



La deuxième phase du projet est toujours en cours, mais les résultats et analyses présentés ici se basent sur la période de décembre 2006 à décembre 2007.

IV.1 L'appui de MSF

Le soutien offert durant la première phase est maintenu, tant au niveau des CSCOM que du CSREF mais d'autres mesures ont été mises en place dans le but de:

→ Renforcer la qualité des soins dispensés

La formation du personnel se poursuit avec notamment un travail important au niveau des protocoles pour les pathologies courantes et pour le paludisme grave/compliqué au niveau du CSREF. Le système de référence des malades vers le CSREF a également été renforcé.

→ Augmenter la fréquentation des centres de santé à travers la gratuité

La gratuité des soins représente un manque à gagner pour les CSCOM. Les fonds non recouverts auprès des patients doivent être remplacés par une autre source de financement. Dans le cadre du projet, c'est MSF qui subsidie le système existant, en payant à la place du patient.

La compensation financière est organisée sous la forme d'un montant forfaitaire versé aux associations de santé communautaires (ASACO). Ces montants servent à couvrir les frais de fonctionnement des CSCOM ainsi que les primes de motivation du personnel. Les salaires qui ne sont pas pris en charge par le système national sont également financés par MSF.

Le CSREF est approvisionné en médicaments afin d'assurer la gratuité du traitement pour les pathologies non chirurgicales chez les enfants de moins de dix ans. Une compensation financière existe également pour assurer le transport du malade au CSREF, et garantir la prise en charge gratuite.

→ Améliorer l'accessibilité géographique aux centres de santé

Afin d'atteindre les malades qui vivent dans des zones isolées, lointaines des centres de santé et difficilement accessibles en saison pluvieuse, un réseau "d'agents palu" a été mis en place. Dans ces zones, les agents prennent en charge gratuitement les cas de paludisme confirmés des enfants de 0 à 10 ans, et ce pendant la période de haute transmission du paludisme.

Les Agents palu

Afin d'éliminer la barrière géographique pour l'accès aux centres de santé, MSF a mis en place, à partir de juillet 2007, un réseau d'agents communautaires (« agents palu ») afin de rapprocher les traitements de la population.

L'agent palu est chargé de la prise en charge gratuite du paludisme simple pour les enfants de 0 à dix ans. Il travaille dans les villages et hameaux distants de plus de 5 km des centres de santé durant toute la période de haute transmission du paludisme.



Les agents palu sont recrutés au sein des communautés qui les élisent et leur donnent leur légitimité. Ils vivent dans les villages et sont contractés par les ASACO qui leur accordent une petite prime de motivation via un support financier de MSF. Leur tutelle est assurée par le CS-COM le plus proche de leur aire d'intervention, et deux infirmiers superviseurs se chargent de leur suivi comme de leur encadrement. MSF les forme et leur fournit le matériel nécessaire à leur activité. Leur présence dans les villages permet une intervention précoce en cas de signes de fièvre.

L'agent palu est équipé de tous les outils nécessaires à son fonctionnement: TDR+CTA, paracétamol, gants, petit matériel médical, vélo, matériel d'identification etc.

Le traitement des patients débute après diagnostic par TDR. Le TDR est un outil simple à utiliser, qui donne une garantie que le traitement CTA ne sera dispensé qu'aux personnes fiévreuses dont le diagnostic a été confirmé. Les TDR négatifs et les cas présentant des complications sont impérativement référés vers les centres de santé communautaires (CSCOM) où ils sont pris en charge gratuitement, ou moyennant le tarif forfaitaire de 200 FCFA pour les plus de 10 ans. Leur rôle est donc extrêmement circonscrit, ce qui garantit une facilité de suivi de leurs activités.

Les résultats de la période de haute transmission 2007 sont encourageants. Les agents palu ont pris en charge pendant cette période un total de 7159 cas de paludisme pour des enfants de 0 à 10 ans.

IV.2 Évolution de la tarification des soins à partir de décembre 2006

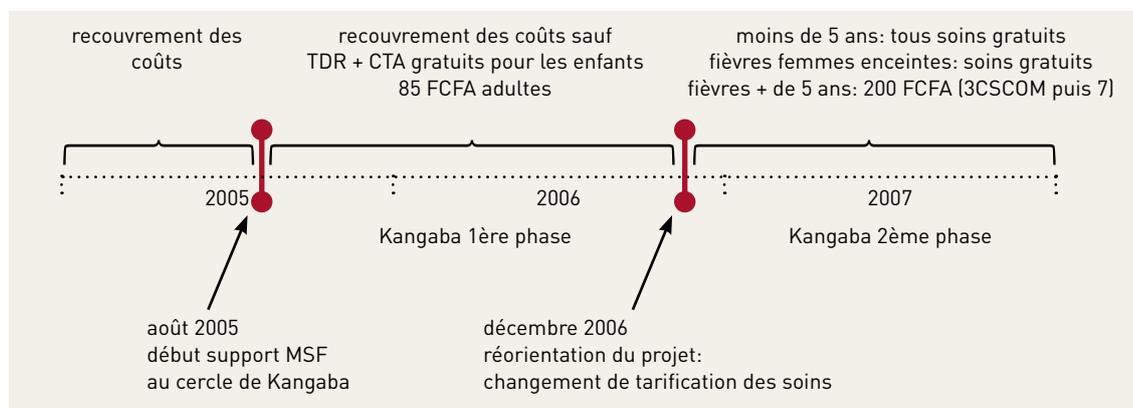
Gratuité des soins pour les moins de 5 ans et les femmes enceintes.

Suite aux résultats obtenus lors de la première phase du projet, MSF, avec les autorités régionales et locales, a décidé d'abolir les obstacles financiers pour les patients les plus vulnérables: les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. L'objectif est aussi de les réduire pour les autres groupes de la population. La stratégie a été implémentée dans les sept CSCOM appuyés dans le cercle de Kangaba.

Ainsi, depuis le 1er décembre 2006:

- **Les enfants de moins de cinq ans bénéficient de soins gratuits pour toutes les pathologies.** La gratuité s'étend à tout l'épisode de maladie (consultation, examens, traitements, référence et hospitalisation au CSREF), quelle que soit la pathologie diagnostiquée. Au niveau du centre de santé de référence, les enfants de moins de 10 ans sont pris en charge gratuitement pour le paludisme grave et les pathologies associées.
- **Les femmes enceintes bénéficient de la gratuité des soins en cas d'épisode de fièvre.** La gratuité comprend tous les frais liés à un épisode de maladie (consultation, examens, traitements et référence).
- **Les plus de cinq ans bénéficient d'un tarif forfaitaire réduit de 200 FCFA pour les soins en cas d'épisode de fièvre³¹.** Cette tarification inclut tous les frais liés à un épisode de maladie (consultation, examens et traitements et le transport des références vers le CSREF). Pour les autres pathologies, la tarification s'inscrit dans le système de recouvrement des coûts.

Résumé de l'évolution de la tarification des soins dans les CSCOM de Kangaba: première phase et deuxième phase



31. La tarification forfaitaire pour les plus de 5 ans a été appliquée de manière progressive : d'abord dans 3 CSCOM de décembre 2006 à Juin 2007. A partir de juillet 2007, elle a été appliquée dans les 7 CSCOM appuyés.

La gratuité des soins pour les groupes cibles: une stratégie pour augmenter la prise en charge du paludisme

La disponibilité de médicaments efficaces combinée à la gratuité des médicaments seulement, dans un contexte où les patients continuent à payer pour tous les autres éléments du système n'a pas suffi pour agir de manière significative sur l'utilisation des services. Les nouvelles stratégies choisies l'ont été sur base sur des résultats de la première phase du projet de Kangaba, sur les données disponibles dans le cercle de Bougouni³² ainsi que sur l'expérience de MSF dans d'autres contextes, concernant l'impact positif de l'abolition de la quote-part des patients sur leur utilisation des services³³.

Cette stratégie de gratuité ciblée vise à supprimer l'obstacle financier. De fait, si la barrière financière est supprimée uniquement pour le paludisme, il reste une incertitude importante quant au diagnostic qui sera formulé au centre de santé et donc sur les montants qui seront demandés au patient. Dans un contexte de pauvreté généralisée, cette incertitude est certainement de nature à dissuader les familles de se présenter au CSCOM, ou à repousser la décision.

La stratégie de gratuité totale pour tous les épisodes de fièvre ou pour toutes les pathologies pour les enfants de moins de cinq ans évite cet écueil. Elle passe un message très clair à la population quant à la facture finale à payer:

- Pour tous les cas de fièvre: 0 FCFA pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans, 200 FCFA pour les plus de 5 ans
- Pour les cas de maladie infantile: 0 FCFA.

Cette certitude encourage les familles à venir rapidement au CSCOM en cas de maladie. Or, la prise en charge précoce est cruciale, particulièrement pour le paludisme. En outre, les enfants de moins de cinq ans représentent un groupe particulièrement vulnérable, comme le confirment les chiffres de mortalité pour ce groupe d'âge, au Mali³⁴ et dans de nombreux contextes africains³⁵. Faciliter leur accès aux centres de santé, pour toutes les pathologies, apparaît donc comme une stratégie essentielle et s'inscrit dans les recommandations de l'OMS³⁶.

32. Accès aux soins de santé primaires au Mali, résultats d'une enquête épidémiologique réalisée dans le cercle de Bougouni, région de Sikasso. Médecins Sans Frontières, juin 2005.

33. Voir aussi le rapport MSF " pas d'argent, pas de soins de santé" disponible sur le site www.accesstohealthcare.msf.be

34. Enquête démographique et de santé, EDSM-IV, rapport préliminaire, 2006.

35. Voir site : www.who.int

36. Rapport sur la santé dans le monde, 2005. Donnons la chance à chaque mère et à chaque enfant. OMS.

IV.3 Bilan de la seconde phase d'appui de MSF aux CSCOM du cercle de Kangaba

a. Forces et faiblesses

Points Forts: comparaison phase I et phase II

- **Consultations curatives:** multipliées par 3
- **Taux de fréquentation des groupes cibles:**
 - Femmes enceintes:** passe de 0,3 à 1,1 nouvelle consultation / an
 - Enfants de moins de 5 ans:** passe de 0,67 à 2,86 nouvelles consultations / an
- **Cas de paludisme traités:** multipliés par 3,5 chez les moins de 5 ans
- **Cas de paludisme grave:** en diminution dans les CSCOM (de 6% à 1,7%)
- **Létalité liée au paludisme dans les CSCOM:** passe de 0,35% à 0,03%

Points Faibles

- **Le diagnostic différentiel au niveau des CSCOM:** à renforcer
- **Qualité et gratuité de la prise en charge au CSREF:** à améliorer
- **Suivi des pré-références** (des agents palu vers les CSCOM) et des références (des CSCOM vers le CSREF): à renforcer

b. Discussion sur les résultats principaux

i. Consultation curatives (toutes pathologies confondues)

→ Augmentation importante des taux de fréquentation pour les consultations curatives



Suite à l'implémentation des nouvelles stratégies de la deuxième phase du projet, le nombre total de consultations a connu une croissance remarquable:

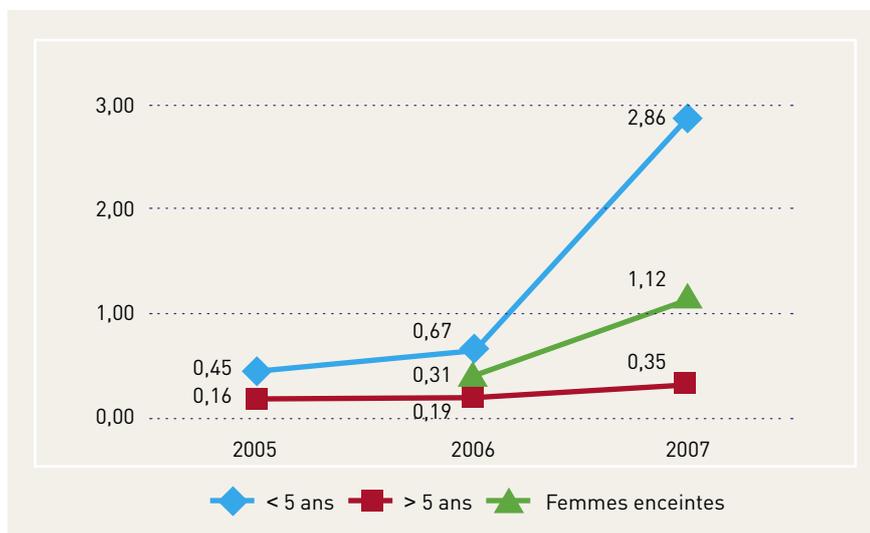
- Il **triple** par rapport à l'année 2006
- Il est **multiplié par quatre** depuis le début de l'intervention.

Le taux de fréquentation passe de 0,27 à 0,84 nouvelles consultations par habitant par an de 2006 à 2007³⁷.

37. Si on enlève les patients en provenance de l'extérieur de l'aire d'attraction des CSCOM, ce chiffre s'élève à 0,21 NC en 2005, 0,26 NC en 2006 et 0,79 en 2007.

→ Augmentation importante de la fréquentation des CSCOM par les groupes vulnérables

Ce tableau compare par groupe d'âges les taux de fréquentation pour toutes pathologies.



Le groupe des moins de cinq ans

- Le taux de fréquentation est multiplié par 4,2 par rapport à l'année 2006
- En 2007, ce taux s'élevait à 2,86 nouvelles consultations par enfant par an.

Les femmes enceintes

- Le taux de fréquentation est multiplié par 3,6 entre 2006 et 2007
- Il s'élève à plus d'une consultation curative par femme et par an (1,12 nouvelles consultations).

Les plus de cinq ans

- Le taux de fréquentation est multiplié par 1,8 entre 2006 et 2007
- Il atteint un taux de 0,35 nouveaux cas par habitant de plus de 5 ans.

Ces résultats montrent que l'augmentation de fréquentation touche particulièrement les groupes vulnérables qui étaient les cibles privilégiées des mesures de gratuité: les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes.

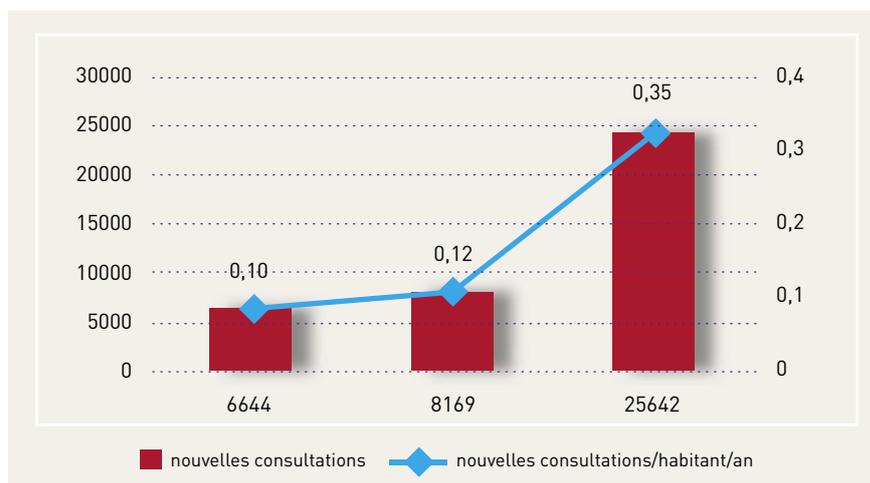
Dans le groupe des plus de cinq ans, pour lequel les changements de tarification étaient moins nets, la fréquentation reste relativement basse, notamment en comparaison avec le nombre de cas de paludisme attendu par an chez les adultes (en moyenne un accès palustre par an pour les plus de cinq ans)³⁸.

38. Plan d'accélération des activités de lutte contre le paludisme, Ministère de la Santé, République du Mali, avril 2007.

ii. Consultations liées au paludisme

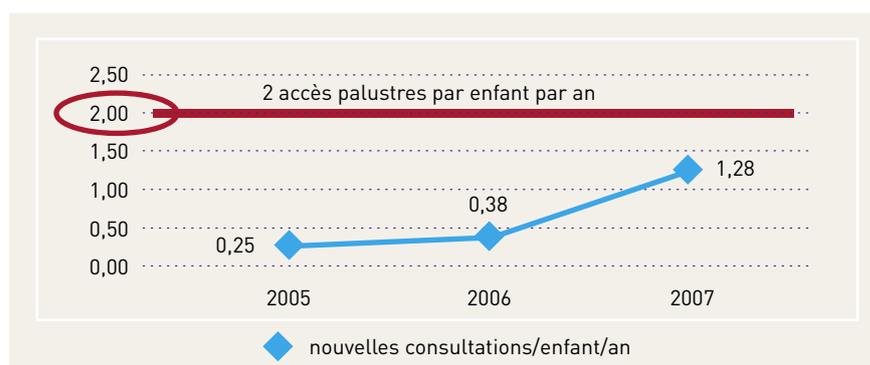
→ Triplement du nombre total de cas de paludisme traités

Ce graphique indique l'évolution de la prise en charge du paludisme dans les CSCOM soutenus par MSF, en termes de nombre de cas traités par habitant par an.



0,35 cas de paludisme par habitant ont été traités dans les CSCOM, en moyenne annuelle, soit plus de trois fois plus qu'avant le changement de tarification. Ces chiffres révèlent qu'avant les changements de tarification des soins, de nombreux malades de paludisme n'étaient pas pris en charge dans les CSCOM. C'est l'abolition de la barrière financière qui leur permet maintenant de se faire soigner, pour une pathologie pour laquelle des soins sont nécessaires.

→ Pour les enfants de moins de 5 ans: le total des cas de paludisme traités a été multiplié par 3,5



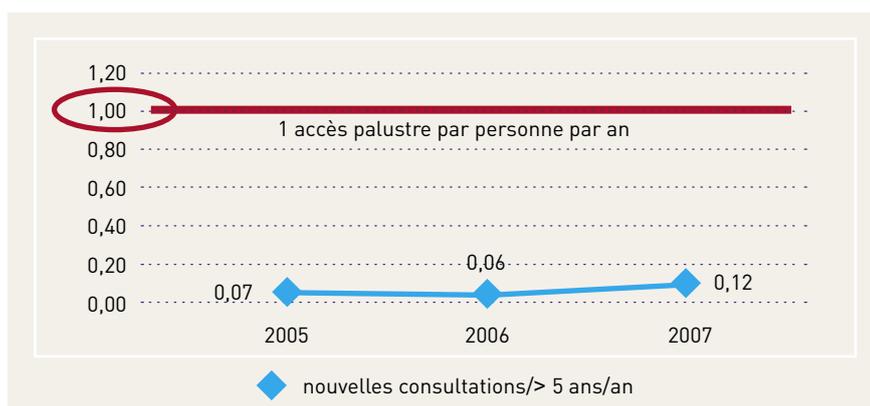
Ces chiffres indiquent une amélioration considérable de la couverture des besoins par rapport à la période précédente: plus d'un cas de paludisme par enfant a été pris en charge dans les CSCOM en 2007. Cela représente **64% des besoins totaux couverts** si l'on se réfère aux niveaux moyens de morbidité paludique connus pour cette tranche d'âge au Mali, contre moins de 20 % lors de la première phase du projet.

En 2007, le nombre total de cas de paludisme traités s'élevait à 16.819 dont:

→ 35% ont été pris en charge par les agents palu (soit un total de 5.919 consultations-paludisme simple uniquement)

→ 65% ont été pris en charge dans les CSCOM (10.900 consultations).

→ Pour les plus de 5 ans: le total des cas de paludisme traité a été multiplié par 2,2



La couverture en terme de traitement des cas de paludisme s'est améliorée par rapport à la première phase d'intervention. Toutefois, elle reste trop faible pour cette tranche d'âge: seul un cas sur huit a été pris en charge dans les CSCOM (si on estime que l'on peut s'attendre à un accès palustre par an pour la tranche d'âge des plus de cinq ans)³⁹.

En 2007, sur un total de 7.184 consultations paludisme pour les plus de cinq ans:

→ 17% ont été prises en charge par les agents palu (groupe des enfants âgés de cinq à dix ans seulement- cas de paludisme simple uniquement)

→ 83% ont été prises en charge dans les CSCOM.

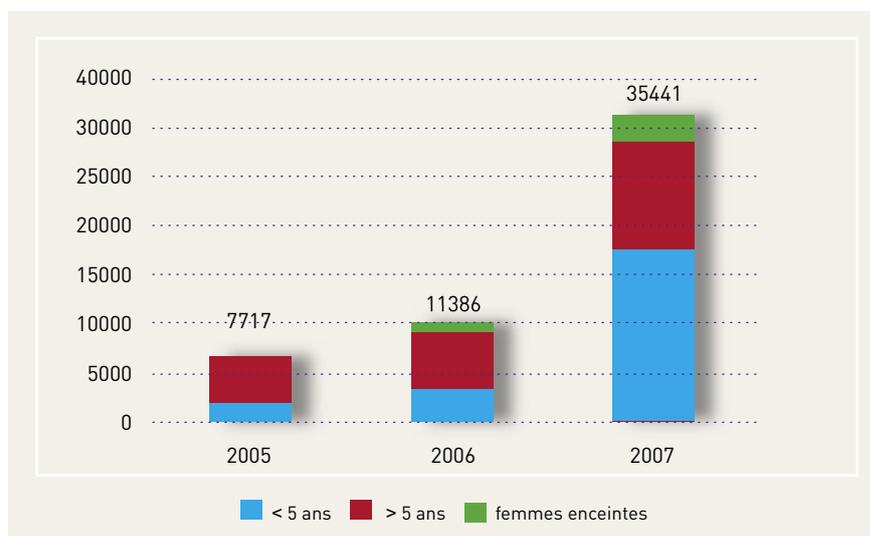
→ Pour les femmes enceintes: le total des cas de paludisme traité a été multiplié par 5

En 2007, 1.639 femmes enceintes ont été traitées pour le paludisme, ce qui correspond, pour ce groupe, à 0,45 nouveaux cas par personne par an, soit cinq fois plus qu'en 2006 (338 cas pris en charge équivalent à 0,09 nouveau cas par personne par an).

39. Plan d'accélération des activités de lutte contre le paludisme, Ministère de la Santé, République du Mali, avril 2007.

iii. Consultations non liées au paludisme

La fréquentation pour des causes autres que le paludisme est multipliée par 3



Note: les données de consultations pour les femmes enceintes ne sont pas disponibles pour l'année 2005.

Si le nombre de consultations curatives liées au paludisme a été multiplié par trois entre 2006 et 2007, le nombre de consultations liées à d'autres causes que le paludisme a également été multiplié par trois. 24.000 consultations supplémentaires ont été réalisées en 2007, par rapport à l'année 2006.

Les groupes pour lesquels les augmentations de fréquentation sont les plus fortes sont ceux ciblés par les mesures de gratuité:

- **Les enfants de moins de cinq ans** pour lesquels les consultations non paludiques ont été multipliées par 5 entre 2006 et 2007. Pour ce groupe, les pathologies principales prises en charge au niveau des CSCOM étaient en 2007: les infections respiratoires hautes et basses et autres infections ainsi que les maladies diarrhéiques.
- **Les femmes enceintes** pour lesquelles le nombre de consultations a été multiplié par 3,3 entre 2006 et 2007. Pour elles, les pathologies principales étaient en 2007 les infections sexuellement transmissibles, les infections respiratoires et autres infections et les maladies diarrhéiques.

Il s'agit des groupes plus vulnérables pour lesquels l'augmentation de fréquentation est cruciale si l'on veut améliorer la santé de la population et réduire la mortalité maternelle et infantile, toutes les deux, encore très élevées aujourd'hui au Mali. L'abolition de la barrière financière pour les moins de cinq ans fait d'ailleurs partie des mesures prioritaires proposées pour atteindre rapidement les objectifs du millénaire pour le développement en matière de réduction de la mortalité pour ce groupe d'âge⁴⁰.

40. quick win actions to reach the MDGs : "eliminating user fees for basic health services in all developing countries, financed by increased domestic and donor resources for health." Voir site : www.unmillenniumproject.org

iv. Impact de ces mesures sur la réduction de la mortalité dans les sept CSCOM appuyés par MSF dans le cercle de Kangaba

A ce stade, aucune enquête de population n'a encore été effectuée au niveau du cercle afin de mesurer l'impact de l'amélioration de la couverture des soins sur la mortalité de la population du cercle de Kangaba, particulièrement pour le paludisme. Une enquête rétrospective est envisagée afin de recueillir plus d'informations quant à l'incidence de la mortalité hors des structures de santé. Toutefois, certaines tendances encourageantes ont déjà été observées au niveau des CSCOM.

- **Le nombre de cas de paludisme grave** est passé de 6% de tous les cas de paludisme traités à 1,7% entre 2006 à 2007. Ces résultats indiquent que la prise en charge précoce et efficace des cas permet une diminution du développement des formes graves du paludisme et donc une réduction probable de la mortalité liée à ces cas.
- **Le taux de létalité pour le paludisme a été divisé par dix dans les CSCOM entre 2006 et 2007.** Il est passé de 0,35% à 0,03%. Ces chiffres indiquent également que la prise en charge efficace et précoce des cas permet de diminuer le risque de mortalité⁴¹.

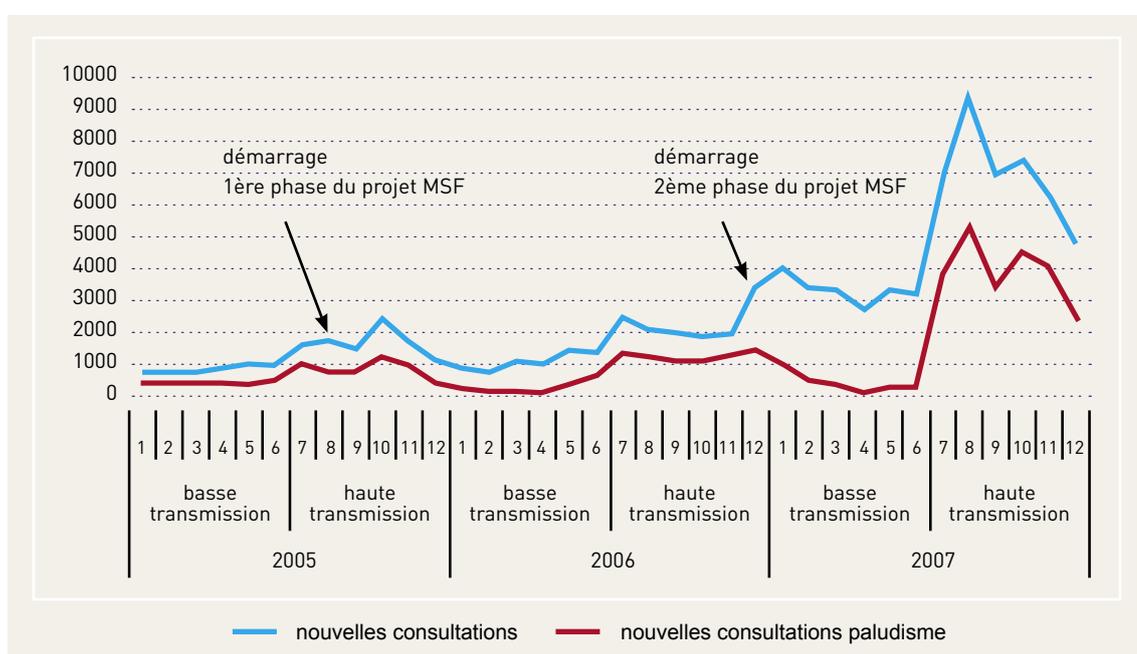


41. Ces données devraient être complétées par les données de létalité pour le paludisme grave au niveau du CSREF. La comparaison des données 2006 et 2007 n'est malheureusement pas possible à ce niveau en raison de l'indisponibilité de données fiables pour l'année 2006.

IV.4 Conclusions de la seconde phase du projet MSF à Kangaba

Les conclusions de la première phase du projet ont montré que la présence de MSF dans le cercle et le travail sur la disponibilité de traitements efficaces pour le paludisme dans les CSCOM contribuent à l'amélioration de la prise en charge des patients. La fréquentation des services augmente également, mais à un seuil ne permettant pas une couverture adéquate des besoins, particulièrement pour les cas de paludisme, pathologie ciblée par le projet.

Les conclusions de la deuxième phase du projet sont très positives: la stratégie de réduction des barrières financières a des résultats directs, très nets et soutenus dans le temps.



Ainsi, si on compare la deuxième phase par rapport à la première:

- Le nombre de consultations curatives a été multiplié par 3 ;
- Le taux de fréquentation pour les enfants de moins de 5 ans a quadruplé ;
- Le taux de fréquentation pour les femmes enceintes a été multiplié par 3,5 ;
- Le nombre total de cas de paludisme pris en charge a été multiplié par 3 ;
- Les cas de paludisme grave et les cas de mortalités liés au paludisme dans les CSCOM ont diminué.

Ces résultats indiquent sans équivoque une meilleure couverture des besoins de santé de la population dans la zone: particulièrement pour les groupes vulnérables et pour les cas de paludisme pour lesquels une prise en charge efficace et précoce est cruciale à la guérison. La mise en place du réseau d'agents palu a également permis d'agir sur la prise en charge précoce du paludisme dans les zones peu accessibles, en période de haute transmission.

Ces résultats confirment aussi que la gratuité des soins pour le patient, lorsqu'elle est subsidiée afin de garantir le maintien d'une offre de services de qualité, a un impact rapide sur la fréquentation des services. Dans un contexte où la morbidité et la mortalité liées au paludisme sont élevées et où la pauvreté est généralisée, cette mesure semble cruciale pour obtenir des résultats rapides en termes d'amélioration de la santé des populations. Elle permet de garantir que les subsides octroyés aux structures de santé atteignent la population, y compris les groupes les plus vulnérables.

Coûts engagés pour fournir gratuitement des soins de qualité aux populations ciblées

Les données présentées dans cette section ont été recueillies dans le cadre du projet MSF à Kangaba. Elles représentent une estimation des montants de subsides nécessaires pour obtenir les résultats présentés dans ce document. Bien que plusieurs paramètres peuvent varier selon les contextes et les intervenants, ces données peuvent servir d'indication sur les coûts à prévoir pour la mise en oeuvre de ce type de stratégie dans d'autres contextes.

Les données du projet montrent qu'entre 2005 et 2007, le nombre total de consultations a plus de quadruplé dans les CSCOM appuyés par MSF. La gratuité des soins pour les populations cibles est un facteur déterminant, mais qui représente des montants importants. En effet, les montants que les patients ne paient pas doivent être remplacés pour garantir la disponibilité de soins de qualité. Il faut donc subsidier le système, afin d'assurer que les postes de dépenses principaux des CSCOM soient couverts.

Au niveau des CSCOM, ces postes principaux sont: les médicaments, les ressources humaines et les frais de fonctionnement.

A partir de la deuxième phase du projet, en plus de l'approvisionnement des CSCOM en TDR+CTA et en médicaments essentiels, MSF a subsidié le système par un système de subvention aux ASACO afin de couvrir les autres frais principaux comme les ressources humaines (salaires et primes) et frais de fonctionnement. En plus de ces montants directement liés à l'activité des CSCOM, il faut également additionner les montants liés à l'équipe de support de MSF au système.

“Avant, à chaque saison des pluies, j’enterrais les enfants de mon village deux par deux.

Cette année, «Inch alah», j’en ai enterré encore aucun”

Imam de Kalakoro, novembre 2007

En termes de proportions (données 2007)

Si on considère uniquement les coûts liés au fonctionnement des CSCOM (sans l'équipe de support): les médicaments représentent 55 % des dépenses des CSCOM, les frais de personnel 32 % et les frais de fonctionnement, les 13% restant.

En termes de montants (données 2007)

Les coûts s'élèvent à une moyenne de **2.370 euros pour 1.000 consultations** prises en charge dans les CSCOM, sur base des taux de fréquentation de 2007 et du prix des médicaments fournis par MSF.

A titre de comparaison

Avant l'intervention de MSF, en 2005, lorsque le système de recouvrement des coûts était en place et que les taux de fréquentation des CSCOM étaient relativement bas, on estime que le coût de 1.000 consultations dans les CSCOM était de **20 % supérieur aux coûts actuels**.

Ces différences s'expliquent par le principe des **économies d'échelle**: le très faible rendement des CSCOM en 2005 rendait les dépenses en personnel et en frais de fonctionnement plus élevées lorsqu'on les calculait par consultation effectuée.

En 2007, les augmentations importantes de fréquentation des CSCOM garantissent une utilisation plus optimale des ressources disponibles, ce qui permet des économies d'échelle et une diminution du coût des soins par patient. On observe une baisse de 32% des dépenses en personnel et de 51% des dépenses de fonctionnement par patient, grâce à ces économies d'échelle.

Ces résultats sont importants. Ils révèlent que la stratégie de gratuité des soins, parce qu'elle entraîne une utilisation des services accrue, permet aussi une utilisation plus optimale des ressources, diminuant ainsi le coût des soins par patient.

Il en résulte un système moins onéreux par patient et plus efficace en termes de couverture, dès lors que les subsides pour les médicaments sont complétés par des aides pour couvrir les frais de personnel des CSCOM ainsi que les frais liés à l'encadrement et une supervision correcte des activités. Ces données peuvent servir d'indication quant aux montants nécessaires pour assurer une intervention efficace, visant à assurer que les subsides engagés atteignent réellement la population, en réponse à leurs besoins de santé.



© Bruno de Cock

V. Conclusions générales



Le Gouvernement du Mali s'est engagé depuis plusieurs années à lutter contre le paludisme qui constitue toujours une cause importante de morbidité et de mortalité au niveau national. Une étape importante dans cette lutte contre le paludisme a été le changement de protocole national de traitement du paludisme en faveur des nouvelles combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine ainsi que le retrait de la chloroquine du schéma thérapeutique. Le souci de rendre ces traitements accessibles à la population est aussi clairement inscrit dans la politique nationale de lutte contre le paludisme qui prévoit que les TDR et les CTA soient délivrés gratuitement au groupe des enfants de moins de cinq ans, très vulnérable par rapport à la maladie.

Médecins Sans Frontières s'est engagé depuis plusieurs années dans la lutte contre le paludisme au Mali en introduisant les TDR et les CTA. Depuis août 2005, le projet a été réalisé en étroite collaboration avec les autorités sanitaires maliennes, au niveau local, régional et national. Il s'est largement appuyé sur le système existant des CSCOM et des ASACO dans le cercle de Kangaba.

Après 3 années d'intervention, MSF a la volonté de partager les résultats positifs obtenus dans le cadre de ce projet pilote avec les différents intervenants dans la lutte contre le paludisme au Mali.

Les conclusions principales du projet sont les suivantes:

- **L'introduction des TDR+CTA au niveau des CSCOM contribue à l'amélioration du diagnostic et du traitement du paludisme.** La formation du personnel sur le nouveau protocole permet d'assurer une prise en charge correcte d'un maximum de patients.
- **L'information offerte à la population sur le paludisme et sur les traitements efficaces est cruciale.** Lorsque cette sensibilisation est effectuée, il y a un bon niveau d'acceptation des nouveaux traitements.
- **La disponibilité dans les CSCOM de traitements efficaces subsidiés par MSF a contribué à une augmentation non négligeable de l'utilisation des services. Pourtant, malgré ces augmentations, les taux de couverture, lors de la première phase du projet étaient largement insuffisants par rapport aux besoins.** Dans le cadre du système de recouvrement des coûts en vigueur dans les CSCOM au niveau national, et ce même si les TDR+CTA sont subsidiés, de nombreux malades sont exclus des soins de santé par manque d'argent. Ce constat est issu de plus d'une année et demi d'intervention dans le cercle de Kangaba où, malgré la disponibilité des traitements adéquats et la prise en charge correcte des patients, la majorité des cas de paludisme survenant dans la communauté n'étaient pas traités dans les CSCOM.
- **L'abolition des obstacles financiers pour les patients - non seulement pour les médicaments, mais également la gratuité totale de la prise en charge pour les groupes les plus vulnérables - a un impact énorme sur la fréquentation des services. Cette stratégie garantit une meilleure couverture des besoins de la population.** Ainsi, dans

le cadre de la deuxième phase du projet de Kangaba, la gratuité totale des soins pour les enfants de moins de cinq ans a permis de quadrupler le taux de fréquentation pour ce groupe vulnérable, le nombre total de cas de paludisme traités pour ce groupe a ainsi été multiplié par 3. La gratuité du traitement de tous les épisodes de fièvre pour les femmes enceintes a également multiplié leur fréquentation par trois. Ces mesures ont ainsi permis d'améliorer la couverture pour les groupes les plus vulnérables. On estime que plus de 60% des enfants de moins de cinq ans atteints de paludisme sont pris en charge.

- **Le développement d'un réseau communautaire d'agents palu dans les zones plus éloignées des CSCOM et difficilement accessibles en saison pluvieuse contribue à la prise en charge précoce et gratuite des enfants de moins de dix ans en période de haute transmission du paludisme.**
- **La combinaison de ces différentes stratégies agit sur la diminution du nombre de cas de paludisme graves pris en charge dans les CSCOM ainsi que sur les taux de mortalité liés au paludisme.**

Actuellement, au niveau national, la sous-utilisation des CSCOM reste un obstacle majeur à l'amélioration de la couverture des cas de paludisme. Cet obstacle empêche que les subsides déjà disponibles pour la lutte contre le paludisme atteignent la majorité de la population, y compris les plus vulnérables. Nous espérons que ces données pourront alimenter la réflexion sur la possibilité de subsidier le système de soins de santé, afin de remplacer les paiements des patients par d'autres sources de financement.

Au-delà de l'expérience de MSF à Kangaba et ailleurs, ces mesures sont également recommandées au niveau international dans le but d'atteindre les objectifs de réduction de la mortalité pour les groupes les plus vulnérables, comme les femmes et les enfants⁴². Subsidier la gratuité apparaît comme une mesure clé afin de garantir une intervention efficace, en réponse aux besoins de la population.

Plusieurs Etats se sont déjà engagés sur cette voie, pour certains avec le support de fonds internationaux. Ainsi au Niger, tous les soins sont gratuits pour les enfants de moins de cinq ans, au Burundi, pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes, en Ouganda, en Afrique du Sud et depuis peu, au Soudan, les soins de santé sont gratuits pour tous. Dans tous les cas où les résultats ont déjà pu être documentés, l'abolition des barrières financières pour le patient, accompagnée par des fonds supplémentaires issus d'une autre source de financement du système, ont eu un impact très positif sur la fréquentation des services par la population⁴³.

Nous souhaitons que les conclusions de ce projet pilote puissent susciter un débat au niveau national sur les stratégies à même d'améliorer la prise en charge du paludisme au Mali par une meilleure couverture des besoins de santé des populations.

42. quick win actions to reach the MDGs: "eliminating user fees for basic health services in all developing countries, financed by increased domestic and donor resources for health." Voir site : www.unmillenniumproject.org et Make every mother and child count, access to care and financial protection for all, WHO, World Health Report 2005.

43. Ministère de la Santé, OMS, Impact du décret présidentiel sur la gratuité des soins, Burundi, Septembre 2006.

NABYONGO J. et al. (2005) ,Abolition of cost sharing is pro-poor: Evidence from Uganda, Health Policy and Planning 20(2); p.100-108.



Contact pour information:

A Bamako: Rue 110, Porte 423, Korofina Nord
+223 224 30 03

E-mail (général): msfl-bamako@Luxembourg.msf.org

Au Luxembourg: info@msf.org

A Bruxelles: aau@brussels.msf.org

