



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



ANALYSE DES POLITIQUES DE GRATUITE ET ETUDE DU COUT DE TRAITEMENT DU PALUDISME AU BENIN

Septembre 2018

Cette publication a été produite pour revu par l'Agency for International Développement des États-Unis.
Il a été préparé par le projet Finance et gouvernance de la santé.

Le Projet Financement et Gouvernance de la Santé

Le Projet Financement et Gouvernance de la Santé (Health Finance and Governance HFG) de l'Agence des États-Unis pour le développement international - USAID contribue à améliorer la santé dans les pays en développement en facilitant l'accès de la population aux soins de santé. Dirigée par Abt Associates, l'équipe du projet collabore avec les pays partenaires afin d'augmenter leurs ressources intérieures pour la santé, de gérer leurs précieuses ressources plus efficacement et de prendre des décisions d'achat judicieuses. En conséquence, ce projet d'envergure mondiale de 209 millions USD d'une durée de six ans augmente l'utilisation des services de santé à la fois primaires et prioritaires, y compris les services pour le VIH/sida, la tuberculose, le paludisme et la santé de la reproduction. Conçu fondamentalement pour renforcer les systèmes de santé, HFG aide les pays à gérer leurs transitions économiques nécessaires à l'atteinte de la couverture maladie universelle.

Septembre 2018

Cooperative Agreement No: AID-OAA-A-12-00080

Submitted to: Scott Stewart, AOR
Office of Health Systems
Bureau for Global Health

Recommended Citation: Degla, Delphin, Faye, Sophie, Barry, Hawa, Zida, André, Derrriennic, Yann. Septembre 2018. Analyse des politiques de gratuité et étude du cout de traitement du paludisme *au Bénin*. Rockville, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc.



Abt Associates Inc. | 6130 Executive Blvd | Rockville, Maryland 20852
T: 301.347.5000 | F: 301.652.3916 | www.abtassociates.com

Avenir Health | Broad Branch Associates | Development Alternatives Inc. (DAI) |
| Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHSPH) | Results for Development Institute (R4D)
| RTI International | Training Resources Group, Inc. (TRG)



ANALYSE DES POLITIQUES DE GRATUITE ET ETUDE DU COUT DE TRAITEMENT DU PALUDISME AU BENIN

DISCLAIMER

The author's views expressed in this publication do not necessarily reflect the views of the United States Agency for International Development (USAID) or the United States Government.

TABLE DES MATIERES

Acronyms.....	v
Synthese.....	vi
1. Introduction	1
2. Description de l'initiative de gratuité de prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans.....	2
2.1 Buts de initiative.....	2
2.2 Le mécanisme de mise en œuvre de l'initiative.....	2
2.3 Cibles et paquets de prise en charge	3
2.4 Le processus de remboursement des formations sanitaire.....	3
2.5 L'approvisionnement en intrants de lutte contre le paludisme	4
2.6 Suivi Evaluation du processus.....	5
3. Evaluation de la mise en œuvre de l'initiative de gratuit	6
3.1 Méthodologie.....	6
3.1.1 Echantillon.....	6
3.1.2 Collecte et analyse des données.....	6
3.2 Résultats de l'évaluation.....	7
3.2.1 Niveau de compréhension de l'initiative de gratuité	7
3.2.2 Mise en œuvre de l'initiative.....	8
3.2.3 Gratuité de la prise en charge du paludisme : opportunités et défis par rapport à l'assurance maladie universelle.....	14
3.3 Limites du travail.....	14
4. Avantages et risques du passage de l'initiative de gratuite à l'assurance maladie subventionnée	15
4.1 Initiative de gratuité et assurance maladie : expérience de quelques pays.....	15
4.1.1 Le cas du Ghana	15
4.1.2 Le cas du Sénégal	16
4.1.3 Le cas du Vietnam.....	16
4.2 Avantages et risques de l'intégration des politiques de gratuites dans un système d'assurance maladie	17
4.2.1 Avantages	17
4.2.2 Risques	18
4.2.3 Avantages et désavantages d'une intégration des soins et services du paludisme dans le régime assurantiel ARCH.	18
5. Conclusion	20
6. recommandations	21
Annexe I: Analyse de cout de l'artésunate injectable et suppositoires pour la PEC du paludisme grave.....	22
I. Estimation de la population du paludisme grave par poids.....	22
I.1 Méthodologie.....	22
I.2 Résultats.....	24
Annexe 2 : Les organes de gestion de l'initiative sont conçus selon les niveaux de la pyramide sanitaire	34

Annexe 3: Rôles et responsabilités des acteurs selon le niveau de la pyramide sanitaire	35
Annexe 4 : Paquets des prestations prises en compte par l'initiative de gratuité	39
Annexe 5: Points des entretiens prévus et réalisés dans le cadre de l'évaluation de la mise en œuvre de la gratuité paludisme	41
Annexe 6: Bibliographie.....	43

Liste des tableaux

Tableau I : Notes des répondants par rapport à la difficulté de remplissage des outils de gestion.....	111
Tableau A1 : Estimation des dosages de l'artésunate injectable par poids et par groupe d'âge.....	233
Tableau A2 : coût totaux artésunate suppositoire, injectable et consommables en millier de FCFA.....	244
Tableaux A3: Détails du calcul des couts	275

Liste des figures

Figure 1 : Schéma du circuit de demande et de remboursement des frais liés à la prise en charge des cas	4
Figure 2 : Evolution du nombre de décès lié au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans	10

ACRONYMES

ARCH	Assurance pour le Renforcement du Capital Humain
C/SRFM	Chef Service des Ressources Financières et Matérielles
CAME	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CMM	Consommation Moyenne Mensuelle
CNHU	Centre National Hospitalier Universitaire
COGECS	Comité de Gestion de Centre de Santé
CTA	Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine
DAF/MS	Direction de l'Administration et des Finances du Ministère de la Santé
DDS	Direction Départementale de la Santé
DRZ	Dépôt Répartiteur de Zone
EDS	Enquête Démographique et de Santé
EEZS	Equipe d'Encadrement de Zone Sanitaire
GE	Goutte Epaisse
HFG	Health Financing and Governance
HZ	Hôpital de Zone
ILP	Intrant de Lutte contre le Paludisme
NFS	Numération Formule Sanguine
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme
SNIGS	Système National Intégré de Gestion de l'Information Sanitaire
TDR	Test de Diagnostic Rapide
TPI	Traitement Préventif Intermittent
UNICEF	Fonds des Nations Unis pour l'Enfance
USAID	Agence des Etats-Unis pour le Développement International

Dans le cadre de la lutte contre le paludisme, le Bénin a adopté la politique de la gratuité de la prise en charge des cas de paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans en Octobre 2011, pour soulager les populations du poids des dépenses de santé.

Cette politique de gratuité est diversement appliquée dans les centres de santé et les hôpitaux publics selon les résultats des différentes supervisions et revues organisées à cet effet.

Avec l'avènement d'un nouveau régime à la tête du pays depuis 2016, des réformes sont en cours d'exécution dans le secteur socio-sanitaire grâce à la mise en œuvre du programme Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH). Il s'agit d'un programme à quatre services dont l'assurance maladie universelle, la formation, le microcrédit et l'assurance retraite. La mise en œuvre du premier volet qu'est l'assurance maladie aura certainement des répercussions sur l'initiative de prise en charge gratuite du paludisme qui fait partie du panier de soins proposé.

La présente analyse commanditée par l'USAID et conduite par HFG a pour objectif de mettre en exergue les opportunités et risques liés à cette transition en vue de faire quelques recommandations pour que ce changement ne soit la source de perturbations dans le système de prise en charge. Pour cela une étude qualitative de la mise en œuvre et une revue documentaire ont permis d'avoir les résultats ci-après :

- Les acteurs du système ont une bonne compréhension de l'initiative et connaissent les objectifs
- Pour la mise en œuvre proprement dite
 - Cette initiative n'a pas amené de changement majeur dans le mode de gestion des formations sanitaires.
 - La transmission des rapports et autres documents dans le cadre de cette initiative souffre de graves insuffisances marquées essentiellement par les retards et les erreurs
 - Sur le plan du suivi évaluation les acteurs de la périphérie estiment qu'ils n'ont pas le soutien de leur hiérarchie directe. Le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) central fait des descentes sur le terrain mais n'arrive pas à couvrir toutes les structures impliquées.
 - Le processus de remboursement des structures sanitaires présente des défaillances dues à la lourdeur administrative tant au ministère de la santé qu'au Ministère de l'Économie et des Finances. La conséquence c'est le non renouvellement à temps des intrants de lutte contre le paludisme (ILP) et un désintérêt progressif par les acteurs à la mise en œuvre effective de cette initiative. Ce qui se traduit par un non application de la politique de gratuité du paludisme
 - En ce qui concerne la transition de l'initiative de la gratuité vers l'assurance maladie, les acteurs interviewés n'ont pas une vision claire sur la question quel que soit le niveau central ou périphérique. Toutefois pour les acteurs des hôpitaux et centres de santé l'initiative devrait se poursuivre quel que soit la formule. Quant aux acteurs du niveau national (PNLP) leur souhait est que la gestion de cette initiative soit prise entièrement en charge par le projet ARCH.
 - les échanges avec les membres de l'Unité de Coordination du Projet ARCH (UCP/ARCH) ont permis de comprendre qu'à terme les initiatives de gratuité disparaîtront, mais dans

l'immédiat elles devraient se poursuivre en attendant la couverture effective de toutes les cibles par l'assurance maladie.

L'importance de la prise en charge gratuite du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans est unanimement reconnue par tous les acteurs pour la réduction de la mortalité liée à cette maladie. Cependant, le système de recouvrement des coûts avec un tiers payant qu'est l'Etat n'a pas bien fonctionné entraînant ainsi le non renouvellement à temps des stocks d'intrants de lutte contre le paludisme. Ceci a pour conséquence des ruptures de stock et le désengagement des formations sanitaires pour cette initiative.

On note une absence de dialogue entre l'UCP/ARCH et la coordination du PNLP sur la question de transition de la gratuité vers une assurance maladie.

USAID Bénin a mandaté HFG d'exécuter une analyse des considérations de prix pour les produits injectables et rectaux à administrer qui seront bientôt introduits au moment d'une transition profonde des mécanismes financiers de l'Etat (l'introduction de l'assurance maladie ARCH). En particulier : Quantifier le nombre de cas de paludisme traités, stratifiés par type simples et graves, groupe bénéficiaires (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes et tous les autres) et par niveau de traitement (communautaire, centre de santé et hôpital). Utilisant le logiciel OneHealth HFG nous avons modélisé le coût des molécules à introduire, artésunate injectable et suppositoires. Le coût aux bénéficiaires, dépendra de leur appartenance aux populations cibles/subventionnées dans le cadre de l'ARCH. Les résultats, voir annexe I, de ces estimations seront très utiles dans les réflexions sur le panier des soins de l'ARCH et son coût.

Conclusion :

Vue le constat de la revue des mécanismes de remboursement et l'impact sur la gratuité, l'arrivée de l'ARCH est une opportunité pour la lutte contre le paludisme au Bénin. Le mécanisme de paiement et remboursement qui sera mis en place par l'ARCH ne peut qu'être une amélioration sur la situation actuelle.

La revue de littérature donne l'exemple du Vietnam comme une piste probable d'intégration d'un mécanisme vertical de gratuité dans une assurance maladie sociale. Mais le régime d'assurance au Vietnam était déjà robuste et bien établi avant que la prise en charge du VIH y soit intégrée.

Par contre le mécanisme assurantiel de l'ARCH est loin d'être finaliser. Dans les mois qui viennent il y aura beaucoup de travail et de décisions à prendre. Il faut assurer que les intérêts de la lutte contre le paludisme sont pris en compte.

Recommandations :

PMI Bénin devra faciliter le dialogue entre l'UCP-ARCH et le PNLP sur la prise en charge du paludisme dans le régime de l'ARCH et continuer son action dans la lutte contre le paludisme, à travers un appui technique à ARCH. Dans le court terme l'appui par rapport à l'approvisionnement des intrants de lutte contre paludisme devra également continuer en attendant que ARCH maîtrise ce volet en collaboration avec la CAME.

Deux scénarios en considération ont comme hypothèse que le mécanisme de paiement/remboursement sera plus performant que l'actuel mécanisme de remboursement des soins du paludisme, et donc ARCH va améliorer l'accès aux services et soins du paludisme en rendant les soins et services plus accessible financièrement.

Le premier scénario, qui consiste à faire la gratuité pour les ultra pauvres, est moins complexe à mettre en œuvre (et donc a plus de chance d'avoir des résultats). Il demanderait moins d'effort dans la phase de conceptualisation et de mise en œuvre du pilote de l'assurance maladie ARCH

Le second scénario, qui consiste à l'inclusion d'une population cible paludisme dans les bénéficiaires d'ARCH, demanderait un mécanisme plus complexe et une prise en compte de ses populations dans la conceptualisation des approches et outils. Il sera aussi plus complexe à gérer pour les prestataires.

Le choix dépendra du dialogue entre les parties prenantes ; UCP-ARCH et le PNLP et leurs capacité de développer l'approche et les outils. Il est important de prendre l'opportunité du pilote pour tester les approches et outils, d'adapter et de passer à l'échelle avec un mécanisme performant

I. INTRODUCTION

Le Bénin, à l'instar de la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne, enregistre le paludisme comme la première cause de mortalité et de morbidité. Selon l'annuaire des statistiques sanitaires du Bénin¹ (SNIGS 2016), le paludisme est la première cause de consultation (42,8%) et d'hospitalisation (52,3%). Les anémies sont la deuxième cause d'hospitalisation avec 11,9% des cas enregistrés. Chez les enfants, le paludisme est également la première cause d'hospitalisation avec 52,4% des cas enregistrés. L'anémie occupe la deuxième place (20,7%), suivie des infections respiratoires aiguës (5,2%). Le Bénin aussi connaît une réduction de l'incidence et de la létalité du paludisme qui sont passées respectivement de 17% à 14,6% et de 1,4‰ à 0,8‰, soit une baisse de 14% pour l'incidence et de 43% pour la létalité. Malgré ces progrès constatés, le paludisme demeure un problème de santé.

Pour réduire les dépenses de santé des ménages, et particulièrement les dépenses dues au paludisme, le Bénin a adopté la politique de la gratuité de la prise en charge des cas de paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans en Octobre 2011.

Cette politique de gratuité est mise en œuvre par le Programme Nationale de Lutte contre le Paludisme (PNLP) et selon les résultats des différentes supervisions et revues organisées par le PNL, l'initiative de gratuité est diversement appliquée dans les centres de santé et les hôpitaux publics.

Depuis l'avènement d'un nouveau régime à la tête du pays en 2016, des réformes sont en cours d'exécution dans le secteur socio-sanitaire grâce à la mise en œuvre du programme Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (ARCH). Il s'agit d'un programme à quatre services dont l'assurance maladie universelle, la formation, le microcrédit et l'assurance retraite. La mise en œuvre du premier volet qu'est l'assurance maladie aura certainement des répercussions sur l'initiative de prise en charge gratuite du paludisme qui fait partie du panier de soins proposé.

La présente analyse commanditée par l'USAID et conduite par HFG a pour objectif de mettre en exergue les opportunités et risques liés à une transition de cette initiative de gratuité dans le système d'assurance maladie subventionnée de ARCH en vue de faire quelques recommandations pour que ce changement ne soit la source de perturbations dans le système de prise en charge. Pour cela il est important de d'abord bien comprendre la mise en œuvre de l'initiative de gratuité, particulièrement quels ont été les goulots d'étranglements et leurs causes.

Ce travail comprend également un exercice d'estimation des coûts de l'introduction de l'Artesunate injectable et suppositoire pour la stabilisation et le traitement des cas graves de paludisme, voir annexe I. Cette information permettra de mieux cerner l'aspect coût de traitement et de remboursement dans le cadre d'un système d'assurance maladie.

¹ Annuaire des statistiques sanitaires 2016, Ministère de la Santé (Mars 2017)

2. DESCRIPTION DE L'INITIATIVE DE GRATUITE DE PRISE EN CHARGE DU PALUDISME CHEZ LES FEMMES ENCEINTES ET LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Dans le cadre de l'atteinte des objectifs du millénaire au développement, la plupart des pays ont instauré des programmes de subvention de certains soins ou de suppression des paiements pour les catégories vulnérables.

Au Bénin ceci s'est matérialisé par une vingtaine de politiques de gratuité et de subvention des soins pour plusieurs programmes de santé comme l'a montré en 2010 une étude sur les mécanismes d'exemptions et de subvention des soins au Bénin² auxquelles s'est ajoutée la gratuité de la prise en charge du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Cette prise en charge gratuite se fait à plusieurs niveaux : communautaire ; centres de santé ; hôpitaux de zone ; Centres hospitaliers départementaux et enfin Hôpitaux nationaux et centres hospitaliers nationaux.

2.1 Buts de initiative

L'initiative de prise en charge (PEC) gratuite du paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans a été lancée par le Chef de l'Etat en octobre 2011. Elle a pour buts de renforcer le fonctionnement du système de PEC du Paludisme au niveau communautaire et dans les formations sanitaires en s'appuyant sur les structures existantes avec l'appui des Partenaires Techniques et Financiers (PTF) du ministère de la santé (MS). Cela se fera selon les principes suivants :

- Rembourser uniquement les cas de paludisme confirmés par les tests de diagnostic rapide (TDR) ou la microscopie
- Harmoniser les actions d'approvisionnement et de gestion des intrants au niveau de différents projets et partenaires
- Assurer la mobilisation continue de financement de l'initiative auprès des partenaires traditionnels et non traditionnels (les Ambassades, les Banques, les sociétés privées...)

2.2 Le mécanisme de mise en œuvre de l'initiative

La mise en œuvre et la gestion de l'initiative de la gratuité est assurée par le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP). Les équipes départementales du PNLN ont bénéficié d'un renforcement de capacité qui leur a permis d'assurer le fonctionnement de la gratuité au niveau des

² Etude sur les mécanismes d'exemptions et de subvention des soins au Bénin, AEDES Belgique, novembre 2010

zones sanitaires. Ces dernières ont identifié des points focaux gratuité de paludisme au niveau des Equipes d'encadrement de zone sanitaire (EEZS). A chaque niveau de la pyramide sanitaire correspond un organe responsable de la mise en œuvre de l'initiative (Voir annexe 1)

Le succès de cette initiative nécessite que les acteurs à divers niveaux respectent leurs rôles et responsabilités et surtout les délais d'exécution des tâches. Au niveau périphérique (Centres de santé, Hôpitaux de zone, bureau de zone) les acteurs sont les prestataires de soins (Infirmiers, Sages-femmes médecins) et personnels administratifs (comptables, gestionnaires) de ce niveau. Les agents de santé offrent les soins et produisent les pièces justificatives de base qui rentrent dans la constitution des dossiers pour le remboursement des formations sanitaires. Ils transmettent mensuellement les dossiers de demande de remboursement à leur hiérarchie ; le Médecin-chef de commune. Le comptable de commune fait la vérification de concordance des chiffres et la compilation des factures puis transmet le dossier au bureau de zone sanitaire après visa du Médecin-chef. Au bureau de zone le point focal gratuité et le chargé de l'administration des ressources (CAR) font les vérifications de concordance et les différentes pièces, établissent un bordereau pour transmettre tous les dossiers de la zone sanitaire à la Direction départementale de la santé (DDS) après visa du Médecin Coordonnateur de Zone (MCZ). L'équipe départementale du PNLP en collaboration avec un comptable de la Direction vérifie les dossiers de chaque zone sanitaire avant de les transmettre au Programme National de Lutte contre le Paludisme au Ministère de la Santé. Le PNLP organise la vérification/validation des dossiers de chacune des 34 zones sanitaires et des hôpitaux nationaux avant de transmettre les dossiers à la Direction Administrative et Financière (DAF) du Ministère qui est chargé de faire le traitement financier avec le Ministère de l'Economie et des Finances chargé de rembourser les factures validées à toutes les étapes de ce processus. La direction générale du trésor public émet des chèques au profit des zones sanitaires et hôpitaux. Ces chèques font le chemin retour en passant par la DAF, la DDS avant le bureau de zone qui se charge de répartir les fonds destinés à chacune des structures sanitaires (voir annexe 2 pour plus de détails).

2.3 Cibles et paquets de prise en charge

Les cibles de cette mesure de gratuité sont les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. En dehors de ce critère démographique, l'enrôlement des cibles est subordonné à la preuve biologique du paludisme (TDR positif ou goutte épaisse (GE) positive). Quatre paquets de soins sont retenus en fonction de la cible et du diagnostic. Le paquet « A » correspond au paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans, le paquet « B » correspond au paludisme grave chez les enfants de moins de 5 ans, le paquet « C » correspond au paludisme simple chez les femmes enceintes et le paquet « D » correspond au paludisme grave chez les femmes enceintes (Voir annexe 3).

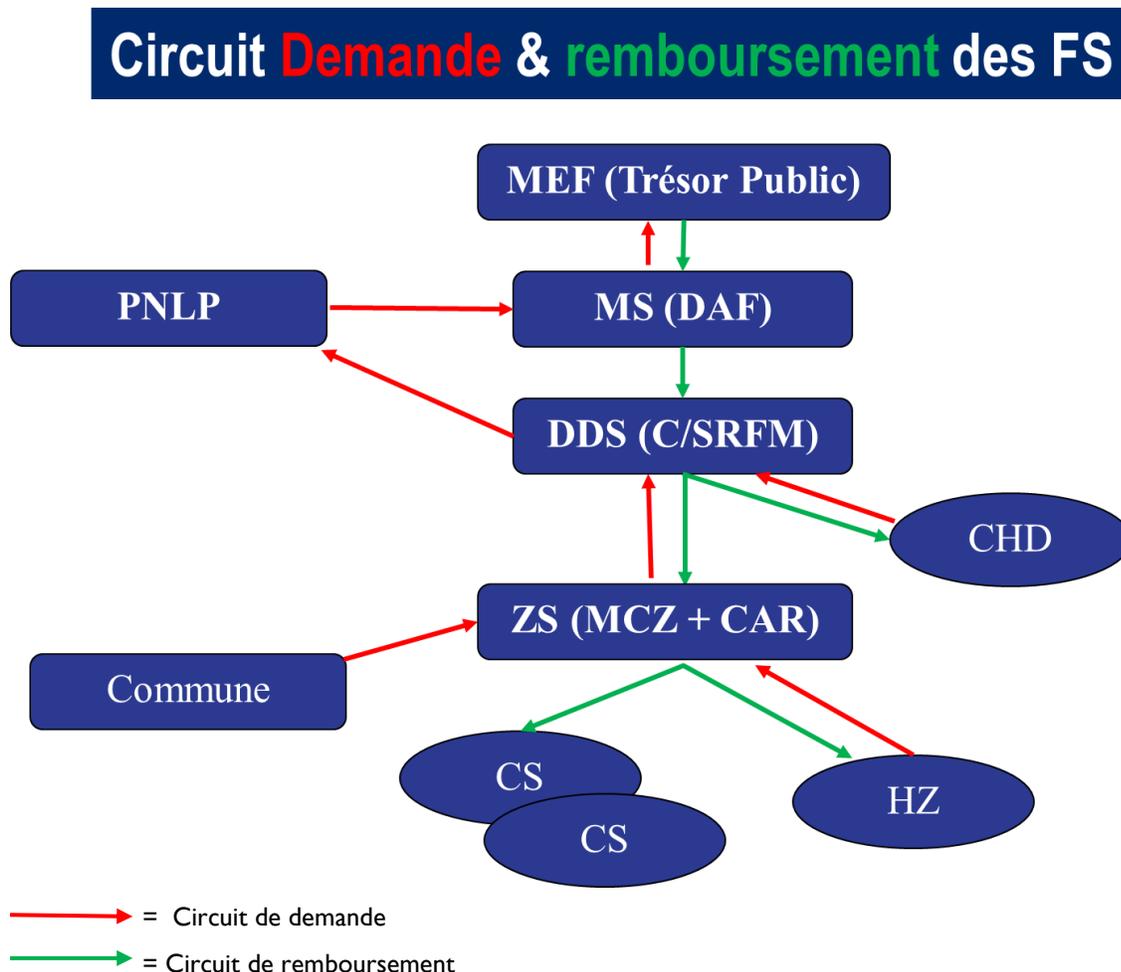
2.4 Le processus de remboursement des formations sanitaire

Le remboursement des formations sanitaires se fait au terme d'un processus de vérification, de validation et de compilation des données financières de la base au sommet de la pyramide sanitaire (cf Annexe 2). Une fois la validation faite au niveau du PNLP le dossier de remboursement est transmis à la Direction Administrative et Financière du Ministère de la Santé (DAF/MS) qui se charge des formalités administratives au Ministère de l'Economie et des Finances pour le paiement effectif des montants validés par les services financiers.

Des chèques sont émis par le trésor public au profit des zones sanitaires et hôpitaux. Ces chèques sont transmis aux structures bénéficiaires via la DAF/MS et les Chefs de Service Ressources Financières et Matérielles (C/SRFM) des DDS.

Chaque zone sanitaire est appelé à ouvrir un compte bancaire destiné à recevoir les remboursements de l'ensemble de ses structures. Ces fonds remboursés aux formations sanitaires permettent le renouvellement des stocks de médicaments à la CAME.

Figure 1 : Schéma du circuit de demande et de remboursement des frais liés à la prise en charge des cas



2.5 L'approvisionnement en intrants de lutte contre le paludisme

Le succès de tout programme de santé est subordonné à la disponibilité convenable des produits et consommables destinés aux soins relatifs à ce programme. Le PNLP n'échappe pas à ce principe. Pour cela il a été mis en place un système de gestion logistique des intrants de lutte contre le paludisme (ILP) dont le but est d'assurer que les formations sanitaires obtiennent, de manière continue, les produits dont ils ont besoin pour soigner les cas de paludisme. Pour atteindre ce but, le système logistique doit être capable de satisfaire les « Six Bons » de la chaîne d'approvisionnement, voir encadré 1.

Le système d'approvisionnement des ILP est un système combiné de **réquisition** entre les magasins de la CAME, des DRZ, CHD, CNHU, HZ, Centres de santé (CS) et **d'allocation** entre les CS et les relais communautaires, ainsi les gestionnaires de pharmacie des DRZ, CHD, CNHU, HZ, CS qui déterminent les quantités de produits à commander à la CAME ou au DRZ. Les gestionnaires de pharmacie des CS déterminent aussi les quantités de produits à donner aux relais communautaires qui dépendent d'eux.

La distribution des ILP se fait dans le système avec un mode de recouvrement des coûts. La marge bénéficiaire sur chaque produit est pré définie selon les niveaux de la pyramide sanitaire et communiquée à tous les acteurs. Ce système de recouvrement des coûts contribue au renouvellement des stocks et au fonctionnement des structures.

Encadre I : Les six bons de la chaîne d'approvisionnement:

- Les Bons Produits
- En Bonne Quantité
- En Bonne Condition
- Au Bon Endroit
- Au Bon Moment
- Au Bon Coût.

2.6 Suivi Evaluation du processus

Le PNLN au niveau national et les équipes d'encadrement de zone sont responsables pour le suivi évaluation de la mise en œuvre de cette gratuité et une série d'actions sont retenues :

- Supervision intégrée du paquet minimum d'activités y compris la gratuité du paludisme à tous les niveaux;
- le monitoring semestriel des activités du paquet minimum;
- la revue du système National intégré de gestion de l'information sanitaire (SNIGS) pour rechercher les données manquantes par rapport à la gratuité.

Au niveau communautaire le suivi évaluation du relai se fait par l'agent de santé lors de la supervision mensuelle et lors du monitoring trimestriel des activités.

3. EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE L'INITIATIVE DE GRATUIT

3.1 Méthodologie

Pour mieux comprendre la mise en œuvre sur le terrain de cette initiative, et identifier les éventuelles difficultés et obstacles rencontrées, nous avons effectué une analyse des données qualitatives issues des entretiens avec les acteurs sur toute la chaîne de mise en œuvre par rapport à leur expérience dans le cadre de l'initiative de gratuité.

3.1.1 Echantillon

L'échantillon d'acteurs interrogés dans le cadre de cette analyse se trouve en annexe 4. Cet échantillon fait par choix raisonné contient les acteurs à tous les niveaux de la chaîne de mise en œuvre de cette initiative, du Centre de Santé au Ministère de la santé en passant par le bureau de zone sanitaire et la Direction Départementale de la santé. Nous avons effectué 33 interviews incluant des agents techniques (infirmiers, Sages-femmes, Médecins ...) comme les administratifs (Comptables, gestionnaires ...). Vu le temps et les ressources limités les structures dans lesquelles ces agents ont été identifiés sont choisis dans un rayon de moins de 50 km de autour de Cotonou. Il s'agit :

- Des Directions Départementales de la Santé de l'Ouémé et de l'Atlantique
- Des zones sanitaires Abomey Calavi-Sô Ava (AS) ; Cotonou 1 & 4 ; Avrankou-Adjarra-Akpro Missérété (3A); Comè-Bopa-Grand Popo-Houéyogbé (CBGH)
- Des Hôpitaux de zone de Calavi et de Comé
- Du Centre Hospitalier Départemental de l'Ouémé
- Du Ministère de la Santé (PNLP et DAF)

3.1.2 Collecte et analyse des données

Sur la base des informations contenues dans le document intitulé « Mémento de l'agent de santé : Prise en charge gratuite des cas de paludisme chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans », des guides d'entretien ont été élaborés pour les diverses catégories d'acteurs. Un atelier de formation s'est déroulé à Cotonou du 23 au 25 juillet pour cinq enquêteurs. Au cours de cette formation les agents de collecte ont passé en revue les guides d'entretiens, la méthodologie d'enquête qualitative et l'organisation des équipes sur le terrain. Une phase pilote a suivi pour tester les outils de collecte dans deux zones sanitaires de Cotonou et a permis d'apporter les corrections nécessaires. La collecte des données s'est déroulée pendant 3 jours les 30 et 31 juillet, et le 2 août 2018 pour les deux groupes d'enquêteurs. Pendant les entretiens, les enquêteurs ont pris des notes détaillées. La transcription des entretiens, la synthèse et l'analyse se sont déroulées du 3 au 16 août 2018. Les synthèses faites selon les thèmes définis dans le plan d'analyse ont ensuite été extraites. Tout ceci s'est déroulé sous la supervision et l'appui technique d'un consultant local et de deux experts de HFG.

3.2 Résultats de l'évaluation

Pour mieux apprécier le vécu des acteurs à divers niveaux par rapport à l'initiative de gratuité, les grands points abordés dans les entretiens semi structurés ont concerné :

- Niveau de compréhension de l'initiative de gratuité
- Mise en œuvre de l'initiative avec :
 - Réponses et changements au niveau de la structure sanitaire
 - Transmission des rapports
 - Visites de Supervision/vérification
 - Remboursement des prestations

Dans l'optique d'une transition de l'initiative de gratuité vers l'assurance maladie à travers ARCH, nous avons également demandé aux acteurs leurs opinions sur ce changement.

3.2.1 Niveau de compréhension de l'initiative de gratuité

La plupart des répondants ont une bonne compréhension de l'initiative et de ces avantages. L'initiative de la gratuité de prise en charge du paludisme est perçue par les acteurs comme une politique gouvernementale qui concerne les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. La prise en charge inclut le carnet de soins, la consultation, les analyses (TDR, GE), les médicaments et les soins adjuvants aux patients concernés. Elle est gratuite dès lors que les analyses se révèlent positives.

Pour certains enquêtés, l'initiative vise à rendre accessible la prise en charge du paludisme à toutes les couches de la population (pauvres, riches). Pour d'autres, elle contribue à réduire le taux de mortalité et de morbidité dû au paludisme chez les cibles concernées. A travers cette politique de gratuité, l'Etat a voulu restaurer la question de l'équité en matière de bénéfice des soins. Cela participe à la lutte contre la pauvreté.

Pour la plupart des répondants, les différents acteurs impliqués dans cette initiative sont multiples il s'agit notamment des prestataires de soins cliniques (infirmiers, sages-femmes, aides-soignants, médecins), des administratifs au niveau des centres de santé et hôpitaux (commis de pharmacie, CSAAE, CSAF, statisticien, agents de facturation), les administratifs au niveau du bureau de zone (CAR, le comptable, point focal, MCZ,), le Médecin d'appui PNLP et C/SRMF au niveau des DDS, le chef service prise en charge au PNLP, le point focal PNLP à la Direction Administrative et Financière au Ministère de la Santé.

3.2.1.1 Remboursement des prestations

De façon générale, les conditions sur lesquelles sont basés les remboursements des centres de santé dans le cadre de cette gratuité se résument en trois points, le respect des critères d'identification des cibles, la confirmation biologique du diagnostic de paludisme (TDR positif, GE positive), et enfin l'établissement et l'envoi à la zone sanitaire, des factures en tenant compte des coûts fixés. Il ressort des entretiens que les prestataires n'éprouvent pas de difficultés pour satisfaire à ces exigences.

Au niveau des zones sanitaires et Directions Départementales de la Santé (DDS), en dehors des conditions sus citées, le remboursement est conditionné par la vérification, la validation des factures envoyées par les formations sanitaires ainsi que leur compilation et transmission au niveau hiérarchique immédiat.

3.2.1.2 Les documents à transmettre et fréquence de transmission

Les documents à transmettre varient en fonction de leurs niveaux de production. Dans les formations sanitaires il s'agit des factures individuelles de prise en charge, du relevé mensuel des factures et de l'attestation de services faits. Au niveau du bureau de zone il s'agit de la fiche récapitulative trimestrielle.

Les répondants ont précisé que la transmission des dossiers des formations sanitaires à la zone se fait au plus tard à la date du 5 de chaque mois. La zone transmet les dossiers à la DDS au plus tard le 10 du mois qui suit le trimestre pour certains et le 15 pour d'autres. Par ailleurs, il n'y a pas de délai de transmission à la DDS pour d'autres. L'absence d'un système de suivi des délais de transmission des dossiers de la base jusqu'au niveau central ne permet pas une bonne appréciation du respect des délais.

Aussi, la fréquence du remboursement par le PNLP des cas de paludisme traités gratuitement est trimestrielle pour certaines structures et indéfinie pour d'autres. Mais pour la plupart, le PNLP n'a pas un rythme régulier pour le remboursement.

3.2.1.3 Formation des acteurs sur la mise en œuvre de l'initiative de gratuite

La participation aux sessions de formation est relative d'un acteur à un autre. Pour ce qui concerne les agents de santé, la plupart ont reçu une formation. Certains ont été briefés et d'autres par contre n'ont reçu aucune formation sur le sujet.

Ces formations remontent à 5 ans pour certains et 3 ans pour d'autres. Elles ont été jugées très utiles mais insuffisantes pour la plupart. Les éléments sur lesquels le besoin de plus de formation se fait sentir sont : les procédures de prise en charge et de constitution des dossiers des patients, le remplissage des outils de gestion, le circuit et les mécanismes de traitement des dossiers de remboursement ; le coût de prise en charge par type de paludisme. Ces besoins sont exprimés surtout par les infirmiers et sages-femmes en service dans les structures sanitaires. Du fait des mouvements de personnel (mutations, promotions), la plupart des agents formés au début du processus ne sont plus à leur poste et ceux qui les ont remplacé n'ont pas toujours les compétences pour mettre en œuvre l'initiative si à leur ancien poste ils n'ont pas été formés parce qu'ils n'étaient pas impliqués dans les soins aux enfants de moins de 5 ans ou aux femmes enceintes.

Les suggestions faites au PNLP par les acteurs interviewés ne portent pas globalement sur le contenu ou la qualité des formations mais plutôt orientées vers leur fréquence (recyclage périodique) pour prendre en compte les agents qui n'auraient pas été formés à leur ancien poste.

3.2.2 Mise en œuvre de l'initiative

3.2.2.1 Réponses et changements au niveau de la structure sanitaire

Les répondants apprécient bien l'initiative parce qu'elle contribue à régler un problème pertinent. Cette impression de certains répondants est confirmée par les propos tels que :

« C'est une bonne chose... Cela allège la tâche aux agents et évite que les parents aillent chercher l'argent en vain des fois sans revenir, ou avec du retard » Sage-femme, Comè, 02/08/18

La mobilisation des acteurs au début de la mise en œuvre de l'initiative était effective. Mais progressivement, l'initiative a connu une baisse d'engouement. Les activités de prise en charge gratuite sont en veilleuse ou suspendues dans certaines formations sanitaires selon la majorité des répondants. Ceci est dû au retard de remboursement, source de démotivation des acteurs impliqués. A cela, s'ajoute l'absence de suivi, de motivation et de fermeté face au non-respect des directives.

Au nombre des éléments positifs dans l'expérience des répondants, il faut noter :

- l'engagement des acteurs à mettre en œuvre l'initiative
- la promptitude dans la prise en charge des cas (dès l'apparition des symptômes)
- la gratuité de la prise en charge en elle-même

Les principales difficultés évoquées dans la mise en œuvre de cette initiative sont :

- la perception des populations de la gratuité : idée que toutes les maladies connexes du paludisme doivent être traitées gratuitement. En effet si l'enfant qui se présente avec un paludisme souffre également d'une autre maladie, le traitement de cette autre maladie n'est pas gratuit.

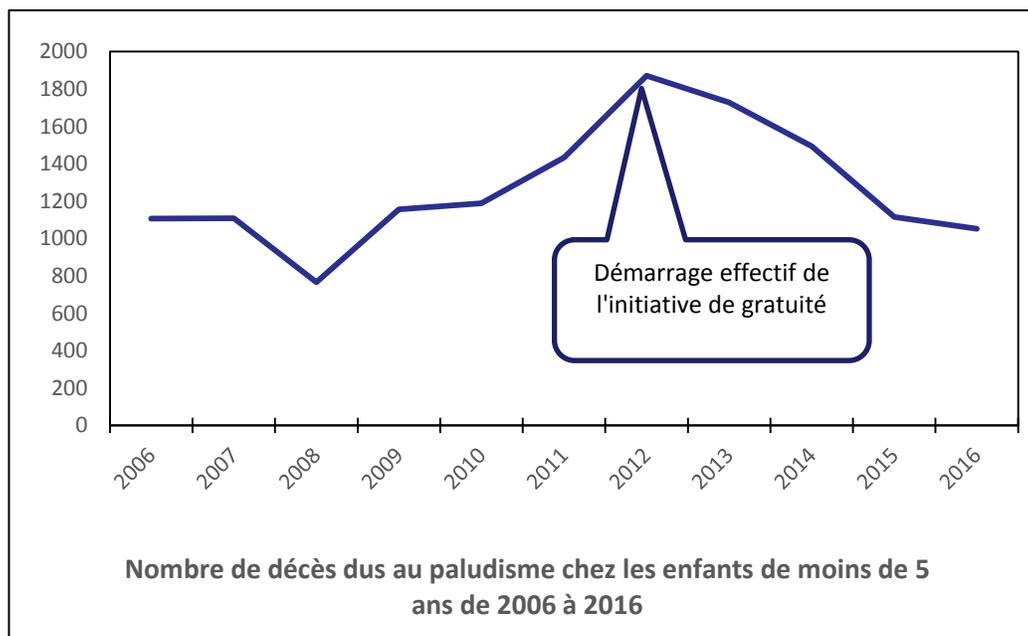
« L'initiative met les agents de santé en difficulté avec les patients car, ils ont une autre perception de la gratuité. Les femmes ne sont pas contentes quand on leur demande d'acheter des choses pour la prise en charge de leurs enfants pendant que ceux de leur voisine sont traités gratuitement ». Infirmier Major, Comè, 02/08/18

- le Manque de formation/recyclage du nouveau personnel impliqué de l'initiative quand les anciens ont été affectés ;
- la Rupture fréquente d'intrants (TDR, CTA) sur plusieurs semaines. Ces ruptures de stock sont souvent liées à la non-disponibilité du produit au dépôt répartiteur ou à la centrale d'achat des médicaments essentiels (CAME) mais également aux difficultés de trésorerie des formations sanitaires due au non remboursement des factures.
- le Retard dans la réception des factures produites au niveau des structures de soins : Cette difficulté est évoquée au PNLP, à la DDS et au bureau de zone.
- L'Irrégularité des remboursements : c'est la principale difficulté qui ressort de l'analyse des entretiens et à tous les niveaux,

Au nombre des changements positifs dans les formations sanitaires qui peuvent être attribués à cette initiative de gratuité, on peut noter, entres autres :

- l'augmentation du taux de fréquentation des formations sanitaires
- la diminution du rançonnement des malades, en effet lorsque les patients comprennent qu'ils sont pris en charge gratuitement, la vente parallèle de médicaments par les agents indécents devient difficile
- la célérité dans la prise en charge des indigents, cette gratuité les soustrait à des procédures d'enquêtes sociales avant l'autorisation ou non de leur prise en charge
- la tranquillité d'esprit (soulagement moral) de l'agent de santé qui n'est plus obligé désormais de solliciter de l'aide ou de payer avec son argent pour aider les malades
- la baisse du nombre de cas référés au niveau supérieur : la politique de gratuité facilite la prise en charge des cas simples, ce qui a pour résultat la réduction des cas qui vont évoluer vers la complication
- la réduction des complications chez les femmes enceintes souffrant du paludisme
- la diminution du taux de morbidité et de mortalité due au paludisme, en effet l'évolution du nombre de décès liés au paludisme avant et après cette initiative confirme ce constat fait par les agents comme nous pouvons le voir sur le graphique ci-dessous.

Figure 2 : Evolution du nombre de décès lié au paludisme chez les enfants de moins de 5 ans



Source : Service suivi évaluation du PNLP

Un changement dans les relations de travail avec les agents de santé a aussi été constaté. Au niveau zone sanitaire, cette initiative a obligé les responsables à avoir plus de collaboration avec les agents de santé pour les inciter à transmettre les dossiers et à continuer l'initiative. Quant au niveau des formations sanitaire, elle a renforcé la collaboration agents de santé et relais communautaires, car ces derniers envoient plus régulièrement des cas de malade de la communauté vers les centres de santé pour une meilleure prise en charge.

Les agents de santé ont dit mené certaines activités à l'endroit de la population pour améliorer l'utilisation des services de prise en charge du paludisme. Notamment, des séances de sensibilisation, des émissions radiophoniques grand public, des stratégies avancées, avec l'appui des relais communautaires, des agents de santé, des points focaux des membres des comités de gestion des centres de santé (COGECS) ou animateurs de certaines ONG intervenant dans le secteur de la santé.

Pour la majorité des répondants, la charge de travail a augmenté. Cette augmentation est due à l'accroissement du taux de fréquentation et au remplissage des différents outils de justification.

« Avec la gratuité, la fréquentation a augmenté. Ce qui impacte sur le temps de travail comme les consultations, les soins. Le nombre étant plus élevé qu'avant, cela prend plus de temps de travail » (sage-femme, Comè, 02/07/2018).

Les visites de supervision et les dotations gratuites (soluté offert par l'UNICEF et les TDR par le PNLP) en intrants sont les appuis ou les soutiens que les acteurs dans les structures de soins affirment avoir reçu de la part des équipes communales ou équipe de zone ou équipe départementale dans le cadre de la mise en œuvre de cette initiative. Néanmoins, certains agents affirment ne pas avoir reçu de soutien ou d'appui de ces équipes.

Au nombre des suggestions pour améliorer cet appui, les acteurs souhaitent l'élaboration et l'exécution d'un plan de supervision sur site à propos de l'initiative, le suivi rigoureux des recommandations issues de ces supervisions, une disponibilité permanente des intrants au niveau de la CAME et des dépôts répartiteurs de zone, la dotation des intrants basée sur les besoins réels des centres de santé et sur l'avis motivé des utilisateurs ainsi que la motivation des agents par des formations sanitaires à travers des rémunérations.

3.2.2.2 Transmission des rapports

Le remplissage des outils de gestion (attestation de service fait, relevé mensuel des factures des bénéficiaires et rapport mensuel PNLPI) se fait de façon mensuelle au niveau des formations sanitaires. Selon les répondants, en moyenne, le remplissage des outils de gestion (attestation de service fait, relevé mensuel des factures des bénéficiaires et rapport mensuel PNLPI) se fait sur une durée de 2h à 48 heures selon les formations sanitaires. Au niveau des zones sanitaires et DDS, la vérification de la conformité des pièces transmises par les communes et l'établissement des récapitulatifs mensuels et trimestriels des factures prend 12h à 48h. Cependant, ils peuvent aller jusqu'à trois semaines de travail si les dossiers sont envoyés au compte-goutte. Les différents récapitulatifs sont établis de façon électronique par la majorité des CAR et les points focaux rencontrés. Les dossiers de demandes de remboursement sont transmis avec des traces de notification prouvée par l'émargement dans un cahier/registre de transmission ou sur un bordereau établi en double copie avec la signature de celui qui a réceptionné. Cependant les processus ne sont pas harmonisés d'une structure à l'autre.

Les difficultés recueillies liées au remplissage des outils sont :

- Au niveau des formations sanitaires :
 - Incapacités à renseigner toutes les rubriques portant sur l'adresse du patient. Les patients ou leurs accompagnants ne sont pas toujours en mesure de donner les informations précises et complètes sur leurs adresses.
 - Temps de saisie des factures assez important
 - Important temps de correction des factures non entièrement remplies (Omission des signatures et le nom du soignant prestataire)
- Au niveau des zones sanitaires :
 - Les va et viens qui se font entre les formations sanitaires et les bureaux de zone pour les corrections au niveau des dossiers
 - Le retard dans la transmission des dossiers par les formations sanitaires

Le tableau suivant fait le récapitulatif des notations des répondants sur une échelle de 1 à 10 avec 1 pour « très difficile » et 10 pour « très facile », pour le remplissage des outils de gestion relatifs à l'initiative de gratuité. 13,8% des agents interrogés estiment que le remplissage des outils de gestion et de compilation est plutôt difficile.

Tableau 1 : Notes des répondants par rapport à la difficulté de remplissage des outils de gestion

Notation	0 à 5	6 à 10
% de répondants	13,8%	86,2%

S'agissant des délais de transmission, ils n'ont pas été respectés dans la majorité des formations sanitaires pour les six derniers mois. Par contre, il y en a qui font l'effort de respecter ces délais. Le non-

respect des délais de transmission par les ZS et les DDS est également constaté (pour les 4 derniers trimestres).

Les causes du non-respect de ce délai sont la négligence des agents, le manque de motivation des agents, la charge de travail énorme, l'absence de motivation, l'indisponibilité des responsables pour certifier à temps la qualité des dossiers à transmettre à l'échelle supérieure.

Plusieurs stratégies sont proposées par les acteurs pour le respect du délai de transmission, notamment:

- La réorganisation du travail au sein du personnel avec prise de sanction à l'encontre des agents qui ne respectent pas les délais de transmission
- Le suivi régulier de la mise en œuvre de l'initiative
- L'inscription de la gratuité comme point de discussion à chaque réunion mensuelle du comité de direction (CODIR) au niveau des communes
- L'allocation d'une prime de motivation aux agents responsabilisés pour ce travail

3.2.2.3 Visites de Supervision/vérification

Les visites de supervision ou de vérification ont été effectuées en 2017 dans quelques formations et zones sanitaires. Il s'agit généralement des supervisions conjointes et intégrées du PNLN ou de la DDS par trimestre. Par contre certains répondants ont déclaré n'avoir jamais reçu de visite en 2017. Au niveau des Directions Départementales de la Santé, en lieu et place des visites de supervision, ce sont des rencontres semestrielles d'échanges avec le PNLN sur la mise en œuvre de l'initiative qui sont organisées. Il convient de noter la rareté de ces visites du fait du manque de ressources selon les personnes interviewées. Lorsque ces rencontres sont organisées, les personnes qui y participent sont les acteurs de la mise en œuvre (Agents de santé, comptables, gestionnaires).

Ces visites ont pour objectifs :

- La vérification du remplissage des différents supports de gestion
- La vérification de la concordance des données entre les différents supports de gestion
- La vérification des stocks d'intrants disponibles
- L'énumération des erreurs et corrections à faire
- L'appréciation des prises en charge selon les protocoles
- L'appréciation du respect des règles de constitution des dossiers des patients
- L'appréciation du respect des délais de transmission,
- Le point des remboursements obtenus et en instance de paiement

Ces visites sont jugées utiles et nécessaires par les répondants car les commentaires reçus permettent de corriger les dysfonctionnements, d'avoir un feed-back sur les aspects positifs et négatifs de la mise en œuvre et de renforcer les acquis en matière de prise en charge. Malgré l'utilité de ces visites, toutes les recommandations qui en sont issues ne sont pas mises en œuvre selon certains répondants.

Pour améliorer ces visites, les acteurs pensent qu'il faut respecter la régularité des supervisions (trimestrielles au niveau formations sanitaires et semestrielles pour les ZS).

3.2.2.4 Remboursement des prestations

Les remboursements reçus au cours des 6 à 12 derniers mois correspondent aux demandes effectuées entre les 2 et 4 dernières années. Les montants reçus varient d'une formation sanitaire à l'autre et d'une zone à une autre. Le montant maximum reçu est de 22 millions pour un CHD pour la période de 2014 à 2016 contre 28 millions demandée pour la même période. Il arrive donc que les montants demandés soient inférieurs aux montants reçus. Les raisons qui justifient ces écarts ne sont pas connues des agents. Les délais entre la demande et le paiement sont assez longs et peuvent aller de 1 à 3 ans voire plus, alors que dans les documents de référence de mise en œuvre il est prévu que le remboursement se fasse au bout de 6 mois.

Les causes de ce retard de remboursement sont multiples :

- Retard de transmission des dossiers à divers niveaux
- Lenteur du traitement des dossiers à la DDS et au PNLP (cela prend des mois) ;
- Non fonctionnalité permanente du SIGFIP (Système d'Intégré de Gestion des Finances Publiques), il s'agit d'une plateforme qui permet au ministère des finances de gérer les finances publiques. Généralement, le système est fermé en octobre et s'ouvre courant février-mars de l'année suivante. Cette situation induit une accumulation des dossiers avec son corollaire de traitement tardif. C'est la principale contrainte qui retarde les paiements.

Les impacts du retard de paiement sur le fonctionnement des formations sanitaires sont multiples et se déclinent en termes de :

- Manque de ressources financières pour le fonctionnement des formations sanitaires (par exemple pour payer les salaires des contractuels des formations)
- Non-paiement à temps des fournisseurs/difficulté d'approvisionnement
- Suspension des contrats de prestations de services par les fournisseurs

Pour certains répondants, les impacts du retard de paiement sur le fonctionnement des formations sanitaires sont insignifiants dans la mesure où celles-ci recouvrent des coûts liés à d'autres prestations de services qui comblent le gap, cette façon de percevoir la situation n'a été évoquée que par un seul interviewé qui déclare

*« A vrai dire, les montants de remboursement ne sont pas si élevés dans les centres de santé. Ce qui n'a pas d'impact sur leur fonctionnement. Puisqu'on ne reçoit aucune réclamation... »
CAR, Cotonou, 30/07/2018*

Pour limiter ces retards et réduire leur impact sur la gestion des formations sanitaires, les répondants proposent de prendre des dispositions pour respecter les délais de transmission des factures, accélérer les processus de traitement et de remboursement, motiver les acteurs qui travaillent dans la mise œuvre et faire les paiements à bonne date. Ceci nécessite une révision des directives impliquant tous les acteurs de mise en œuvre.

Le fonctionnement du processus de remboursement des frais de prise en charge du paludisme n'a pas été optimal. En effet il vient perturber le dispositif traditionnel de recouvrement des coûts qui permet aux formations sanitaires d'avoir les ressources pour leur fonctionnement directement des usagers. Le paiement par un tiers (l'État) avec toutes les lenteurs liées aux vérifications des documents à au moins trois niveaux entraîne une faible adhésion des acteurs. Au bout de quelques années de mise en œuvre, l'initiative de gratuité est devenue beaucoup plus théorique que pratique dans les formations sanitaires. En effet dans la plupart des structures visitées la mise en œuvre de la gratuité est arrêtée. Certaines

structures comme le CHD Ouémé ont reçu des remboursements au premier trimestre 2018, mais il s'agit de régularisation pour des demandes antérieures.

3.2.3 Gratuité de la prise en charge du paludisme : opportunités et défis par rapport à l'assurance maladie universelle

Les avis varient en ce qui concerne la prise en compte de la gratuité dans l'assurance maladie. Beaucoup de craintes sont exprimées en ce qui concerne le remboursement des structures sanitaires qui auraient engagé des ressources propres pour prendre en charge les malades. La crainte c'est de tomber dans les mêmes situations d'asphyxie des formations sanitaires suite au retard de remboursement. Par ailleurs le souvenir de l'expérience de la mise en œuvre de régime d'assurance maladie universelle (RAMU) qui s'est soldée par un échec est encore présent dans les esprits. Les acteurs ne perçoivent pas le lien entre la gratuité (le bénéficiaire ne contribue pas) et l'assurance maladie qui est une approche dans laquelle l'assuré donne une cotisation, et contribue ainsi au coût de sa prise en charge.

Avec les explications des membres de l'unité de coordination du projet Assurance pour le Renforcement du Capital Humain (UCP/ARCH) il ne devrait pas y avoir d'inquiétude pour la prise en charge gratuite des personnes qui sont dans une situation de pauvreté ou d'extrême pauvreté. En effet pour ces catégories de population le gouvernement subventionnera entièrement leur cotisation pour l'assurance maladie, elles continueront donc de bénéficier gratuitement de la prise en charge du paludisme. Les personnes qui ne remplissent pas les critères de pauvreté ou d'extrême pauvreté devront payer une cotisation de leur propre poche. Selon ARCH, à terme les politiques de gratuité disparaîtront progressivement au profit de l'assurance maladie universelle.

3.3 Limites du travail

Le manque de données quantitatives sur les montants de remboursements demandés et déboursés annuellement dans le cadre de cette initiative constitue une limite. En effet nous avons voulu obtenir ces données pour enrichir cette analyse qualitative sur la mise en œuvre de l'initiative mais nous n'avons pas pu obtenir les informations demandées au PNLP ni à la DAF. Le PNLP a connu beaucoup de changement de personnel ces derniers mois et malgré notre insistance nous n'avons pas pu obtenir ces données financières auprès des responsables.

Le choix de l'échantillon dans un rayon de 50 Km du fait des contraintes de temps et de ressources pourrait constituer une limite, cependant le caractère purement qualitatif de l'analyse et l'unicité des procédures en matière de gratuité au niveau national permettent de prendre en considération les déclarations et le vécu des différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre.

4. AVANTAGES ET RISQUES DU PASSAGE DE L'INITIATIVE DE GRATUITE A L'ASSURANCE MALADIE SUBVENTIONNEE

Cette section du rapport partage les résultats d'une rapide revue documentaire sur des expériences de pays de passage d'une initiative de traitement gratuit pour des maladies ou populations cibles à un mécanisme de d'assurance maladie subventionné qui prendrait les pauvres en compte. Etant donné l'option pour le Benin que l'initiative de gratuité du traitement du paludisme pour les moins de 5 ans et les femmes enceintes soit intégré au projet ARCH, il est opportun de voir si une telle démarche a été effectuée dans d'autres pays et voir ce qui peut être tiré de ces expériences. Nous allons également discuter des avantages et des risques d'une telle démarche de passage d'une initiative de gratuite ciblée à un système d'assurance maladie subventionnée.

4.1 Initiative de gratuité et assurance maladie : expérience de quelques pays

Notre recherche documentaire n'a pas trouvé de pays dans la région Afrique où les initiatives de traitement gratuit du paludisme ont complètement été reversées dans un système d'assurance maladie. En effet cette transition signifierait que les ressources (ou une partie) précédemment dédiées à cette initiative seraient reversées à la structure en charge de l'assurance maladie et que les cibles précédemment bénéficiaires de la gratuité pourraient soit être exemptes de paiement de la prime d'assurance ou du ticket modérateur ou des deux. La réalité est que malgré un système d'assurance subventionnée qui inclut le traitement du paludisme, les initiatives de traitement gratuit sont toujours en vigueur dans plusieurs pays.

4.1.1 Le cas du Ghana

Le cas du Ghana est une bonne illustration de cette situation. Le système d'assurance nationale du Ghana le « National Health Insurance Scheme (NHIS) » a été adopté en 2003 et mis en œuvre par le « National Health Insurance Authority (NHIA) » en Novembre 2004. Cette loi a été introduit pour répondre à l'insatisfaction engendrée par le système de financement fondé sur le paiement à la prestation et pour faciliter l'accès aux soins de santé et assurer la protection financière (De la Rosa & Scheil-Adlung, 2007). Selon le rapport de PMI Malaria Operational Plan FY2018 (Ghana PMI, 2017), le NHIS fournit aux Ghanéens enrôlés un ensemble complet de prestations (couvrant 95% des problèmes de santé qui touchent la population). Environ 70% du financement total pour le NHIS provient d'une taxe d'assurance maladie ajoutée à la TVA, 23% provient des cotisations des travailleurs du secteur formel, et le reste provient des paiements de primes. Les bénéficiaires ne paient pas de ticket modérateur lorsqu'ils accèdent aux soins de santé, et les groupes vulnérables (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes, personnes âgées et pauvres) sont exemptés des primes d'assurance du NHIS. Cependant le rapport MOP FY 2018 de PMI Ghana note aussi que les personnes sans couverture NHIS

dépendent principalement des soins informels pour le traitement du paludisme, même si le diagnostic et le traitement du paludisme sont gratuits pour tous les âges dans les structures publics.

4.1.2 Le cas du Sénégal

Le gouvernement du Sénégal met actuellement en œuvre un système d'assurance maladie basé sur les mutuelles pour le secteur informel, le monde rural et les pauvres. L'Etat subventionne à hauteur de 50% la prime d'assurance de 7,000 FCFA pour tous les citoyens qui s'engagent dans les mutuelles. Les bénéficiaires qui utilisent les services de santé dans le cadre de cette assurance maladie s'acquittent du ticket modérateur de 20% au niveau du prestataire. Pour les populations vulnérables : par exemple les pauvres, détenteurs de bourses de sécurité sociale, et les handicapés la prime d'assurance est totalement subventionnée et le ticket modérateur est aussi pris en charge. Le remboursement des prestations de santé aux structures de santé est basé sur une tarification à l'acte donc le paludisme comme beaucoup d'autres maladies fait partie du paquet couvert dans le cadre des mutuelle (Ministère de la Santé, 2015).

Cependant à côté de cette assurance à travers les mutuelles, il existe une initiative de gratuité des soins au niveau des postes de santé et centres de santé des enfants de moins de 5 ans (y inclus le traitement du paludisme). Selon le dernier PMI MOP FY18, au Sénégal les TDRs et les ACT sont gratuits au niveau des structures de santé publiques pour tous les âges donc en théorie une grande partie du traitement du paludisme est gratuit (sauf le ticket de consultation et l'hospitalisation dans certains cas).

Comme nous le voyons à travers ces deux exemples, les systèmes d'assurance maladie naissantes, qu'ils soient basés sur un système national ou sur l'assurance à travers les mutuelles communautaires, cohabitent encore avec les initiatives de gratuité du paludisme. En l'absence d'exemples pour le paludisme, nous avons étendu notre recherche à d'autres maladies par rapport à la transition d'une initiative de gratuité à un système d'assurance maladie et nous voulons présenter l'expérience du Vietnam avec le VIH.

4.1.3 Le cas du Vietnam

Le SHI (système d'assurance maladie national) du Vietnam a eu beaucoup de succès et atteint plus de 80% de la population éligible en 2017. Cependant, le système d'assurance maladie ne couvre pas les maladies déjà prise en charge dans le cadre de programmes nationaux verticaux. PEPFAR et le Fonds mondial fournissent plus de 90% des médicaments et des tests administrés au Vietnam dans le cadre du programme national de lutte contre le VIH. Ce n'est que récemment – au vu de la volonté spécifique de PEPFAR d'une diminution importante du financement des ARV attendus pour 2019 - que le système SHI a pris une toute nouvelle importance dans la stratégie de lutte contre le VIH au Vietnam. Avec PEPFAR qui veut se retirer petit à petit de la fourniture directe de services en rapport avec le VIH à la population, le pays doit de toute urgence prendre en charge le financement et la gestion des programmes VIH et le fonds SHI est le mécanisme de financement le plus important pour une viabilité à long terme (Todini, Hammett, & Fryatt, 2018).

Le pays est donc en train d'intégrer le VIH dans le paquet de soins couverts par le SHI pour garantir la continuité des soins aux personnes vivant avec le VIH. Voir encadré 2 pour plus de détails sur le processus.

ENCADRE 2: le VIH et L'ASSURANCE MALADIE SOCIALE au VIETNAM

Depuis son introduction en 1992, le système d'assurance maladie sociale (Social Health Insurance (SHI) actuelle du Vietnam a connu plusieurs réformes et s'est progressivement développé ces dernières années pour soutenir l'extension de la couverture maladie (Nguyen et al. 2017). Le SHI comprend deux régimes: obligatoire pour les pauvres et volontaire pour le reste de la population.

Le SHI couvre 100% du coût des soins de santé pour les populations vulnérables tels que les pauvres, les minorités ethniques et les enfants moins de 6 ans; 95% pour ceux qui sont proches du seuil de pauvreté et les retraités; et 80% pour les autres. La prime SHI est estimée à l'équivalent de 30 USD par an. Les personnes proches du seuil de pauvreté et les retraités doivent payer 30% de la prime SHI ou environ 9 USD. Les plus pauvres et les enfants de moins de 6 ans sont subventionnés par l'Etat pour un accès gratuit à la carte SHI (Nguyen et al. 2017).

En théorie, le paquet de prestations est complet et couvre les soins hospitaliers et ambulatoires y compris les services de réadaptation, services de dépistage, de diagnostic et de transport dans les zones pauvres et montagneuses. En ce qui concerne le VIH, le test de VIH, les services d'examen et de traitement ARV et des infections opportunistes, le test de numération des cellules (CD4 cell count) sont couverts par SHI (Todini, Hammett, & Fryatt, 2018). Le pays est donc en train d'intégrer le VIH dans le paquet de soins couverts par le SHI pour garantir la continuité des soins aux personnes vivant avec le VIH.

4.2 Avantages et risques de l'intégration des politiques de gratuites dans un système d'assurance maladie

4.2.1 Avantages

L'inclusion des politiques de gratuité dans un système d'assurance a comme premier avantage la **consolidation du financement disponible**. Et comme avec tout système d'assurance l'objectif en général est de **mettre en commun les risques pour diminuer les dépenses de santé lors d'un épisode de maladie et ainsi augmenter l'accès aux soins**. Au Ghana, des études récentes montrent que les personnes assurées sont plus susceptibles d'utiliser les soins de santé pour le traitement du paludisme que les personnes non assurées. Une étude sur l'effet de NHIS sur le comportement des personnes souffrant de paludisme au Ghana a révélé que plus de 80% des personnes couvertes par le NHIS et atteintes de paludisme consultent un prestataire de santé (Fenny et al. 2015). Cette amélioration dans l'accès prend aussi en compte l'aspect équité car les groupes vulnérables (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes, personnes âgées et pauvres) comme nous l'avons vu plus-haut sont exemptés de la prime d'assurance et donc continuent de recevoir les soins liés au paludisme « gratuitement ». De plus ces populations cibles bénéficient également de tous les autres soins compris dans le paquet offert par NHIS.

L'inclusion de telles initiatives de gratuité dans un système d'assurance structurée peut aussi aider à **améliorer la qualité des services offerts** dans le cadre de cette gratuité. En effet, les initiatives de gratuité sont pour la plupart gérés par le ministère de la santé et il y a peu de supervision des structures de santé par rapport aux soins qu'ils offrent comparés aux remboursements qu'ils demandent. Dans le cadre d'un système d'assurance, l'autorité qui gère le système a beaucoup plus de motivation et de moyens de vérifier la véracité des factures de remboursement de services qui lui sont envoyés. Pour illustration, au Ghana le NHIS renforce sa surveillance réglementaire des prestataires de santé agréés (secteurs public et privé) par le biais d'audits cliniques par des équipes indépendantes pour valider les

demandes de remboursement. En ce qui concerne le paludisme si un audit trouve une demande de remboursement pour le traitement du paludisme, sans preuve d'un test de confirmation, l'établissement peut être tenu de rembourser le montant total du remboursement reçu. Le NHIS utilise également son pouvoir d'achat pour **négoier des tarifs de remboursement préférentiels** avec les prestataires de soins de santé et améliorer la qualité de la prestation des services (Ghana PMI, 2017).

4.2.2 Risques

Cette intégration des politiques de gratuité dans un système d'assurance peut aussi comporter des risques parmi lesquels **le faible taux d' enrôlement / de rétention dans l'assurance maladie**. En effet, dépendant du niveau d' enrôlement de la population, il y a risque que certaines populations cibles des initiatives de gratuité se retrouvent sans couverture médicale. En effet dans un système d'assurance l'individu doit s' enrôler avant de bénéficier des services alors que pour la gratuité il suffit juste de prouver son appartenance au groupe cible une fois à la structure de santé pour être traité gratuitement. Au Ghana par exemple, le NHIS couvre à peu près 45% de la population (environ 13 millions de personnes) (Ghana PMI, 2017). Dans ce cas de figure si la gratuité du traitement du paludisme est complètement intégré dans le NHIS, une grande partie de la population cible souffrira de cette situation par rapport à l' accès aux soins et cela risque de créer un problème d' équité. En effet au-delà même de l' équité dans la capacité de paiement du service de santé offert, les systèmes d'assurance pour la plupart agrèent des structures de santé et demandent à leurs membres d' utiliser ces structures pour leurs soins de santé. D'habitude les structures de santé publiques sont les premières à être agrèer et dans un pays ou le secteur privé est très présent, géographiquement plus accessible et surtout utilisé par les plus démunis ou le monde rural, cela peut **poser un problème d' équité**.

De plus, un système d'assurance centralisé, subventionné et qui devrait servir toute (ou une grande partie de) la population avec un large paquet de service n' est pas simple à mettre en œuvre. Il y a toujours des difficultés liées à la gestion, à la communication, à l'approvisionnement en intrants, aux retards dans les remboursements aux prestataires, à la viabilité financière, etc. qui peuvent plus ou moins **affecter la performance du système d'assurance et par la même occasion impacter négativement sur les prestations de soins**. Dans ce cas la fourniture de soins par rapport à des maladies cibles qui faisaient l'objet de gratuité pour des raisons de politiques sanitaire (tel que le paludisme) peut être compromise et de grands progrès dans la lutte contre ces maladies peuvent être anéantis.

4.2.3 Avantages et désavantages d' une intégration des soins et services du paludisme dans le régime assuranciel ARCH.

Comme il est présenté dans la section trois (3) plus haut, pour des raisons, entre d' autres, d' équilibre financier des formations sanitaires, la gratuité du paludisme n' est pas assurée sur le territoire national. Ceci est dû en partie aux lourdeurs administratives du système de remboursement.

Il y a au moins deux scénarios possible pour l' intégration des soins et services du paludisme dans l' ARCH :

1. Il n' y a pas d' aménagement pour la politique de gratuité du paludisme dans les bénéficiaires de l' ARCH
2. Il y a un aménagement qui prend en compte la politique de gratuité du paludisme

Scénario 1 : Le paludisme est pris en charge comme toutes les autres interventions incluses dans le panier de soins de l' ARCH ; la gratuité est assurée pour les ultra pauvre et la PEC du paludisme est subventionné pour les pauvre.

Avantage : Simplicité. Le mécanisme qui sera mis en place pour assurer le paiement des prestataires pour les soins d'ARCH inclura le paiement de la PEC du paludisme. ARCH apprend des difficultés de paiements du RAMU et de la gratuité du paludisme, section 3, et les procédures mises en place sont plus performantes. La gratuité est assurée pour les indigents.

Désavantage : Les populations en dehors du groupe cible ne bénéficient plus de la gratuité des services et soins de la PEC du paludisme. Vu l'état des lieux exposé dans la section 3, ce n'est peut-être pas un changement réel. Mais la politique de gratuité du paludisme devra être mise à jour.

Scénario 2 : La gratuité du paludisme continue d'être assurée via le mécanisme d'ARCH

Avantage : Les bénéficiaires actuels de la politique de gratuité continue d'avoir accès aux services et soins. En fait elles bénéficieront d'une gratuité renouvelée avec un mécanisme de paiement et remboursement plus performant.

Désavantage : L'inclusion de population bénéficiant d'une gratuité pour certains soins et services en dehors des indigents et pauvres complique énormément le mécanisme ARCH. Les pauvres extrêmes (indigents) et pauvres (si possible) seront identifiés par une approche éprouvée et leur statut de bénéficiaire seront indiqués sur leur carte permettant l'accès aux soins. Quand les deux groupes cibles, enfants de moins de cinq ans et femmes enceintes) continuent de bénéficier de la gratuité du paludisme ils ne seront pas pré-identifiés. Cela veut dire qu'ils seront enregistrés dans l'ARCH au moment de leur présentation au prestataire. Ceci est possible et souhaitable pour les femmes enceintes (un enregistrement par grossesse) mais laborieux pour les enfants de moins de cinq ans. Il faudra conceptualiser le mécanisme d'enregistrement et de facturation avec différentes catégories : Indigent (gratuit) ; pauvres adhérant à l'ARCH (prime subventionnée –ticket modérateur) ; femme enceinte paludisme (gratuit) ; enfant de moins de cinq ans paludisme (gratuit) ; autres clients/patients adhérant à l'ARCH (prime plein prix – ticket modérateur) ; autres clients /patients non-assurés (tarif à l'acte). La vérification médicale et financière y sera donc plus complexe.

L'autre dimension à considérer est l'aspect financier. Est-ce que le financement des remboursements des soins et services du paludisme viendra de la même source ou est-ce que cela sera alimenté par d'autres sources ? L'hypothèse de travail pour éviter la fragmentation étant que les remboursements du paludisme viendront d'un fond commun qui alimentera ARCH.

Il y a un autre scénario possible qui est la non prise en compte de la gratuité du paludisme ; c.-à-d. que le statut quo actuel continue. Les ultras pauvres et les pauvres sont pris en charge par ARCH et les autres cibles 'vulnérables' sont pris en charge par le mécanisme actuel. Cela serait le pire des mondes car l'introduction de l'ARCH dans le système sanitaire public demandera un grand effort de tous et le mécanisme actuel sera délaissé- la ou il ne l'a pas déjà

5. CONCLUSION

La prise en charge gratuite du paludisme chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes est devenue une réalité au Bénin depuis octobre 2011. Il s'agit d'une initiative dont le but est de faciliter l'accès aux soins pour les couches vulnérables que sont les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Les agents de santé maîtrisent parfaitement le contenu et les objectifs de l'initiative, cependant la mise en œuvre est émaillée de nombreuses difficultés liées à la transmission des informations et au retard dans le remboursement des formations sanitaires. L'absence d'un système de suivi évaluation fonctionnel justifie en partie les dysfonctionnements observés. L'opérationnalisation des recommandations en collaboration avec tous les acteurs est une condition pour relancer l'initiative et faire bénéficier plus de personnes.

Vue ce constat l'arrivée de l'ARCH est une opportunité pour la lutte contre le paludisme au Bénin. Le mécanisme de paiement et remboursement qui sera mis en place par l'ARCH ne peut qu'être une amélioration sur la situation actuelle.

6. RECOMMANDATIONS

Avec l'arrivée d'une nouvelle équipe au PNLP, PMI Bénin doit faciliter activement le dialogue entre l'UCP-ARCH et le PNLP sur la prise en charge du paludisme dans le régime de l'ARCH.

Deux scénarios en considération ont comme hypothèse que le mécanisme de paiement/remboursement sera plus performant que l'actuel mécanisme de remboursement des soins du paludisme, et donc ARCH va améliorer l'accès aux services et soins du paludisme en rendant les soins et services plus accessible financièrement.

Le premier scénario, gratuité pour les pauvres extrêmes, est moins complexe à mettre en œuvre (et donc a plus de chance d'avoir des résultats). Il demanderait moins d'effort dans la phase de conceptualisation et de mise en œuvre du pilote de l'assurance maladie ARCH

Le second scénario, l'inclusion d'une population cible paludisme dans les bénéficiaires d'ARCH, demanderait un mécanisme plus complexe et une prise en compte de ses populations dans la conceptualisation des approches et outils. Il sera aussi plus complexe à gérer pour les prestataires.

Le choix dépendra du dialogue entre les parties prenantes ; UCP-ARCH et le PNLP et leurs capacité de développer l'approche et les outils. Il est important de saisir l'opportunité du pilote pour tester les approches et outils, pour adapter et de passer à l'échelle avec un mécanisme performant Ce qui est à éviter est la continuation de la situation actuelle ; un mécanisme de remboursement non performant qui n'assure pas la gratuité du paludisme.

Dans l'optique d'une inclusion de l'initiative de gratuite dans le mécanisme ARCH, il est également recommandé qu'en plus de faciliter le dialogue entre ARCH et le PNLP, PMI continue son appui technique et financier. En effet il sera important de maintenir l'appui à l'approvisionnement en intrants de paludisme par exemple. PMI pourra également aider à renforcer les capacités de ARCH à gérer le volet approvisionnement en partenariat avec la CAME.

ANNEXE I: ANALYSE DE COUT DE L'ARTESUNATE INJECTABLE ET SUPPOSITOIRES POUR LA PEC DU PALUDISME GRAVE

USAID Bénin a mandaté HFG pour exécuter une analyse des considérations de prix pour les produits injectables et rectaux à administrer qui seront bientôt introduits au moment d'une transition profonde des mécanismes de financement de la santé (l'introduction de l'assurance maladie ARCH). En particulier : Quantifier le nombre de cas de paludisme traités, stratifiés par type simples et graves, groupe bénéficiaires (enfants de moins de cinq ans, femmes enceintes et tous les autres) et par niveau de traitement (communautaire, centre de santé et hôpital), Utilisant le logiciel OneHealth HFG a modélisé le coût des molécules à introduire, artésunate injectable et suppositoires. Le prix, le coût aux bénéficiaires, dépendra de leur appartenance aux populations cibles/subventionnées dans le cadre de l'ARCH. Les résultats de ces estimations seront très utiles dans les réflexions sur le panier des soins de l'ARCH et ses coûts

I. Estimation de la population du paludisme grave par poids

I.1 Méthodologie

Le logiciel OneHealth a été utilisé pour modéliser les besoins de consommation en artésunate injectable et suppositoire. L'approche générale d'estimation des coûts des interventions a consisté à modéliser les services ou interventions qui seront offert par niveau du system de santé au cours d'une année. Le protocole de traitement étant le même quel que soit le niveau du system de santé (centre national hospitalier universitaire, centre hospitalier universitaire départemental, centre hospitalier département et hôpital de zone), nous n'avons retenu qu'un seul niveau du système de santé avec comme hypothèse que 100% de la mise en œuvre des interventions s'y fera. Le niveau centre de santé a été exclus du fait de la non prise en charge du paludisme grave à ce niveau. Le nombre de traitement offert pourrait être assimilé au nombre de malade, à la différence qu'un malade pourrait ne pas être couvert si la couverture n'est pas de 100% ou un malade faisant deux épisodes de paludisme grave recevrait deux fois le service de traitement. Ainsi, la formule ci-dessous résume le mode de calcul des services.

$$\text{Services} = \text{Population cible} \times \% \text{Population dans le besoin} \times \% \text{Canal de distribution} \times \text{Couverture des interventions}$$

Une approche de costing ascendante dite "bottom-up ou ingrédients based costing" a été utilisée de sorte à consolider progressivement les coûts totaux en partant des coûts détaillés. Pour le calcul des coûts des traitements, la méthodologie a consisté à partir de la population cible, la population dans le besoin, les couvertures des interventions, le niveau de mise en œuvre des prestations de services (niveau du system de santé) et les coûts des intrants. Ce qui a permis d'estimer par exemple le nombre de personnes nécessitant un traitement.

S'agissant de la cible pour le traitement, les données des cas de paludisme graves ont été estimées sur la base d'une estimation faite à partir des cas de paludisme graves observés dans le pays durant les 5 dernières années. Sur cette base une régression linéaire de type $y = ax + B$ a été construite afin de projeter le nombre de cas de paludisme grave sur une période allant de 2018 à 2022. Nous avons retenu 2018 pour tenir compte de la date de fin du Plan national de développement sanitaire (PNDS). Les données des cas de paludisme graves ont été fournies par le service du system d'information sanitaire du ministère de la santé. A cet effet, les données ont été extraites du DHIS2 et des annuaires statistiques.

Ainsi, pour la référence des cas de paludisme graves, nous avons gardé deux groupes d'âge que sont les moins de 5 ans et les plus de 5 ans. Pour les cas de devant bénéficier de traitement, l'annuaire statistique et le DHIS2 fournissant le nombre de malades par tranche d'âge (moins de 5 ans et plus de 5 ans), nous avons gardé les mêmes cibles par tranche d'âge et, nous avons ensuite fait des pondérations afin de regrouper le nombre de malades par poids. Ainsi, parmi les enfants < 5 ans nous avons estimé que 30% des malades de moins de 5 ans ont un poids moyen de 20kg, 50% un poids moyen de 15kg et 20% ont un poids moyen de 10 kg. Ensuite, s'agissant des malades du paludisme grave de plus de 5 ans, nous avons estimé que 15% ont un poids moyen de 25kg ; 30% ont un poids moyen de 40kg ; 40% ont un poids moyen de 60kg et 15% ont un poids moyen de 80kg (voir annexe pour l'estimation du nombre de cas de paludisme grave par groupe d'âge et par poids). Sur cette base nous avons estimé les dosages d'artésunate injectable pour les flocons de 30mg ou de 60mg. Pour le traitement, nous avons estimé par groupe d'âge le nombre de mg d'artésunate injectable et ensuite reconvertir le nombre de mg en flacon d'artésunate selon le dosage de flacon de 30mg pour les moins de 20kg et dosage de flacon de 60mg pour les plus de 20kg.

Le tableau ci-dessous présente l'estimation des dosages et du nombre de flocon (ampoule) de 30mg ou de 60mg pour un traitement d'un cas de paludisme grave pour une durée de 24 heures (H24). Quel que soit le groupe d'âge chaque malade recevra trois injections H0 + H12 +H24. Ensuite, nous avons multiplié les dosages par deux pour un traitement sur 48 heures (H48)³. Par groupe de poids nous avons ajouté des pertes de 10%, vu qu'après une certaine heure si le flocon ouvert n'est pas utilisé il pourrait ne plus être utilisable.

Tableau AI : Estimation des dosages de l'artésunate injectable par poids et par groupe d'âge

Catégorie	Prise en Charge (PEC)
Treatment of severe malaria (enfants < 5 ans) - moins de 20kg	
Treatment of severe malaria :enfants poids moyen 10 kg	3mg/kg x 10kg moyen =30mg correspond 1 amp de 30mg soit: 1 amp de 30mg H0 +1 amp de 30mg H12 & 1 amp 30mg H24
Treatment of severe malaria :enfants poids moyen 15 kg	3mg/kg x 15kg moyen =45mg correspond 1.5 amp de 30mg soit: 1.5 amp de 30mg H0 +1.5 amp de 30mg H12 & 1.5 amp 30mg H24
Treatment of severe malaria :enfants poids moyen 20 kg	3mg/kg x 20kg moyen =60mg correspond 2 amp de 30mg soit: 2 amp de 30mg H0 +2amp de 30mg H12 & 2 amp de 30mg H24
Treatment of severe malaria (enfants + 5 ans) - plus de 20kg	
Treatment of severe malaria :malades	2.4mg/kg x 25kg moyen =60mg correspond 1 amp soit: 1 amp H0

³ Les spécifications ont été tirées du protocole de prise en charge élaboré par le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP). Information tire de la source suivante: *Ministère de la santé Benin, Protocole de prise en charge des cas de paludisme grave avec les dérivés de l'artémisinine*. En plus de cela nous avons eu des discussions téléphoniques et des réunions de concertation avec certains acteurs du PNL pour confirmer le protocole, les dosages, les cibles et les coûts unitaires des intrants et médicaments.

poids moyen 25 kg	+1 amp H12 & 1 amp H24
Treatment of severe malaria :malades poids moyen 40 kg	2.4mg/kg x 40kg moyen =96mg correspond 1.6 amp soit 1.6 amp H0 +1.6 amp H12 & 1.6 amp H24
Treatment of severe malaria :malades poids moyen 60 kg	2.4mg/kg x 60kg moyen =144mg correspond 2.4 amp soit 2.4 amp H0 +2.4 amp H12 & 2.4 amp H24
Treatment of severe malaria :malades poids moyen 80 kg	2.4mg/kg x 192kg moyen =3.2mg correspond 1 amp soit 3.2 amp H0 +3.2amp H12 & 3.2 amp H24

Pour les cas de référence, il a été utilisé un suppositoire et une paire de gants pour tout malade a référé quel que soit l'âge. Un boit de 6 suppositoires étant égale à 2160 FCFA, le coût unitaire est de 360FCFA. Les coûts unitaires des ampoules d'artésunate injectables de 30 mg et de 60 mg ont été estimés respectivement à 815 FCFA et 1335.60 FCFA.

1.2 Résultats

Sur la période de 2018 à 2022 le coût total de l'artésunate suppositoire et de l'artésunate injectable a été estimé à 9,6 milliards de FCFA soit une moyenne annuelle de 1,9 milliard de de FCFA. La moyenne annuelle de l'artésunate suppositoire est estimée à 29,7 millions de FCFA et celle de l'artésunate injectable à 1,8 milliard de FCFA par année. Il convient de noter que les coûts totaux décroissent d'une année à une autre du fait de la décroissance du nombre de cas de paludisme grave sur la période. Le tableau ci-dessous résume l'ensemble des résultats des coûts totaux des médicaments et des consommables.

Tableaux A2 : coût totaux artésunate suppositoire, injectable et consommables en millier de FCFA.

Coût totaux médicaments et intrants x 1000 FCFA	2018	2019	2020	2021	2022	Total
Pre-referral treatment S						
Reference des cas de paludisme grave (enfants < 20kg)	17,402	16,471	15,539	14,608	13,677	77,697
Reference des cas de paludisme grave (+ de 20kg)	18,457	16,347	14,237	12,126	10,016	71,183
Total Pre-referral (suppositoire)	35,859	32,818	29,776	26,735	23,693	148,880
Treatment of severe malaria (enfants < 5 ans) - moins de 20kg						
PEC du paludisme grave:enfants poids moyen 10 kg	177,574	161,969	146,371	130,766	115,161	731,841
PEC du paludisme grave:enfants poids moyen 15 kg	384,519	350,731	316,953	283,164	249,376	1,584,743
PEC du paludisme grave:enfants poids moyen 20 kg	189,031	172,423	155,814	139,206	122,598	779,072
Coût total artésunate injectable et intrants enfants < 5 ans	751,124	685,122	619,139	553,136	487,134	3,095,656
Treatment of severe malaria (enfants + 5 ans) - plus de 20kg						
PEC du paludisme grave :malades poids moyen 25 kg	120,353	114,388	108,413	102,448	96,484	542,086
PEC du paludisme grave:malades poids moyen 40 kg	342,904	325,909	308,915	291,905	274,911	1,544,544
PEC du paludisme grave:malades poids moyen 60 kg	638,657	606,998	575,340	543,681	512,000	2,876,675

Coût totaux médicaments et intrants x 1000 FCFA	2018	2019	2020	2021	2022	Total
PEC du paludisme grave:malades poids moyen 80 kg	307,550	292,309	277,038	261,797	246,556	1,385,249
Coût total artésunate injectable et intrants + 5 ans	1,409,463	1,339,604	1,269,706	1,199,831	1,129,950	6,348,554
Total artésunate injectable et intrants < 5 ans & + 5 ans	2,160,587	2,024,726	1,888,844	1,752,968	1,617,084	9,444,210
Total général suppositoires + artésunate injectable	2,196,446	2,057,544	1,918,620	1,779,702	1,640,777	9,593,090

Tableau A3: Détails du calcul des couts

Pre-referral treatment								
Reference des cas de paludisme grave (enfants < 20kg)								
Médicaments/fournitures	Pourcentage recevant cet aspect du traitement	Remarque	Nombres d'unité	Nombre de fois par jour	Jour par cas	Unités pas cas	Coût unitaire (FCFA) (2018)	Coût par cas moyen (FCFA) (2018)
Rectal artesunate suppositories (RAS)	100	une boite RAS de 6=2160 et le cout unitaire =360					360	360
Gloves, exam, latex, disposable, pair	100						31	31
Total cost								391
Reference des cas de paludisme grave (+ de 20kg)								
Médicaments/fournitures	Pourcentage recevant cet aspect du traitement	Remarque	Nombres d'unité	Nombre de fois par jour	Jour par cas	Unités pas cas	Coût unitaire (FCFA) (2018)	Coût par cas moyen (FCFA) (2018)
Rectal artesunate suppositories (RAS)	100	une boite RAS de 6=2160 et le cout unitaire =360					360	360
Gloves, exam, latex, disposable, pair	100						31	31
Total cost								391
Treatment of severe malaria (enfants < 5 ans) - oins de 20kg								
Treatment of severe malaria :enfants poids moyen 10 kg								
Médicaments/fournitures	Pourcentage recevant cet aspect du traitement	Remarque	Nombres d'unité	Nombre de fois par jour	Jour par cas	Unités pas cas	Coût unitaire (FCFA) (2018)	Coût par cas moyen (FCFA) (2018)
Traitement								
Artesunate (w/ 1 Amp NaHCO3 5% + 1 Amp NaCl 0.9%) 30 mg Vial, 1 Set	100	1 amp de 30mg H0 +1 amp de 30mg H12 & 1 amp 30mg H24			6	6	815	4,890

		(3mg/kg x 10kg moyen =30mg correspond 1 amp de 30mg. Les doses ont été multiplié par 2 (voir day/case) après discussion avec le coordonnateur du PNLP)							
Gloves, exam, latex, disposable, pair	100		1	1	6	6	31	185	
Syringe, 10 cc with needle	100		1	1	6	6	215	1,287	
Syringe, 5 cc with needle	100		1	1	6	6	286	1,713	
Safety box for used syringes/needles, 5 liter	100		0.01	1	6	0.06	231	14	
Pertes									
Artesunate (w/ 1 Amp NaHCO3 5% + 1 Amp NaCl 0.9%) 30 mg Vial, 1 Set	10		1	1	1	1	815	82	
Total cost								8,170	
Treatment of severe malaria :enfants poids moyen 15 kg									
Médicaments/fournitures	Pourcentage recevant cet aspect du traitement	Remarque	Nombres d'unité	Nombre de fois par jour	Jour par cas	Unités pas cas	Coût unitaire (FCFA) (2018)	Coût par cas moyen (FCFA) (2018)	
Medicaments et intrants									
Artesunate (w/ 1 Amp NaHCO3 5% + 1 Amp NaCl 0.9%) 30 mg Vial, 1 Set	100	1.5 amp de 30mg H0 +1.5 amp de 30mg H12 & 1.5 amp 30mg H24 (3mg/kg x 15kg moyen =45mg correspond 1.5 amp de 30mg. Les doses ont été multiplié par 2 (voir day/case) après discussion	1.5	1	6	9	815	7,335	

		avec le coordonnateur du PNLP)							
Gloves, exam, latex, disposable, pair	100		1	1	6	6	31	185	
Syringe, 10 cc with needle	100		1	1	6	6	215	1,287	
Syringe, 5 cc with needle	100		1	1	6	6	286	1,713	
Safety box for used syringes/needles, 5 liter	100		0.01	1	6	0.06	231	14	
Pertes									
Artesunate (w/ 1 Amp NaHCO3 5% + 1 Amp NaCl 0.9%) 30 mg Vial, 1 Set	10		1	1	1	1	815	82	
Total cost								10,615	

Treatment of severe malaria :enfants poids moyen 20 kg

Médicaments/fournitures	Pourcentage recevant cet aspect du traitement	Remarque	Nombres d'unité	Nombre de fois par jour	Jour par cas	Unités pas cas	Coût unitaire (FCFA) (2018)	Coût par cas moyen (FCFA) (2018)
Treatment								
Artesunate (w/ 1 Amp NaHCO3 5% + 1 Amp NaCl 0.9%) 30 mg Vial, 1 Set	100	2 amp de 30mg H0 +2amp de 30mg H12 & 2 amp de 30mg H24 (3mg/kg x 20kg moyen =60mg correspond 2 amp de 30mg. Les doses ont été multiplié par 2 (voir day/case) après discussion avec le coordonnateur du PNLP)	2	1	6	12	815	9,780
Gloves, exam, latex, disposable, pair	100		1	1	6	6	31	185
Syringe, 10 cc with needle	100		1	1	6	6	215	1,287
Syringe, 5 cc with needle	100		1	1	6	6	286	1,713

Safety box for used syringes/needles, 5 liter	100		0.01	1	6	0.06	231	14
Pertes								
Artesunate (w/ 1 Amp NaHCO3 5% + 1 Amp NaCl 0.9%) 30 mg Vial, 1 Set	10		1	1	1	1	815	82
Total cost								13,060

Treatment of severe malaria (enfants + 5 ans) - plus de 20kg

Treatment of severe malaria :malades poids moyen 25 kg

Médicaments/fournitures	Pourcentage recevant cet aspect du traitement	Remarque	Nombres d'unité	Nombre de fois par jour	Jour par cas	Unités pas cas	Coût unitaire (FCFA) (2018)	Coût par cas moyen (FCFA) (2018)
Traitement								
Artesunate (w/ 1 Amp NaHCO3 5% + 1 Amp NaCl 0.9%) 60 mg Vial, 1 Set	100	1 amp H0 + 1 amp H12 & 1 amp H24 (2.4mg/kg x 25kg moyen =60mg correspond 1 amp. Les doses ont été multiplié par 2 (voir day/case) après discussion avec le coordonnateur du PNLP)	1	1	6	6	1,336	8,014
Gloves, exam, latex, disposable, pair	100		1	1	6	6	31	185
Syringe, 10 cc with needle	100		1	1	6	6	215	1,287
Syringe, 5 cc with needle	100		1	1	6	6	286	1,713
Safety box for used syringes/needles, 5 liter	100		0.01	1	3	0.03	231	7
Pertes								
Artesunate (w/ 1 Amp NaHCO3 5% + 1 Amp NaCl 0.9%) 60 mg Vial, 1 Set	10		1	1	1	1	1,336	134
Total cost								11,339

Treatment of severe malaria :malades poids moyen 40 kg

Médicaments/fournitures	Pourcentage recevant cet aspect du traitement	Remarque	Nombres d'unité	Nombre de fois par jour	Jour par cas	Unités pas cas	Coût unitaire (FCFA) (2018)	Coût par cas moyen (FCFA) (2018)
Traitement								
Artesunate (w/ 1 Amp NaHCO3 5% + 1 Amp NaCl 0.9%) 60 mg Vial, 1 Set	100	1.6 amp H0 +1.6 amp H12 & 1.6 amp H24 (2.4mg/kg x 40kg moyen =96mg correspond 1.6 amp. Les doses ont été multiplié par 2 (voir day/case) après discussion avec le coordonnateur du PNLP)	1.6	1	6	10	1336	12,822
Gloves, exam, latex, disposable, pair	100		1	1	6	6	31	185
Syringe, 10 cc with needle	100		1	1	6	6	215	1,287
Syringe, 5 cc with needle	100		1	1	6	6	286	1,713
Safety box for used syringes/needles, 5 liter	100		0.01	1	6	0	231	14
Pertes								
Artesunate (w/ 1 Amp NaHCO3 5% + 1 Amp NaCl 0.9%) 60 mg Vial, 1 Set	10		1	1	1	1	1336	134
Total cost								16,154

Treatment of severe malaria :malades poids moyen 60 kg

Médicaments/fournitures	Pourcentage recevant cet aspect du traitement	Remarque	Nombres d'unité	Nombre de fois par jour	Jour par cas	Unités pas cas	Coût unitaire (FCFA) (2018)	Coût par cas moyen (FCFA) (2018)
Traitement								
Artesunate (w/ 1 Amp NaHCO3 5% + 1 Amp	100	2.4 amp H0 +2.4	2.4	1	6	14.4	1,336	19,233

NaCl 0.9%) 60 mg Vial, 1 Set		amp H12 & 2.4 amp H24 (2.4mg/kg x 60kg moyen = 144mg correspond 2.4 amp. Les doses ont été multiplié par 2 (voir day/case) après discussion avec le coordonnateur du PNLP)							
Gloves, exam, latex, disposable, pair	100		1	1	6	6	31	185	
Syringe, 10 cc with needle	100		1	1	6	6	215	1,287	
Syringe, 5 cc with needle	100		1	1	6	6	286	1,713	
Safety box for used syringes/needles, 5 liter	100		0.01	1	6	0.06	231	14	
Pertes									
Artesunate (w/ 1 Amp NaHCO3 5% + 1 Amp NaCl 0.9%) 60 mg Vial, 1 Set	10		1	1	1	1	1,336	134	
Total cost									22,565

Treatment of severe malaria :malades poids moyen 80 kg

Médicaments/fournitures	Pourcentage recevant cet aspect du traitement	Remarque	Nombres d'unité	Nombre de fois par jour	Jour par cas	Unités pas cas	Coût unitaire (FCFA) (2018)	Coût par cas moyen (FCFA) (2018)
Traitement								
Artesunate (w/ 1 Amp NaHCO3 5% + 1 Amp NaCl 0.9%) 60 mg Vial, 1 Set	100	3.2 amp H0 +3.2amp H12 & 3.2 amp H24 (2.4mg/kg x 192kg moyen =3.2mg correspond 1 amp. Les doses ont été multiplié par 2 (voir day/case) après	3.2	1	6	19.2	1,336	25,643

		discussion avec le coordonnateur du PNLP)							
Gloves, exam, latex, disposable, pair	100				6	6	31	185	
Syringe, 10 cc with needle	100				6	6	215	1,287	
Syringe, 5 cc with needle	100				6	6	286	1,713	
Safety box for used syringes/needles, 5 liter	100		0.01		6	0.06	231	14	
Pertes									
Artesunate (w/ 1 Amp NaHCO3 5% + 1 Amp NaCl 0.9%) 60 mg Vial, 1 Set	10						1,336	134	
Total cost								28,976	

ANNEXE 2 : LES ORGANES DE GESTION DE L'INITIATIVE SONT CONÇUS SELON LES NIVEAUX DE LA PYRAMIDE SANITAIRE

Niveaux	Organes de Gestions	Rôles
Central	Comité interministériel d'orientation et de suivi (CIOS)	<ul style="list-style-type: none"> • veiller à une bonne application des orientations de l'initiative <ul style="list-style-type: none"> • suivre l'évolution de l'initiative • procéder à des évaluations • contrôler le fonctionnement du système • sensibiliser l'ensemble des acteurs par l'information et la communication
	Structure de mise en œuvre (PNLP niveau central)	<ul style="list-style-type: none"> • Planifier, coordonner et faire le suivi des activités de l'initiative dans ses fonctions technique, administrative, financière et comptable. • mettre en place un système d'information fiabilisé et sécurisé de tous les cycles de la gestion (facturation, trésorerie, remboursements, statistiques etc.) <ul style="list-style-type: none"> • Suivre et contrôler l'évolution du système
Intermédiaire	Cellule départementale de l'initiative (PNLP niveau intermédiaire)	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la mise en œuvre de la planification des activités de l'initiative dans ses fonctions administrative, financière et comptable <ul style="list-style-type: none"> • Recueillir et contrôler les informations fiables • Autoriser le remboursement des centres de santé ayant pris en charge les cas de paludisme • Mettre en place un système d'information fiabilisé et sécurisé de tous les cycles de la gestion (facturation, trésorerie, remboursements, statistiques etc.) <ul style="list-style-type: none"> • Suivre et contrôler l'évolution du système • Faire des suggestions pour améliorer la mise en œuvre et le suivi de l'initiative
Périphérique	Cellule zone sanitaire (ZS) de l'initiative (EEZS) Cellule communale de l'initiative (Mairie)	<ul style="list-style-type: none"> • Faire le suivi de la mise en œuvre au niveau de la ZS, de la Commune et des Arrondissements

ANNEXE 3: ROLES ET RESPONSABILITES DES ACTEURS SELON LE NIVEAU DE LA PYRAMIDE SANITAIRE

Niveaux		Acteurs	Rôles et Responsabilités
Zone Sanitaire	Communautaires	Relais communautaire	<ul style="list-style-type: none"> Prendre en charge les malades selon les directives (Age ou du poids indiqué, Cibles bénéficiaires, Test (TDR)) Maintenir le mode actuel d'approvisionnement en intrants de PEC (acquisition au niveau des centres de santé (CS)) Produire les factures individuelles de prise en charge des cas confirmés en deux exemplaires Faire un récapitulatif des différentes factures sur une page en deux exemplaires (01 Communautaire ; 01 CS) Transmettre les factures et la fiche de rapport SIRP au plus tard le 02 du mois suivant au CS
	Centre de santé	Chef-Poste/Agents de santé	<ul style="list-style-type: none"> Prendre en charge les malades selon les directives (Age ou du poids indiqué, Cibles bénéficiaires, Test (TDR ou GE)) Maintenir le mode actuel d'approvisionnement en intrants de PEC (acquisition au niveau des DRZ) Produire les factures individuelles de prise en charge des cas confirmés en deux exemplaires Faire une synthèse des différents états récapitulatifs envoyés par le niveau communautaire sur une page en quatre exemplaires (01 CS; 01 ZS; 01 DDS; 01 PNLP) Faire un récapitulatif des différentes factures du CS sur une page en quatre exemplaires (01 CS; 01 ZS; 01 DDS; 01 PNLP) Transmettre les factures et la fiche de rapport SIRP au plus tard le 05 du mois suivant à la ZS
	Equipe d'Encadrement de Zone (EEZS)	Médecin Coordonnateur de Zone (MCZ)	<ul style="list-style-type: none"> Désigner formellement un point focal "Gratuité" parmi les membres de l'EEZS <ul style="list-style-type: none"> Ouvrir un compte bancaire spécifique pour recevoir le remboursement de l'ensemble de la ZS Faire le paiement des centres sur la base des factures validées par le PNLP Produire un rapport de paiement des centres de santé à transmettre au PNLP par voie hiérarchique et avec copie pour la DDS
	Gestionnaire de Dépôt Répartiteur de Zone (DRZ)	<ul style="list-style-type: none"> S'assurer de la disponibilité effective des différents intrants de PEC au niveau du DRZ 	

Niveaux		Acteurs	Rôles et Responsabilités
		Point focal gratuité	<ul style="list-style-type: none"> • Réceptionner le dossier de chacun des CS de la ZS • Saisir les fiches SIRP dans le module paludisme et exporter vers la DDS <ul style="list-style-type: none"> • Faire un contrôle rapide du traitement administré • Faire un contrôle rapide des pièces comptables fournies par les CS • Faire un récapitulatif des différentes factures des CS sur une page • Etablir un bordereau de transmission à la signature du MCZS • Transmettre à la cellule Appui PNLP du département au plus tard le 10 du mois suivant
Département	Centre Hospitalier Départemental (CHD)	Personnels soignants et Gestionnaires	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre en charge les malades selon les directives (Age ou du poids indiqué, Cibles bénéficiaires, Test (TDR ou GE)) • Maintenir le mode actuel d'approvisionnement en intrants de PEC (acquisition au niveau de la CAME) <ul style="list-style-type: none"> • Produire les factures individuelles de prise en charge des cas confirmés en deux exemplaires • Faire un récapitulatif des différentes factures sur une page • Transmettre les factures et la fiche de rapport SIRP au plus tard le 05 du mois suivant à la DDS
	Direction Départementale de la Santé (DDS)	Equipe d'appui PNLP	<ul style="list-style-type: none"> • Réceptionner le dossier de chacune des ZS et du CHD Compiler les fiches SIRP dans le module paludisme et exporter vers le niveau national • Faire un contrôle approfondi du traitement administré à chaque patient et dans chaque centre • Faire un contrôle approfondi des pièces justificatives fournies par les centres de santé • Faire un récapitulatif des différentes factures par ZS ou CHD ou assimilés sur une page • Etablir un bordereau de transmission à la signature du DDS ou son représentant <ul style="list-style-type: none"> • Transmettre le rapport de validation des documents à la ZS indiquant le montant réellement éligible au remboursement
		Directeur	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre à disposition de la cellule PNLP un comptable et un infirmier en vue de traiter et valider les dossiers des ZS et du CHD • Emettre un ordre de paiement par ZS ou CHD en direction du service de la comptabilité du PNLP • Transmet le rapport de validation des documents à chaque ZS indiquant le montant réellement éligible au remboursement

Niveaux		Acteurs	Rôles et Responsabilités
National	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels (CAME)	Responsable gestion des ILP	<ul style="list-style-type: none"> Assurer une bonne gestion des intrants afin d'assurer un approvisionnement régulier des DRZS
		Comptable	<ul style="list-style-type: none"> Alimenter le compte par les recettes provenant des ZS
	Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)	Coordonnateur	<ul style="list-style-type: none"> Ouvrir un compte pour la gratuité dans une Banque privée pour recevoir les fonds venant du Gouvernement et des partenaires Mettre à disposition de la Régie du PNL P deux comptes en vue de traiter et valider les dossiers des ZS et des CHD ou assimilés transmis par les départements Réceptionner le dossier de chacune des ZS et des CHD et accuser réception Procéder au paiement des ZS et CHD ou assimilés au plus tard le 30 du mois suivant
		Agent comptable	<ul style="list-style-type: none"> Concevoir les outils de gestion de la gratuité (Facture par malade, fiche synthèse par centre, Fiche synthèse par ZS, Fiche synthèse par département, Masque de saisie des fiches par niveau) Faire un contrôle approfondi des pièces justificatives fournies par les DDS Valider le récapitulatif des différentes factures par ZS ou CHD ou assimilés sur une page Emettre un dossier de remboursement par ZS à la signature du Coordonnateur
		Responsable Surveillance épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> Compiler les fiches SIRP dans le module paludisme et comparer les cas confirmés déclarés et le nombre de cas au niveau des factures à payer
Partenaires Techniques et Financiers (PTF)		<ul style="list-style-type: none"> Assurer un approvisionnement régulier de la CAME en intrants de prise en charge Appuyer la mise en œuvre des interventions à l'échelle nationale 	

ANNEXE 4 : PAQUETS DES PRESTATIONS PRISES EN COMPTE PAR L'INITIATIVE DE GRATUITE

Paquets	Contenus	Usage	Niveau
A	<ul style="list-style-type: none"> • Test de diagnostic rapide <ul style="list-style-type: none"> • CTA, Paracétamol • Frais de consultation et de carnet 	Prise en charge du paludisme simple chez l'enfant < 5 ans	Communauté Centre de santé Hôpital de Zone (HZ)
B	<ul style="list-style-type: none"> • Microscopie/ tests réalisés au niveau des HZ, CHD et Hôpitaux nationaux ; et autres examens de laboratoire (NFS, Glycémie) <ul style="list-style-type: none"> • Kit paludisme grave, • Frais de consultation compris frais de carnet • Frais d'hospitalisation (3 jours) • Groupage et transfusion. 	Prise en charge du paludisme grave chez l'enfant < 5 ans	HZ CHD HN/CNHU
C	<ul style="list-style-type: none"> • Test de diagnostic rapide <ul style="list-style-type: none"> • CTA • Paracétamol • Frais de consultation et de carnet 	Prise en charge du paludisme simple chez la femme enceinte	Centre de santé HZ CHD HN/CNHU
D	<ul style="list-style-type: none"> • Microscopie / tests réalisés au niveau des HZ et des CHD/HN et autres examens de laboratoire (NFS, Glycémie) <ul style="list-style-type: none"> • Kit paludisme grave • Frais de consultation et de carnet <ul style="list-style-type: none"> • Frais d'hospitalisation 	Prise en charge du paludisme grave chez la femme enceinte	HZ, CHD, HN/CNHU

ANNEXE 5: POINTS DES ENTRETIENS PREVUS ET REALISES DANS LE CADRE DE L'EVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE PALUDISME (ECHANTILLONNAGE)

Structures	Personnes à rencontrer	Nombre d'entretien prévu	Nombre d'entretien réalisé	Observations
DDS/Atlantique	MA/PNLP et C/SRFM ou comptable responsabilisé pour la gratuité (2 personnes)	2	1	Nouvelle DDS, n'a pas de Médecin appui
HZ/Calavi	C/SAAE; Responsable Pédiatrie; Responsable Maternité (3 personnes)	3	3	
ZS/Cotonou I&4	CAR; Point focal gratuité (2 personnes)	2	2	
CS Cotonou I	Comptable (1 personne)	1	1	
CS Aïdjèdo	Infirmier dispensaire Sage-femme maternité (2 personnes)	2	2	
DDS/Ouémé	MA/PNLP et C/SRFM ou comptable responsabilisé pour la gratuité (2 personnes)	2	2	
CHD/O	C/SAAE; Responsable Pédiatrie; Responsable Maternité (3 personnes)	3	3	
ZS/3A	CAR; Point focal gratuité (2 personnes)	2	2	
CS Com Missérété	Comptable (1 personne)	1	0	Pas de comptable
CS Danto	Infirmier dispensaire; Sage-femme maternité (2 personnes)	2	2	Infirmier Missérété
PNLP + DAF	Représentants Services PEC + SE + DAF (3 personnes)	3	3	
ZS/CBGH	CAR; Point focal gratuité (2 personnes)	2	2	

Structures	Personnes à rencontrer	Nombre d'entretien prévu	Nombre d'entretien réalisé	Observations
HZ Comé	C/SAAE; Responsable Pédiatrie; Responsable Maternité (3 personnes)	3	3	
CS Com Comé	Comptable (1 personne)	1	1	
CS Agatogbo	Infirmier dispensaire; Sage-femme maternité (2 personnes)	2	2	
CS Akodéha	Infirmier dispensaire; Sage-femme maternité (2 personnes)	2	2	
CS Oumako	Infirmier dispensaire; Sage-femme maternité (2 personnes)	2	2	
TOTAL		35	33	

ANNEXE 6: BIBLIOGRAPHIE

- De la Rosa , J., & Scheil-Adlung, X. (2007). *Enabling transition to formalization through providing access to health care: The examples of Thailand and Ghana*. Geneva ILO: ILO Social Security Department. Retrieved July 09, 2018, from http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_emp/@emp_policy/documents/meetingdocument/wcms_125994.pdf
- Etude sur les mécanismes d'exemptions et de subvention des soins au Bénin, AEDES Belgique, novembre 2010
- Fenny , A. P., Asante, F. A., Enemark, U., & Hansen, K. S. (2015). Malaria care seeking behavior of individuals in Ghana under the NHIS: Are we back to the use of informal care? *BMC Public Health*, 1-8. Retrieved July 10, 2018, from <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-015-1696-3?site=bmcpublihealth.biomedcentral.com>
- Nguyen, L. H., & Hoang, A. T. D. (2017). Willingness to Pay for Social Health Insurance in Central Vietnam. *Frontiers in Public Health*, 5, 89. <http://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00089> Retrieved September 14, 2018, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5403811/pdf/fpubh-05-00089.pdf>
- Nguyen, Q. L., Phan, T. V., Tran, X. B., Nguyen, H. L., Ngo, C., Phan, H. T., & Latkin, C. A. (2017). Health insurance for patients with HIV/AIDS in Vietnam: coverage and barriers. *BMC Health Services Research*, 1-10. Retrieved September 13, 2018, from <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2464-0>
- President's Malaria Initiative: - *Malaria Operational Plan (MOP) FY 2018*. Ghana: PMI (2017). Retrieved from <https://www.pmi.gov/docs/default-source/default-document-library/malaria-operational-plans/fy-2018/fy-2018-ghana-malaria-operational-plan.pdf?sfvrsn=5>
- President's Malaria Initiative: - *Malaria Operational Plan (MOP) FY 2018*. Senegal: PMI (2017). Retrieved from <https://www.pmi.gov/docs/default-source/default-document-library/malaria-operational-plans/fy-2018/fy-2018-senegal-malaria-operational-plan.pdf?sfvrsn=5>



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



**Health Finance
& Governance**
Expanding Access. Improving Health.



**BOLD THINKERS DRIVING
REAL-WORLD IMPACT**