



## **ANALYSE DU RECOUVREMENT DES PRESTATIONS DES SOINS DE SANTE ET LA PERFORMANCE FINANCIERE DES CENTRES DE SANTE DE REFERENCE DE KATI, REGION DE KOULIKORO**

**Dr. Tiowga SAKHO<sup>1</sup>, Dr. Sidi Mamadou DIALLO<sup>2</sup>, Pr. Soboua THERA<sup>3</sup>, Dr. Boubacar Sekou KEITA<sup>4</sup>,  
Dr. Djirbil DANFAGA**

UNIVERSITE DES SCIENCES SOCIALES ET DE GESTION DE BAMAKO/USSGB

**Abstract:** Le thème aborde les relations qui existent entre les prestations des soins recouvrées et la prise en charge des dépenses des centres de santé de la région de Koulikoro notamment le cercle de Kati. Nous avons adopté le postpositiviste pour mener à bien cette recherche. Notre démarche est hypothético-déductive, nous avons utilisé l'approche qualitative et quantitative. Nos outils de collectes sont: le guide, les entretiens face à face, les questionnaires, la revue documentaire. Nous avons eu comme résultat que: le recouvrement des frais de soin des patients est insuffisant pour couvrir les charges et les dépenses des centres de santé. L'Etat est obligé de les subventionner pour faire face aux charges et aux dépenses. Cette contre performance financière est liée à plusieurs facteurs notamment: la corruption, le prix des soins est fixé par rapport au pouvoir d'achat des patients et non par rapport aux charges des personnels, des frais de maintenance préventive des matériels, réparation des infrastructures comme fixe généralement les mercantilistes lorsqu'il s'agit de fixer les prix des prestations ou de biens par rapport aux coûts engagés pour la fabrication de tel ou tel produit. Pour finir l'Etat ne cherche pas de rendement aux services de santé.

**Keywords:** Recouvrement 1; soins de santé 2; Coût 3; Performance financière 4; Centre de santé de référence 5.

**Digital Object Identifier (DOI):** <https://doi.org/10.5281/zenodo.17357182>

### **1 Introduction**

Le Mali l'instar des autres pays de la sous-région ont du mal à recouvrer les frais médicaux après prestation.

De l'indépendance à nos jours les différentes politiques du système de recouvrement qui se sont succéder ont tous cherchés des solutions mais le problème demeure toujours surtout dans les pays au sud du Sahara.

Les charges des soins de santé étaient supporté par nos Etats c'est-à-dire les soins étaient gratuites

pendant cette période . Ce système a eu des insuffisances c'est pourquoi l'initiative de Bamako a été créée en 1988 et avait pour but d'adopter une stratégie participative communautaire de recouvrement des coûts pour promouvoir la santé primaire. L'initiative de Bamako a eu de grand succès dans tous les pays africains et en particulier les ceux qui sont situés au sud du saharienne .Beaucoup de pays se sont inspirés sur l'expérience malienne en vue de leur intégration dans les années 1990 .Le problème de recouvrement des coûts demeure toujours grâce à l'insuffisance de la couverture sanitaire ,associé aux difficultés d'accessibilité et financière .Les pays d'Afrique subsaharienne sont pauvres en grande majorité avec un faible revenu moyen par habitant, plus faible qu'il ne l'était dans les années 1960 due à l'endettement qui pouvait atteindre 80% du produit intérieur brut(PIB).L'Afrique a perdu sa place dans l'économie mondiale au XXI<sup>e</sup> siècle. L'objectif principal de notre système de santé est d'assurer les soins de qualité à l'ensemble de la population ; cela était possible si il y avait une bonne répartition du système de financement avec partage des risques .Les dépenses des soins de santé sont passées de 3% du PIB mondial en 1948 à 7,9% en 1997 .Les pays n'ont pas la même progression économique. Il existe une inégalité dans la répartition des ressources consacrées aux systèmes de santé .Les pays à faible et moyen revenu représentent 18% du revenu mondial et 11% des dépenses mondiale de santé, alors que 84% de la population vit dans ces pays et supporte 93% de la charge mondiale en matière de morbidité (médecine tropicale 2004-64-4-337).

A partir des années 80-90 l'Etat a cessé d'être l'acteur principal dans le système de financement des soins de santé à cause de l'insuffisance des ressources, la mauvaise gestion des structures sanitaires publiques, à entraîner le manque de motivation et une insuffisance en personnel qualifié. Dans les années 80 plusieurs auteurs ont défendu l'idée selon laquelle la santé est indépendante du prix à payer pour ces services.

Certains états ont démontré que les coûts directs sont les premiers critères que les bénéficiaires de soins tiennent compte dans leur prise de décision .Les pays en voie de développement après de multiples réflexions sont convenus à la conclusion d'un principe de recouvrement des coûts connu sous le nom de l'initiative de Bamako(IBM). Les ministères Africains de la santé ont adopté lors d'une réunion 1987 à Bamako avec la participation de l'Unicef et de l'OMS dénommée l'initiative de BAMAKO .Il est inscrit dans ce document que les bénéficiaires de soins doivent payer, intégralement ou partiellement les biens et services de santé souhaités par eux. Ce système de recouvrement s'est vite répandu en 1995 dans 15 pays Anglophones sur 20 soit 75% et 13 pays francophones sur 16 soit 81%(médecine tropicale-2004-64-4-339)

Selon l'OMS « **La performance est la capacité du système de santé à prendre en compte les attentes de la population et réduire les iniquités de financement du système** »

De nombreux dirigeants du secteur public se soucient de l'amélioration de leur gestion face aux réformes exigées par les Etats .Dans l'ancien système de santé l'Etat ne s'intéressait beaucoup pas à la gestion du service public. Les ressources financières étaient mises à la disposition des gestionnaires, il fallait justifier les dépenses après exécution ce qu'on appelle la gestion axée sur les moyens ce n'est plus le cas actuellement où les systèmes de gestion ont changé. Parmi ces nouveaux modes de gestion nous avons la gestion axée sur les résultats (GAR) .Ce système de gestion a remplacé le système de gestion axée sur les moyens, dans l'objectif d'atteindre les résultats, c'est pourquoi il y a eu la notion de performance qui revêt un caractère multidimensionnel.

Il s'agit de :

- **La performance financière**
- **La performance organisationnelle**
- **La performance médicale**
- **La performance managériale**

Notre étude portera sur le secteur de la santé et prendra comme centre de recherche le centre de santé de référence de Kati.

Nous allons nous limiter dans cette recherche à étudier le système de recouvrement des coûts et la performance financière. L'Etat met en œuvre une politique avec des orientations stratégiques et objectives. Sur le plan national il élabore des programmes et projets en vue d'atteindre des objectifs.

Pendant ces 10 dernières années le Mali est plongé dans une guerre asymétrique presque toute la zone de l'Afrique de l'Ouest est attaquée par les djihadistes. A cette crise d'insécurité s'est greffée la pandémie du covid 19 plus l'embargo plongeant ainsi le pays dans une grande crise financière. L'Etat a de grande difficulté à financer les structures publiques et en particulier celui de la santé. Les structures sanitaires ainsi tous les autres services qui bénéficiaient des subventions de l'Etat ont vu leur budget diminuer de 60 à 70% selon les gestionnaires. Cela entraînant un véritable impact dans la prise en charge des malades. Face à cette crise financière sociopolitique et géostratégique l'Etat n'est plus à mesure d'exécuter ses dépenses. La principale conséquence est que les structures sanitaires publiques doivent se prendre en charge, tirer la quasi-totalité de ses ressources dans leurs prestations. Cependant, la performance et les pratiques de GRH, toutes deux conçues à l'intention des employés, et doivent posséder deux caractéristiques fondamentales dans le nouvel environnement compétitif de l'entreprise : d'une part, elles doivent être complémentaires et d'autre part contribuer à la pérennité de l'entreprise c'est-à-dire, influencer des éléments tels que la croissance de la clientèle et la productivité ceci contribuant directement à la performance organisationnelle. Cependant, il n'en demeure pas moins que la relation entre GRH et la performance organisationnelle. Les pays les plus pauvres dans leur majorité sont implantés en Afrique subsaharienne et cumulent un faible revenu moyen par habitant, plus faible qu'il n'était dans les années soixante et un poids lié à l'endettement qui peut dépasser 80% du PIB (produit intérieur brut). Au début du XXI<sup>e</sup> siècle l'Afrique Subsaharienne a connu une chute dans l'économie mondiale par la dégradation des infrastructures sanitaires. C'est dans ce contexte d'extrême pauvreté et de vulnérabilité que cette partie de la continent vit actuellement. Les soins de santé en Afrique subsaharienne étaient gratuits suivant l'ancien système mais aujourd'hui ces pays n'ont plus la capacité de financer ces structures sanitaires.

Par exemple des études empiriques ont démontrées que lorsqu'ils avaient le choix à faire entre les soins de santé de meilleure qualité et les soins gratuits mais faible qualité dans les pays en voie de développement, même les plus pauvres préfèrent souvent payer pour obtenir des soins de santé meilleurs.

De même la situation sanitaire du Mali est restée précaire malgré les efforts entrepris depuis l'indépendance en 1960. Après la déclaration d'Amata en 1978, le pays s'est inscrit à la stratégie des soins de santé primaire, il a adopté en 1979 un plan sanitaire national 1980-1990 pour les SSP qui s'emblaient peut-être coûteux au premier abord. Au fur et à mesure de l'exécution de ce plan, les observations du système de santé ont démontré que son rendement était loin d'être satisfaisant. L'incapacité du budget national à financer le fonctionnement des formations sanitaires publiques était la raison de cet état de fait. Des insuffisances chroniques ont été constatées dans tous les domaines : en médicaments essentiels, en équipement et en matériels médicaux, en produits

consommables et en logistique on note également des difficultés relatives à l'organisation des services de santé à la formation, à la supervision et la participation communautaire.

Face à ces multiples difficultés de fonctionnement des tentatives ont été faites pour générer des ressources mais aucune d'elle n'a donné des résultats satisfaisant d'où la nécessité de recourir à d'autre voie .

Le déploiement des efforts conjugués de l'Etats et de ses partenaires a accru les besoins en ressources matériels humaines et financières face auquel la part du budget alloué au ministère de la santé est très insuffisante. Cette insuffisance va entrainer une baisse de la qualité du plateau technique et ensuite une diminution de l'amélioration des prestations des services de santé et leur fonctionnement au détriment de la majorité de la population bénéficiaire des soins .Pour palier à cette insuffisance il s'est avéré nécessaire de procéder d'autre alternative pour subvenir aux besoins des services sanitaires du pays. On peut dire que l'idée de recouvrement des coûts des services de santé avec la tarification des actes médicaux est née en tenant compte de la participation communautaire.

C'est pourquoi la part du contribuable est devenue nécessaire pour assurer la pérennité des soins de qualité au niveau de toutes les structures sanitaires. Les centres de CSRef ont un caractère privé à la limite dans leur gestion financière. Ils doivent se prendre en charge malgré l'insuffisance de la subvention accordée par l'Etat. Pour être viable et même performant il est impératif que ces CSref régénèrent des sources de revenue à hauteur de ses charges en faisant une prestation de qualité pour les patients. Les structures sanitaires ont généralement deux sources de revenus, les subventions de l'Etats et les recettes propres.

### **Problématique de Recherche.**

La défaillance du système de recouvrement des coûts associés au comportement non déontologique de certaines prestataires allant du « rançonnement des malades au détournement des patients vers les cliniques ou cabinets privés font que les services de santé publique ne fonctionnent plus à hauteur de souhait (Sessou , et al., 2023). La corruption et la vente illicite des médicaments « ont créé une certaine méfiance entre le prescripteur et le patient. Le recouvrement des frais médicaux dans les structures sanitaires est un problème qui met en mal tout le système de santé malien. Les hôpitaux ont du mal à recouvrir les frais médicaux après leur prestation sur les patients. Le recouvrement des coûts de prestation constitue un problème depuis les années 1960 et n'a été solutionné. En outre, ce que l'on a constaté en réalité, les services sanitaires publics d'Afrique de l'ouest en général et en particulier du Mali et singulièrement celui de kati, ne disposent pas d'une architecture comptable capable d'accomplir cette mission d'analyse, d'évaluation, et de maîtrise des coûts. Le CSref est soumis à des règles qui respectent simplement les dépenses d'un budget. La comptabilité analytique, jusqu'ici ignorée et ne s'applique que difficilement, dans une institution de telle structure.

Dans une étude réalisée au Mali et en Ouganda (6), la majorité des utilisateurs des services de santé reconnaissaient devoir faire d'énormes sacrifices pour payer les frais de santé la non exclusion des consommateurs est une des caractéristiques d'un bien public tel que la santé. Or le recouvrement des coûts, qui souvent s'est surajouté à un paiement informel qui préexistait dans un monde où la lutte pour la survie quotidienne est de mise, a induit une barrière financière pour l'utilisation des services par les populations les plus pauvres. Une partie de la population (5 à 30%) est incapable de payer et de ce fait n'a pas accès aux soins.

### **Question principale.**

Quelles relations existent-elles entre les frais de prestation et la performance financière des CSRéf de Kati?

Pour cela nous allons nous intéresser aux charges du CsRéf de kati par rapport aux frais de prestations des soins pour tirer au clair si les frais de prestation des patients parviennent à couvrir les charges et les dépenses du CsRéf de kati.

## **2 Revue de littérature et Définitions des concepts**

Les politiques de l'OMS en matière de recouvrement des coûts à l'échelle de l'Organisation visent à ce que :

Les coûts de l'administration et de gestion attribuables à la mise en œuvre des projets soient intégralement imputés à ces derniers (et aux contributeurs) ; la méthode employée pour recenser, budgétiser et imputer ces coûts, directs ou indirects, soit équitable et transparente ; et le montant total recouvré permet de payer les services nécessaires.

Les coûts liés aux services institutionnels/d'appui peuvent être classés en deux grandes catégories : directs et indirects.

Selon Lorino, P (1) « Est performance dans l'entreprise, tout ce qui, et seulement ce qui, contribue à atteindre les objectifs stratégiques p.64 ». La performance est une exigence pour la pérennité de l'entreprise, inévitablement liée aux valeurs des personnes et groupes d'intérêts qui la mesurent. Ainsi, bien géré l'être humain devient un enjeu tellement important qu'il fait partie intégrante des grandes orientations stratégiques et doit constituer une préoccupation permanente des entreprises. Ainsi les dirigeants doivent mettre en place des techniques et méthodes innovantes permettant de motiver, satisfaire, impliquer et retenir son personnel, afin de la rendre plus performante.

Presque partout heurtée à des résistances prévisibles de la part des élites villageoises traditionnelles notamment du corps médical qui voyait son pouvoir menacé du fait de la valorisation du personnel.

En plus de ces obstacles sur le terrain, les politiques de santé s'inspirant des principes d'Alma-Ata ont en partie été battues en brèche par la rigidité du système de santé qu'elles visaient à réformer. La difficulté principale résidait dans le contrôle très fortement centralisé exercé par les bureaucraties des gouvernements nationaux, affaiblissant l'administration chargée de gérer la santé publique à la périphérie. Cette hypercentralisation a fait obstacle à la mise en œuvre d'une nouvelle rationalité.

Ainsi, la plupart des bureaucrates responsables du domaine de la santé sont restés enfermés dans une logique caractérisée par le privilège des villes sur les campagnes, des hôpitaux sur les autres structures de santé et de la haute technologie médicale sur les soins essentiels, ce système se perpétuant de lui-même à la fois politiquement et administrativement. La rigidité des structures du pouvoir traditionnel a également fait obstacle à l'intégration des activités de santé dans un projet de développement économique et social global comme cela avait été préconisé lors de stratégie originelle. Elle a été aussi victime de la crise économique internationale qui a touché les pays africains de plein fouet (Pan American Health Organization, 2007).

Pour réaliser l'objectif des soins de santé primaires, l'Organisation mondiale de la santé recommandait d'augmenter la proportion des dépenses destinées à la santé, jugée faible et insuffisante, pour atteindre 5% du produit national brut. En 1981, les pays africains attribuaient entre 1 % (Soudan) et 11,9 % (Mozambique) de leurs dépenses publiques au secteur santé (OMS- Statistics, 2007). Un certain nombre de budgets de santé ont pu rester stables par rapport aux budgets nationaux, comme ceux de Madagascar et du Mali. Celui du Burundi a augmenté en 1984. Par contre, d'autres sont en nette décroissance. Par exemple, le budget du Zimbabwe a été réduit de 20 à 70% entre 1984-1990. Celui du ministère de la Santé du Sierra Leone est passé de 15,4 % du

budget national en 1964 à 8,2 % en 1989 et celui de la Tanzanie a diminué de 9% en 1979 à 5% en 1994 (OMS-Statistics, 2007). Combinés à cette réduction des budgets consacrés à la santé, les effets de la croissance démographique la plus élevée du monde aggravent encore la situation. Les fonds disponibles par habitant ont diminué dans tous les pays. La grande déception des gouvernements africains devant l'échec de la stratégie des soins de santé primaires résulte fondamentalement d'un malentendu.

La sous-estimation du coût pour la mise en œuvre des soins de santé de base qui était très insuffisante. En effet, s'il est vrai qu'un vaccin administré à un enfant coûte moins de dix centimes, le même vaccin appliqué à l'ensemble de la population infantine est susceptible d'alourdir considérablement un budget de santé déjà réduit à la portion congrue surtout lorsqu'il s'ajoute à toute une série d'autres immunisations comme à un programme de lutte contre la malnutrition et à un ensemble de mesures d'éducation maternelle en matière de réhydratation par voie orale, d'allaitement et d'hygiène générale(OMS-2008).

De même la stratégie de « Santé pour tous en l'an 2000 » était trop ambitieuse dans ces objectifs. Face à l'échec de la stratégie des soins de santé primaires qui devait mener à la réalisation de la « santé pour tous » et à laquelle ils avaient adhéré avec enthousiasme, les États africains au sud du Sahara se sont progressivement désengagés au cours des années 80, s'en remettant d'une part aux technocrates traditionnellement responsables de la santé publique et d'autre part aux organismes internationaux, principaux bailleurs de fonds des programmes mis en œuvre dans le domaine de la santé. Il apparaît que la plupart de ces organisations se sont, dans les faits, rapidement détournés de la stratégie définie à Alma-Ata pour adopter une approche plus sélective qui correspondait mieux à leur vocation initiale, caractérisée par des interventions verticales et ponctuelles réalisées indépendamment des programmes dans le cadre de la planification de la santé par les gouvernements (OMS, Rapport, 1978). Compte tenu du contexte que nous venons de décrire, les responsables de la santé publique dans les pays africains souhaiteraient connaître de façon suivie, les niveaux de santé de la population, en particulier à partir d'indicateurs robustes, comme par exemple le niveau de la mortalité ou d'accessibilité aux services de soins.

Cependant, des indicateurs comme l'espérance de vie à la naissance ou le taux de mortalité infantile sont très difficiles à évaluer avec précision dans la mesure où rares sont, en Afrique, les séries temporelles continues (OMS. AFRO, 2008).

Soucieux de comparaisons internationales, les éditeurs des annuaires internationaux n'hésitent certes pas à publier chaque année, pour chaque pays avec des chiffres qui sont bien souvent des estimations fondées sur des données dispersées dont la fiabilité est questionnable. La publication annuelle de tels indicateurs pour chaque pays africains dans les annuaires internationaux crée l'illusion chez les utilisateurs non avertis des problèmes de fiabilité relatifs aux chiffres présentés. Elle a malheureusement aussi un effet démobilisateur dans les pays où la collecte des données qui seraient nécessaires à une connaissance sérieuse des problèmes de santé nationaux (Preston. RH, 1986). Nous voyons qu'un effort croissant est exercé dans la plupart des systèmes nationaux de santé fondés sur les soins de santé primaires en vue de maîtriser les coûts, d'améliorer la qualité, d'encourager la coopération entre secteur public et secteur privé. Ensuite, d'avoir recours à toute une gamme de techniques pour promouvoir les économies et insister sur une gestion de qualité, d'assurer la continuité des soins et d'appliquer des techniques de gestion telles que les méthodes de résolution des problèmes par les équipes de district. Ceci

favorise la décentralisation de la gestion et la participation de la communauté et des autres partenaires concernés (OMS. AFRO, 2008)

Selon le Petit Robert, en tant que résultat chiffré dans une compétition, la performance sera proche de la métaphore sportive, mais en tant que résultat optimal qu'une machine peut obtenir, elle renvoie à la métaphore mécaniste (Murray, L., & al. 2000). Il existe plusieurs types de performances selon l'angle sous lequel le chercheur entrevoit le sujet. Les modèles de performances les plus utilisés en management sont: le modèle de processus internes, selon lequel une organisation performante est celle qui fonctionne sans heurt suivant des normes établies sans tensions excessives. La stabilité et le contrôle sont alors valorisés. Le modèle de l'analyse des processus des opérations place la mesure de performance organisationnelle au niveau de l'efficacité des processus internes de production. Cette vision est particulièrement populaire ces dernières années (Sicotte C. et coll. 1999).

Traditionnellement, le modèle de l'atteinte des buts est l'un des plus utilisés par les analystes et les praticiens. Ce modèle correspond à la conceptualisation fonctionnaliste de l'organisation qui fut et demeure la perspective dominante en théorie des organisations. Selon cette approche (Prince 1972), une organisation existe pour accomplir des objectifs spécifiques. L'évaluation de sa performance consiste alors à estimer dans quelle mesure l'organisation a atteint ses objectifs (Murray, 2000).

En terme économique, la performance est une mesure de l'efficacité: un système de santé efficace obtient beaucoup de résultats, compte tenu des ressources à sa disposition, tandis qu'un système inefficace gaspille des ressources, même s'il donne d'excellents résultats en termes de santé, de réactivité et d'équité. C'est-à-dire que l'on pourrait s'attendre à ce qu'il fasse encore mieux, car certains pays obtiennent les mêmes résultats en dépensant moins ou obtiennent de bien meilleurs résultats en dépensant un peu plus (OMS-2002).

Selon l'OMS, « ce sont les résultats obtenus en fonction des ressources qui constituent la véritable mesure de la performance d'un système de santé » (OMS 2006 et surtout RSDM 2000).

Selon l'Association française de normalisation (AFNOR), « le concept de management est lié au terme de qualité. En cela, plusieurs normes font reposer le management sur la qualité » (Van Hoorebeke, 2008).

Pour Granger (2021), le management est « la capacité à coordonner des ressources multiples afin d'atteindre un objectif collectif ».

Il s'agit de quelques études qui ont été réalisées dans le domaine du recouvrement des coûts et la performance financière au niveau des services de santé.

Les pratiques du recouvrement des coûts des structures de santé, tout comme ceux du management des projets améliorent significativement leurs résultats en apportant des plus-values en thème de productivité et un meilleur contrôle de ces structures (Zammar et Abdelbaki, 2013).

Le management du recouvrement des coûts est la gestion des ressources appliquées au recouvrement des coûts, c'est-à-dire l'ensemble des techniques d'organisation de ressource (humaines, financières, matérielles) mobilisées pour un recouvrement des coûts réussi et une bonne gestion des coûts recouvres en vue d'un bon fonctionnement des services au profit de la qualité des soins.

L'organisation est la coordination rationnelle des activités et des ressources humaines, matérielles et financières ainsi que la répartition des tâches, des attributions et des responsabilités de manière à réaliser au mieux les objectifs et à rendre durable leurs résultats.



Elles sont relatives à la pratique des autorités sanitaires au niveau de la Commune de Kati (les responsables des différentes structures : Direction Départementale, Zone sanitaire, Direction des Hôpitaux et Responsable Centre de santé) et au niveau Central (Ministère de la santé) à conduire et diriger les FSP.

Kafing DIARRA et al. (Mai 1997) à l'INRSP au Mali ont réalisé une étude sur la viabilité financière des CSCOM dans la région de Koulikoro. Dans leur étude, ils ont procédé à l'analyse des comptes d'exploitation et ont conclu que les CSCOM de la région de Koulikoro parviennent à couvrir leurs dépenses de fonctionnement considérées comme justifiées, dès leur première année, si on ne tient pas compte de l'amortissement des bâtiments qui est suffisamment lourd pour le budget des ASACO. Cependant, ils ont émis des inquiétudes pour l'évolution de l'équilibre financier de certains de ces centres de santé, notamment ceux de Moribabougou et de Monzombala.

Dans cette étude, ils ont posé la base de scénarii s'articulant autour de trois variables : le tarif, la fréquentation des CSCOM et la subvention par les partenaires ou cotisation par les populations. Il s'agit de quelques études qui ont été réalisées dans le domaine du recouvrement des coûts et la performance financière au niveau des services de santé.

Kafing DIARRA et al. (Mai 1997) à l'INRSP au Mali ont réalisé une étude sur la viabilité financière des CSCOM dans la région de Koulikoro. Dans leur étude, ils ont procédé à l'analyse des comptes d'exploitation et ont conclu que les CSCOM de la région de Koulikoro parviennent à couvrir leurs dépenses de fonctionnement considérées comme justifiées, dès leur première année, si on ne tient pas compte de l'amortissement des bâtiments qui est suffisamment lourd pour le budget des ASACO. Cependant, ils ont émis des inquiétudes pour l'évolution de l'équilibre financier de certains de ces centres de santé, notamment ceux de Moribabougou et de Monzombala.

Dans cette étude, ils ont posé la base de scénarii s'articulant autour de trois variables : le tarif, la fréquentation des CSCOM et la subvention par les partenaires ou cotisation par les populations.

Birama Djan DIAKITÉ et Kafing DIARRA de l'INRSP au Mali ont réalisé une étude sur l'estimation du coût des prestations du Centre national d'odontostomatologie (CNOS) en juillet 1998. Ils ont trouvé que les tarifs étaient supérieurs aux coûts de production.

En Sénégal, on a pu noter que le système de recouvrement mis en place avec l'IB permet aux Postes de santé (PS) d'atteindre un niveau de fonctionnement satisfaisant. En effet, en rapportant le niveau des recettes au niveau des charges supportées par le PS, on obtient des taux de recouvrement de coût moyen de 1,12. Toutefois, une étude du ministère de la santé publique et de l'action sociale révèle au fil des semestres, une diminution progressive de ces taux de recouvrement qui sont passés de 2,10 en 1992 à 1,15 en 1995 pour se stabiliser à un niveau moyen de 1,12. Toujours, à la lumière des informations issues du monitoring, il apparaît deux types de PS : ceux qui n'arrivent pas à recouvrer leurs coûts de fonctionnement et ceux qui y parviennent en réussissant parfois à générer un surplus de ressources financières leur permettant de faire des investissements.

Cette situation est problématique dans la mesure où elle menace la survie des PS et remet en cause la réussite de la stratégie des SSP et l'objectif d'autofinancement aujourd'hui préconisé par les institutions spécialisées à travers l'IB. (7)

Dans une étude portant sur les coûts, le financement et l'efficacité des établissements publics de santé au Sénégal, Bitran R. a montré la part qu'occupe chacune des prestations offertes par le PS dans le recouvrement



des coûts de fonctionnement. On observe que, selon les régions, les soins curatifs contribuent entre 44,2% et 72% au recouvrement, les accouchements entre 0 et 28 %, les vaccinations entre 4,9 % et 22,1 % et les soins préventifs entre 2,1 % et 9,9 %. Les résultats de cette étude font apparaître en outre de faibles taux de recouvrement des prestations de soins pour faire face aux charges et aux dépenses des centres de santé.

## 2.1 Définition des concepts

### ➤ Le recouvrement

Est la pratique qui consiste à établir et à percevoir des frais d'utilisation pour des services, y compris pour des activités de réglementation(OMS).

**Le recouvrement** est la démarche que réalise un créancier afin d'obtenir de son débiteur qu'il s'acquitte de la dette d'argent qu'il a contracté envers lui.

### ➤ Recouvrement des coûts.

**La notion de recouvrement des coûts à plusieurs définitions parmi lesquels nous pouvons donner quelques définitions :**

**Le recouvrement des coûts :** est une approche systémique permettant de financer les activités essentielles de l'OMS de manière durable. Toutes fois, ces trois mécanismes de recouvrement des coûts ne couvrent pas l'ensemble des coûts indirects nécessaires aux activités de l'OMS.

**Recouvrement des coûts :** c'est la couverture partielle ou totale des dépenses effectives à l'acquisition d'une prestation par la contribution financière des patients(OMS).

**Le recouvrement des coûts** est la pratique consistant à établir et à percevoir des frais d'utilisation pour les services, y compris des activités de réglementation. (Dictionnaire juridique)

### ➤ Taux de recouvrement

Se définit par le rapport des recettes totales divisées par le coût total ; ou le tarif sur le coût unitaire. (CSREF)

Les politiques de l'OMS en matière de recouvrement des coûts à l'échelle de l'Organisation visent à ce que :

Les coûts de l'administration et de gestion attribuables à la mise en œuvre des projets soient intégralement imputés à ces derniers (et aux contributeurs) ; la méthode employée pour recenser, budgétiser et imputer ces coûts, directs ou indirects, soit équitable et transparente ; et le montant total recouvré permet de payer les services nécessaires.

Les coûts liés aux services institutionnels d'appui peuvent être classés en deux grandes catégories : directs et indirects.

### ➤ Les coûts directs

Ils peuvent être clairement attribués, pour tout ou partie, à un projet ou à une contribution en particulier ; ils incluent les coûts associés aux fonctions de gestion et aux autres fonctions d'appui pour lesquelles un lien direct entre le coût et le projet peut être mis en évidence. Le recouvrement de la totalité des coûts directs est un élément essentiel de la budgétisation et de la mobilisation des ressources à l'OMS.

### ➤ Les coûts indirects

Ils ne peuvent être imputés de façon évidente à des activités, des projets ou des contributions particulières, mais sont engagés à l'appui de ceux-ci. Les fonctions suivantes peuvent entraîner des coûts indirects : la formulation de projets ; la préparation, le suivi et l'administration de plans de travail et de budgets ; le recrutement et les

services pour le personnel, les activités des consultants, les achats et la conclusion de contrats, et les opérations financières,

Les économistes font souvent la distinction entre coût comptable et coût d'opportunité ou coût social. Pour Williams, le coût d'un produit est ce que l'on sacrifie pour l'obtenir. Ainsi, le coût d'une intervention médicale est représenté par la valeur de toutes les ressources consommées.

Dans le contexte de la présente étude et pour plus d'adéquation avec les objectifs de notre travail, nous retenons la définition suivante :

➤ **Le coût**

Selon l'étymologie, le verbe coûter vient du latin *constare*, qui signifie être certain, et qui s'est spécialisé dans le latin populaire pour indiquer le prix. Le nom coût apparaît en 1155 de l'Anglais Cost

**Le coût** : est la valeur de l'ensemble des ressources mobilisées pour la réalisation d'une ou plusieurs activités.

Il existe différentes catégories de coûts dont celles fréquemment utilisées dans notre texte sont :

➤ **Coûts récurrents**

Ce sont les dépenses qui sont faites sur les biens et services qui ne durent pas plus d'un an.

➤ **Coûts d'investissement**

Elles représentent les dépenses effectuées pour l'acquisition des biens et services qui durent généralement plus d'un an.

**Quelques notions fondamentales du coût sont :**

**Coût total** : C'est la somme des coûts de toutes les ressources consommées par un objet de coût : une entité, un produit, un service etc.

Le coût total est généralement appelé coût de revient.

**Coût moyen** : il représente le coût total d'un ensemble divisé par le nombre **d'unités dans cet ensemble**.

**Coûts directs** : ils sont définis par rapport à une activité donnée ou par rapport à un service donné. Les coûts directs sont ceux liés à l'objet de coût.

**Coûts indirects** : ce sont les coûts des biens et services utilisés ensemble par plusieurs activités d'une structure. Ils ne peuvent donc pas être attribués à une seule activité. Ils sont souvent difficiles à identifier. Ce sont des coûts communs qui doivent être ventilés entre les différents services à l'aide souvent d'une clé de répartition dans une étude d'analyse des coûts.

**Coût de production** : c'est la somme des coûts des matières premières utilisées, du coût de la main d'œuvre et des frais généraux de fabrication (c'est la somme des ressources engagées dans la production).

**Coûts variables** : sont directement proportionnels au volume d'activité.

**Coûts fixes** : ils ne dépendent pas du volume d'activité.

**Coûts mixtes** : ils comportent essentiellement une partie fixe et une partie variable sans se rattacher à un schéma déterminé.

➤ **Autofinancement** :

Concept dérivé de celui du financement se définit selon le grand Robert comme le financement d'une entreprise par ses propres capitaux. Dans le domaine de la santé, le recouvrement de coût de fonctionnement des services offerts constitue l'élément essentiel de son appréciation. L'indicateur financier utilisé à cet effet est le taux de recouvrement des coûts, indicateur clé de l'évaluation de la viabilité financière d'une structure.

➤ **Viabilité** : Selon le dictionnaire Larousse, c'est l'aptitude à vivre d'un organisme ; et viable signifie : organisé pour aboutir, pour durer.

➤ **Tarif** : c'est le montant du prix d'un service, d'un travail, fixé par une autorité.

➤ **Prix** : Selon le dictionnaire Larousse, c'est :

1) La valeur d'une chose exprimée en monnaie.

2) La valeur, l'importance attachée à quelque chose.

3) La récompense décernée à quelqu'un pour son mérite ou son excellence dans une discipline intellectuelle, un art ou une technique.

Dans le cadre de notre étude, nous retiendrons la première définition faisant référence au prix du marché.

➤ **Centres de coût** : ce sont les centres d'analyse pour lesquels il existe des objectifs de gestion établis en termes de coût.

➤ **L'unité d'œuvre** : c'est un indicateur physique décrivant l'activité d'un centre.

➤ **Tarification à l'acte** : c'est un système de paiement basé sur le principe de tarif pour chaque acte médical.

La performance financière peut être défini comme étant la capacité d'une organisation à réaliser du profit, à assurer la rentabilité, en faisant la valeur ajoutée et à partir d'une stratégie atteindre ses objectifs.

Selon P. Paucher, la firme performante est celle qui investit de façons régulières c'est-à-dire des dépenses immédiates réaliser en vue de recette future afin d'assurer sa survie et sa croissance. Toutes fois, l'auteur ajoute que le financement des dépenses immédiates ne sera possible que si la firme a réalisé précédemment un surplus monétaire en une épargne.

Pour SAHUT et AL, la performance financière peut être défini comme les revenus, issus de la détention des actions. Les actionnaires étant le dernier maillon de la chaîne à profiter de l'activité de l'entreprise.

Le concept de la performance porte sur un jugement sur un résultat et les façons dont elle attend ce résultat tenant compte des objectifs de sa réalisation.

**La performance financière** est la capacité d'une organisation à faire du profit, à être rentable en faisant de la valeur ajoutée et en atteignant ses objectifs fixes à partir d'une stratégie. La firme performante est celle qui investit de façon régulière, c'est -à- dire des dépenses immédiates réaliser en vue de recettes futures, afin d'assurer sa survie et sa croissance. Toutefois, l'auteur ajoute que le financement de ces dépenses immédiates ne sera possible que si la firme a réalisé précédemment un surplus monétaires ou une épargne.

Pour SAHUT et AL, la performance financière peut être comme les revenus issus de la détention des actions. Les actionnaires étant le dernier maillon de la chaîne à profiter de l'activité du CSREF. Le concept de performance fait référence à un jugement sur un résultat et à la façon dont ce résultat est atteint, compte tenu des objectifs et des conditions de sa réalisation. La mesure de la performance dépasse le simple constat, elle a pour objectif la prise des décisions permettant d'améliorer les conditions de sa réalisation.

Un simple constat doit dépasser la mesure de la performance, et a pour objectif la prise de décision permettant d'améliorer les conditions de sa réalisation.

**La performance financière** : Quelques indicateurs de suivi financier du CSref

L'indicateur du maintien du capital médicament (IMCM)

- Le taux de bénéfice brut des médicaments (TBBM)

- Le Coût moyen de l'ordonnance (CMO)
- Productivité technique du personnel

$$P_1 = \frac{\text{Nombre de consultations de médecine générale par jour}}{\text{Nombre de médecin ou infirmier du CSCOM}}$$

$$P_3 = \frac{\text{Nombre d'accouchements par jour/mois}}{\text{Nombre de Sage – femme, Infirmière obstétricienne et matrone}}$$

Ces indicateurs permettent de mesurer la charge de travail par unité de personnel.

d. Rentabilité financière du personnel soignant (Couverture des charges du personnel par les recettes)

$$RF_1 = \frac{\text{Recettes des consultations de médecine générale}}{\text{Salaires, charges sociales et indemnités du médecin et/ou infirmier}}$$

$$RF_2 = \frac{\text{Recettes de la maternité}}{\text{Salaires, charges sociales et indemnités du personnel de la maternité}}$$

Les recettes de la maternité sont constituées par les CPN, accouchements, CPON, Surveillance préventives des enfants, Planning familial, etc. ...

Les recettes du Csref sont constituées par les interventions chirurgicales, les consultations curatives, soins infirmiers et autres actes dont la réalisation relève de la compétence du médecin ou infirmier.

#### ➤ La gestion budgétaire

La gestion budgétaire basée sur un plan d'opérations exprimé en francs et comprend, une prévision de recettes et de dépenses, pour une période déterminée généralement l'année.

La gestion budgétaire se fait sur la base du système de planification – contrôle.

Le principe est d'effectuer des choix à court terme après avoir défini le long terme désiré.

Pour cela il faut disposer d'informations de deux types :

- les informations internes : d'origine comptable (compte de résultat, bilan et autres états

Financiers) ou de la connaissance globale de la formation sanitaire,

- les informations externes : demande de soins, évolution démographique, etc. ...

#### Les critères de la performance financière

Les caractéristiques de la performance financière sont très nombreuses mais les plus utilisés sont :

- L'efficacité.
- L'efficience.
- L'économie des ressources.
- La qualité.

### 3 Methodologie de Recherche, Présentation du Domaine et du Résultat.

Notre épistémologie est post-positiviste basée sur un raisonnement hypothético-deductif et une approche mixte. Les outils utilisés sont les guides d'entretiens, les interviews, les questionnaires et les revues documentaires.

#### 3.1 Présentation du Domaine de Recherche.

A l'instar des autres CSRéf, le CSRéf de Kati est un établissement de santé, il constitue le deuxième (2<sup>ème</sup>) échelon et la première (1<sup>ère</sup>) référence de la pyramide sanitaire du Mali. Il assure les fonctions de première (1<sup>ère</sup>) référence technique et la santé publique telles que définies par l'article 25 de la Loi N°02-049 du 22 juillet 2002 portant Loi d'orientation sur la santé. Le CSRéf assure également les fonctions d'Hôpital de District par la Loi

N°2018-051 du 11 juillet 2018 portant création de l'Hôpital de District. Il est situé dans la Commune urbaine de Kati. Il est le premier (1<sup>er</sup>) CSRéf créé dans le Cercle de Kati dans le cadre de la mise en œuvre de l'application de la politique sectorielle de santé et de population au Mali. Il a été inauguré mardi, le 10 août 2010 par le Ministre de la Santé et de l'Hygiène Publique. Ces activités seront salutaires dans le cadre de la prise en charge des examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés, des femmes enceintes et sans oublier l'amélioration des indicateurs de santé publique. Les services fournis par ce CSRéf, ont permis d'assurer le renforcement du PEV en matière de la couverture vaccinale. Sa circonscription sanitaire est le District de Kati. A côté du District Sanitaire de Kati, il existe deux (2) autres Districts dans le Cercle de Kati à savoir : Le District Sanitaire de Kalaban Coro et ce lui de Ouélessébougou.

Figure 1. Carte sanitaire de Kati



### 3.1.1 Présentation des Résultats.

**Tableau 1 :** Prestations des services médicaux techniques du centre de santé de référence de Kati en 2022

| SERVICES         | PRESTATION                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NOMBRE                                                                                                                    |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Médecine         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultations curatives</li> <li>Hospitalisation</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                         | 16851 Dr Louis<br>1008                                                                                                    |
| Ophtalmo         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultations curatives</li> <li>Trichiasis</li> <li>Cataracte</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           | 4275 Dr Sadio<br>17<br>150                                                                                                |
| Gynéco/Maternité | <ul style="list-style-type: none"> <li>Accouchement</li> <li>Consultation prénatal</li> <li>Planning Familial</li> <li>Consultation post natal</li> <li>Consultations curatives</li> <li>Césarienne</li> <li>Ventouse</li> </ul>                                                                                                           | 3598Dr keita<br>3325<br>970<br>758<br>41953<br>339<br>67                                                                  |
| Cabinet dentaire | <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultations curatives</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                  | 656 Oumar COULIBALY                                                                                                       |
| Laboratoire      | <ul style="list-style-type: none"> <li>BW</li> <li>HBS</li> <li>Sérologie Toxoplasmose</li> <li>Sérologie de la Rubéole</li> <li>Test de Grossesse</li> <li>Goutte épaisse</li> <li>Widal</li> <li>Glycémie</li> <li>Albumine</li> <li>Sucre</li> <li>Créatinémie</li> <li>Transaminases</li> <li>Cholestérolémie</li> <li>Aslo</li> </ul> | 2489 Assistant Med Aisée<br>2336<br>1730<br>600<br>484<br>13106<br>2921<br>2786<br>2686<br>2616<br>628<br>205<br>6<br>682 |
| Imagerie         | <ul style="list-style-type: none"> <li>Echographie</li> <li>Abdominopelvien</li> <li>Obstétrical</li> <li>Vésicaux-prostatique</li> </ul>                                                                                                                                                                                                  | 680<br>1037<br>418                                                                                                        |
| ORL              | <ul style="list-style-type: none"> <li>Consultations curatives</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                  | 1371                                                                                                                      |

|                      |                                                                                                                                                                       |                        |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Service de Chirurgie | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultations curatives</li> <li>• Hospitalisation</li> <li>• Acte hernie simple</li> <li>• Acte hernie étranglée</li> </ul> | 350<br>108<br>51<br>14 |
| Pédiatrie Uranie     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultations curatives</li> <li>• Hospitalisation</li> </ul>                                                                | 1987<br>130            |

Source : auteurs

Tableau 2: la liste et prix des matériels et Equipement des services techniques

| Service                             | durée de vie | prix total         | amortissement     |
|-------------------------------------|--------------|--------------------|-------------------|
| Medecine                            | 10           | 14 948 000         | 1 494 800         |
| Ophtalmologie                       | 10           | 72 310 600         | 7 231 060         |
| Gynécologie obstétrique / maternité | 10           | 58 741 600         | 5 874 160         |
| Cabinet dentaire                    | 10           | 16 832 000         | 1 683 200         |
| Laboratoire                         | 10           | 78 561 200         | 7 856 120         |
| Imagerie médicale                   | 10           | 82 085 020         | 8 208 502         |
| ORL                                 | 10           | 340 000            | 34 000            |
| Bloc opératoire – chirurgie         | 10           | 149 577 400        | 14 957 740        |
| Pédiatrie /uréni                    | 10           | 10 280 600         | 1 028 060         |
| <b>TOTAL</b>                        | <b>10</b>    | <b>483 676 420</b> | <b>48 367 642</b> |

Source : service csref de Kati comptabilité matière

Le tableau N°2 nous avons la liste, le prix des matériels et équipementsdes services médicotechniques, ces équipements ont une durée de vie de 10selon le Comptable matière .connaissant la quantité de ces matériels nous avons calculer le montant total ensuite déterminé l’amortissement annuelle soit un montant 48 637 642 cfa

Tableeau3: la liste et prix des Equipements des Services de soutien

| Service                              | Durée de vie | Prix total         | Amortissement     |
|--------------------------------------|--------------|--------------------|-------------------|
| Administration                       | 10           | 40 613 300         | 4 061 330         |
| Chaîne de Froid                      | 10           | 30 235 000         | 3 023 500         |
| Service d'hygiène                    | 10           | 7 898 000          | 789 800           |
| Service Grande Endémie (tuberculose) | 10           | 628 000            | 62 800            |
| COURS                                | 10           | 62 170 000         | 6 217 000         |
| Bureau des Entrées                   | 10           | 3 210 000          | 321 000           |
| Morgue                               | 10           | 17 360 000         | 1 736 000         |
| Responsable Guichet                  | 10           | 1 716 200          | 171 620           |
| Dépôts de Vente                      | 10           | 2 894 800          | 289 480           |
| Salle grande chauffeur               | 10           | 1 346 000          | 134 600           |
| Pharmacie                            | 10           | 2 617 000          | 261 700           |
| Parc Auto-moto                       | 10           | 134 213 181        | 13 421 318        |
| <b>Total</b>                         | <b>10</b>    | <b>304 901 481</b> | <b>30 490 148</b> |

Source : Service comptabilité matière CSRF DE KATI

Au niveau du tableau 3 nous recensons la liste des équipements et matériels au niveau des services de soutien ensuite déterminer l’amortissement annuelle soit un montant de 30 490 148 fcfa



Tableau 4 : Amortissement des batiments des services techniques

| Services Techniques   | Surface en mètre carré | couts du mètre carré | durée de vie | cout total           | Amortissement     |
|-----------------------|------------------------|----------------------|--------------|----------------------|-------------------|
| Médecine              | 1 350                  | 170 000              | 50           | 229 500 000          | 4 590 000         |
| Ophtalologie          | 200                    | 170 000              | 50           | 34 000 000           | 680 000           |
| Gynécologie/Maternité | 2 400                  | 170 000              | 50           | 408 000 000          | 8 160 000         |
| Cabinet dentaire      | 200                    | 170 000              | 50           | 34 000 000           | 680 000           |
| Laboratoire           | 200                    | 170 000              | 50           | 34 000 000           | 680 000           |
| Imagerie Médical      | 200                    | 170 000              | 50           | 34 000 000           | 680 000           |
| ORL                   | 200                    | 170 000              | 50           | 34 000 000           | 680 000           |
| Bloc Opératoire       | 2 200                  | 170 000              | 50           | 374 000 000          | 7 480 000         |
| Pédiatrie/Ureni       | 1 200                  | 170 000              | 50           | 204 000 000          | 4 080 000         |
| <b>TOTAL</b>          | <b>8 150</b>           | <b>170 000</b>       | <b>50</b>    | <b>1 385 500 000</b> | <b>27 710 000</b> |

Source : comptabilité matières CSREF DE KATI

Dans le tableau4 nous avons exprimé les surfaces bâtie des bâtiments des medicotechniques en mètre carré et le coût du mètre carrée est de 170 000 fcfa .Les bâtiments ont une durée de vie de 50 ans selon le comptable .nous avons déterminé l'amortissement de ces bâtiments soit un montant de 27 710 000 fcfa

Tableau5: Amortissement des batiments des services de soutien

| Services de soutien | Surface en mètre carré | coûts du mètre carré | durée de vie | coût total         | Amortissement     |
|---------------------|------------------------|----------------------|--------------|--------------------|-------------------|
| Administration      | 800                    | 170 000              | 50           | 136 000 000        | 2 720 000         |
| Chaîne/Froid        | 72                     | 170 000              | 50           | 12 240 000         | 244 800           |
| Service d'hygiène   | 350                    | 170 000              | 50           | 59 500 000         | 1 190 000         |
| Grande/Endémie      | 600                    | 170 000              | 50           | 102 000 000        | 2 040 000         |
| Bureau des Entrée   | 800                    | 170 000              | 50           | 136 000 000        | 2 720 000         |
| Morgue              | 80                     | 170 000              | 50           | 13 600 000         | 272 000           |
| Responsable Guichet | 800                    | 170 000              | 50           | 136 000 000        | 2 720 000         |
| Dépôt de Vente      | 150                    | 170 000              | 50           | 25 500 000         | 510 000           |
| Salle/Chauffeur     | 25                     | 170 000              | 50           | 4 250 000          | 85 000            |
| Pharmacie           | 150                    | 170 000              | 50           | 25 500 000         | 510 000           |
| <b>Total</b>        | <b>3 827</b>           | <b>170 000</b>       | <b>50</b>    | <b>650 590 000</b> | <b>13 011 800</b> |

Source : comptabilité matières CSREF DE KATI

Au niveau du tableau N° 5 nous avons l'amortissement des bâtiments des services de soutien soit un montant total de 13011 800 fcfa

Tableau6 Etat des Dépenses de Fonctionnement et de Salaires du personnel en 2022

| TYPES DE DEPENSES                                 | MONTANT ANNUEL 2022 |
|---------------------------------------------------|---------------------|
| Salaire Personnel Fonctionnaire de l'Etat         | 269 494 728         |
| Salaire Personnel Fonctionnaire des collectivités | 125 239 728         |
| Salaire Personnel Contractuel du Centre           | 18 044 448          |
| Dépense de Fonctionnement                         | 28 434 267          |
| <b>TOTAL</b>                                      | <b>441 213 171</b>  |

Source : gestionnaire CSREF DE KATI

Le tableau N° 6 représente l'état des dépenses de fonctionnement les charges de personnels du 01janvier au 31décembre 2022 soit un montant total de441 213 171 fcfa

**Tableau 7** : synthétique de la repartition des charges directes d'investissements (amortissements équipements, bâtiments) et des charges courantes du personnel entre les prestations

| NATURE DE LA CHARGES                     | Charge par prestations |            |            |            |            |            |            |            |
|------------------------------------------|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                                          | 1                      | 2          | 3          | 4          | 5          | 6          | 7          | 8          |
| Amortissements Matériels et équipements  | 747 400                | 747 400    | 2 410 353  | 2 410 353  | 2 410 353  | 839 166    | 839 166    | 839 166    |
| Amortissements Bâtiments                 | 2 295 000              | 2 295 000  | 226 667    | 226 667    | 226 667    | 1 165 714  | 1 165 714  | 1 165 714  |
| Charge de fonctionnement et du personnel | 11 924 680             | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 |
| TOTAUX CHARGES DIRECTES                  | 14 967 080             | 14 967 080 | 14 561 700 | 14 561 700 | 14 561 700 | 13 929 560 | 13 929 560 | 13 929 560 |

Source : personnel enquête sur le terrain

| NATURE DE LA CHARGES                     | Charge par prestations |            |            |            |            |            |            |            |
|------------------------------------------|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                                          | 9                      | 10         | 11         | 12         | 13         | 14         | 15         | 16         |
| Amortissements Matériels et équipements  | 839 166                | 839 166    | 839 166    | 839 166    | 1 683 200  | 561 151    | 561 151    | 561 151    |
| Amortissements Bâtiments                 | 1 165 714              | 1 165 714  | 1 165 714  | 1 165 714  | 680 000    | 48 571     | 48 571     | 48 571     |
| Charge de fonctionnement et du personnel | 11 924 680             | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 |
| TOTAUX CHARGES DIRECTES                  | 13 929 560             | 13 929 560 | 13 929 560 | 13 929 560 | 14 287 880 | 12 534 403 | 12 534 403 | 12 534 403 |

| NATURE DE LA CHARGES                     | Charge par prestations |            |            |            |            |            |            |            |
|------------------------------------------|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                                          | 17                     | 18         | 19         | 20         | 21         | 22         | 23         | 24         |
| Amortissements Matériels et équipements  | 561 151                | 561 151    | 561 151    | 561 151    | 561 151    | 561 151    | 561 151    | 561 151    |
| Amortissements Bâtiments                 | 48 571                 | 48 571     | 48 571     | 48 571     | 48 571     | 48 571     | 48 571     | 48 571     |
| Charge de fonctionnement et du personnel | 11 924 680             | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 |
| TOTAUX CHARGES DIRECTES                  | 12 534 403             | 12 534 403 | 12 534 403 | 12 534 403 | 12 534 403 | 12 534 403 | 12 534 403 | 12 534 403 |

| NATURE DE LA CHARGES                     | Charge par prestations |            |            |            |            |            |            |            |
|------------------------------------------|------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|                                          | 25                     | 26         | 27         | 28         | 29         | 30         | 31         | 32         |
| Amortissements Matériels et équipements  | 561 151                | 561 151    | 561 151    | 2 736 167  | 2 736 167  | 2 736 167  | 34 000     | 3 739 435  |
| Amortissements Bâtiments                 | 48 571                 | 48 571     | 48 571     | 226 667    | 226 667    | 226 667    | 680 000    | 1 870 000  |
| Charge de fonctionnement et du personnel | 11 924 680             | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 |
| TOTAUX CHARGES DIRECTES                  | 12 534 403             | 12 534 403 | 12 534 403 | 14 887 514 | 14 887 514 | 14 887 514 | 12 638 680 | 17 534 115 |

| NATURE DE LA CHARGES                     | Charge par prestations |            |            |            |            |
|------------------------------------------|------------------------|------------|------------|------------|------------|
|                                          | 33                     | 34         | 35         | 36         | 37         |
| Amortissements Matériels et équipements  | 3 739 435              | 3 739 435  | 3 739 435  | 514 030    | 514 030    |
| Amortissements Bâtiments                 | 1 870 000              | 1 870 000  | 1 870 000  | 2 040 000  | 2 040 000  |
| Charge de fonctionnement et du personnel | 11 924 680             | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 | 11 924 680 |
| TOTAUX CHARGES DIRECTES                  | 17 534 115             | 17 534 115 | 17 534 115 | 14 478 710 | 14 478 710 |

#### 4 Conclusion

Le thème aborde les relations qui existent entre les prestations des soins recouvrées et la prise en charge des dépenses des centres de santé de la région de Koulikoro, notamment le cercle de Kati. Nous avons adopté le postpositivisme pour mener à bien cette recherche. Notre démarche est hypothético-déductive, nous avons utilisé l'approche qualitative et quantitative. Nos outils de collecte sont : le guide, les entretiens face à face, les questionnaires, la revue documentaire. Nous avons eu comme résultat que : le recouvrement des frais de soin des patients est insuffisant pour couvrir les charges et les dépenses des centres de santé. L'Etat est obligé de les subventionner pour faire face aux charges et aux dépenses. Cette contre-performance financière est liée à plusieurs facteurs, notamment : la corruption, le prix des soins est fixé par rapport au pouvoir d'achat des patients et non par rapport aux charges des personnels, des frais de maintenance préventive des matériels, réparation des infrastructures comme fixe généralement les mercantilistes lorsqu'il s'agit de fixer les prix des prestations ou de biens par rapport aux coûts engagés pour la fabrication de tel ou tel produit. Pour finir, l'Etat ne cherche pas de rendement aux services de santé.

## REFERENCES

1. Arrêté interministériel° 94-5092/MSSP.AMAT.SMF Fixant les conditions de création des CSCOM et les modalités de gestion des SSSC.de commune et des CSCOM.
2. Birama Djan Diakité Diarra(juillet 1998) Estimation du cout des prestations du centre national d'odontostomatologie(CNOS) Mali(INRSP)
3. Dara Kénéko( 2019), contribution à l'amélioration des pratiques de Gestion des Médicaments et dispositif médicaux à l'hôpital Gabriel Toure de Bamako : Mémoire de fin d'étude ;CESAG
4. Declaration de politique Sectorielle de Santé et de population du Mali-Edition1995.
5. Djoman Jean Marc(2002.) :coût,tarification et autonomie financière :cas du centre de traitement ambulatoire du diabète de Dakar.Mémoire de fin d'étude CESAG.
6. F.Z. Oufriha : Croissance des dépenses Une analyse économique du système de soins enAlgérie » P.202.-Année 1992-Alger
7. kefing Diarra et al. (Mai1997) Viabilité financière des cscom de la region de Koulikoro,MALI (INRSP) .
8. Paucher. Pierre (1993 P 20 )de la Performance financière de l'entreprise, collection de la gestion en plus office des publications universitaire Algerie.
9. Sahut et al. (2003) la création de la valeur financière. La revue financier, P 20.
10. Sesou Ablanvi Félicienne Valérie (2013 ): Mangement du recouvrement des couts et qualité des soins dans les Formations sanitaires publique Parakou : Benin ;
11. Touré, L. (2002). « Recherche socio-anthropologique sur la politique communautaire et sonacceptabilité par la population dans la zone sanitaire de Sélingué », Rapport Final, Médecin Sans Frontière, Luxembourg. Problématique de l'évaluation des coûts hospitaliers et gouvernancepublique. Problematic of the evaluation hospital costs and public governance