

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE
LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple-Un But-Une Foi

.....
UNIVERSITE DES SCIENCES JURIDIQUES ET POLITIQUES
.....

INSTITUT SUPERIEUR DE FORMATION

ET DE RECHERCHE APPLIQUEE

(ISFRA) - BAMAKO

D.E.R DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

MEMOIRE DE D E A

**DIPLÔME D'ETUDES APPROFONDIES
SPECIALITE : ANTHROPOLOGIE DU CHANGEMENT SOCIAL ET DU
DEVELOPPEMENT**

**MISE EN ŒUVRE DE L'EXEMPTION DE PAIEMENT DU TRAITEMENT DU
PALUDISME DANS DEUX CSCOM DU DISTRICT SANITAIRE DE SIKASSO**

Présenté et soutenu le 24 septembre 2013 par Youssouf Tiécoura SANOGO

Sous la Direction du :

Dr. Yaouaga Félix KONE

Membres du jury

Président : Dr. Mahamane H MAÏGA

Membres : Dr. Yaouaga Félix KONE

Dr. Balla DIARRA

Dr. Ousmane TOURE

Date de soutenance : 24 septembre 2013

**MISE EN ŒUVRE DE L'EXEMPTION DE PAIEMENT DU TRAITEMENT DU
PALUDISME DANS DEUX CSCOM DU DISTRICT SANITAIRE DE SIKASSO**

I- Dédicace

A mes filles Aïcha Koniba et Maïmouna pour l'affection qu'elles me portent.

II-REMERCIEMENTS

Loin de moi la prétention de dresser la liste exhaustive de mes soutiens dans la réalisation de ce mémoire. Cependant, je tiens à remercier très sincèrement,

- Pour leur affection, leurs prières et bénédictions, ma mère Konimba SANOGO et mon épouse Fatoumata Dikores BA à travers elles mes parents et mes alliés,
- pour la qualité des enseignements, le corps professoral de l'Institut de Formation de Recherche Appliquée (ISFRA) de l'Université des Sciences Politiques et Juridiques de Bamako (USPJ),
- pour leur accueil, leur disponibilité et contributions, les responsables et agents de la DRS et du CSREF de Sikasso, les membres des ASACO, le personnel socio sanitaire ainsi que les usagers des deux centres de santé communautaire,
- pour leur collaboration, les autorités politiques du cercle de Sikasso,

Hommage à notre regretté Professeur, feu Dr Bréhima KASSIBO, pour la qualité de ses enseignements et ses conseils.

Comment pourrai-je oublier l'ONG Miseli et sa Présidente, Mme Laurence TOURE pour l'opportunité qu'elle m'a offerte dans le cadre du programme de recherche « *L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Mali, Niger)* » et la réalisation de ce mémoire, qu'elle retrouve ici l'expression de ma très haute considération. Qu'il me soit permis d'adresser mes sincères remerciements au Pr OLIVIER DE SARDAN du LASDEL, au Niger, au Pr RIDDE de l'Université de Montréal, à Yamba KAFANDO, à TRAORE Aminata SISSOKO, responsable administrative et financière de Miseli pour la qualité de leur encadrement et leurs précieux conseils. Je remercie mes amis, mes camarades de promotion qui ont bien voulu réécrire ce texte pour les corrections. En fin, permettez que je fasse une mention spéciale à l'endroit de mon Directeur de Mémoire, le Dr Yaouaga Félix KONE pour sa disponibilité et la qualité de son encadrement tout au long de ce travail, je lui dis merci!

III-RESUME

Ce texte traite de la mise en œuvre de la politique de gratuité du traitement du paludisme initiée par le gouvernement du Mali en 2007 dans deux CSCOM du district sanitaire de Sikasso. Nous combinons une approche qualitative de type socio-anthropologique et quantitative pour analyser l'articulation de cette gratuité partielle pour les deux catégories d'usagers (les enfants de 0 à cinq ans et les femmes enceintes) avec le paiement des soins au niveau de deux CSCOM. Les données ont été produites selon les techniques de l'observation participante, de l'entretien et des données secondaires dans lesdits CSCOM, auprès de l'équipe cadre de district, de la DRS de Sikasso.

Nos résultats montrent que la politique a été mal perçue par les ASACO et les agents de santé qui craignent la décapitalisation de leurs caisses par cette mesure et la perte des intérêts liés à la vente des antipaludéens. Ces acteurs ont, alors adopté des stratégies de limitation des effets de la politique sur leur centre. Ces stratégies vont du refus de relayer l'information dans les aires des centres, au faible rapportage des centres de santé au district sanitaire des données indispensables à la planification des besoins du district en médicaments gratuits. L'attitude des soignants a été entretenue par deux faits majeurs : le mode de distribution des intrants gratuits adopté par le district - une distribution basée sur l'équité entre les centres et non sur la base du rapportage des données, par l'impunité et la faiblesse des moyens financiers du district à assurer le suivi de la gestion des médicaments gratuits.

La mise en œuvre de cette politique s'est caractérisée par la récurrence des ruptures des médicaments gratuits, l'incomplétude du kit de traitement du paludisme grave dans les centres conduisant systématiquement le retour aux paiements pour les usagers. Cette situation a créé une apparence de gratuité chez les usagers qui confondent la gratuité avec un rabatement du coup des soins.

La politique de gratuité telle qu'appliquée dans ces deux centres n'a pas eu un impact négatif sur les recettes de la vente de médicaments génériques ni d'effet positif sur les recettes de la tarification qui malgré une légère hausse des taux de consultations stagne. La gratuité n'a pas non plus entraîné une augmentation tant souhaitée du taux de consultation dans la catégorie des enfants de moins de cinq ans.

IV-SIGLE & ABBREVIATION

ASACO : Association de santé communautaire

AS-AQ : Artésunate- amodiaquine

A-L : Artémether- luméfantrine

CCC : Communication pour le Changement de Comportement

CSREF : centre de santé de référence

CSCOM : centre de santé communautaire

CTA : Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine

DNS : Direction Nationale de la Santé

DRS : Direction régionale de la Santé

DPM : Direction de la pharmacie et du médicament

FE : Femmes Enceintes

FMSTP : Fonds Mondial de Lutte contre le SIDA, la Tuberculose et le Paludisme

JNV : Journée nationale de vaccination

MII : Moustiquaires Imprégnées d'Insecticides

MILD : moustiquaire imprégnée de longue durée

MRTC: malaria research and training center

OUA : Organisation de l'Unité Africaine

PMI : Presidential Malaria Initiative

PEV : Programme Elargi de Vaccination

PNLP : Programme National de Lutte contre le Paludisme

PPM : Pharmacie populaire du Mali

SDADME : Schéma directeur d'approvisionnement et de distribution en médicaments essentiels

SIAN : Semaine d'Intensification des Activités de Nutrition

SNIS : Système National d'Information Sanitaire

SLIS : Système local d'Information Sanitaire

SP : Sulfadoxine-Pyriméthamine

TDR : Test de Diagnostic Rapide

TPI : Traitement Préventif Intermittent.

V-LISTE DES TABLEAUX

Tableau n°1. Nombre d'entretiens enregistrés.....	p.23
Tableau n°2.Situation du personnel du centre.....	p.27
Tableau n° 3. Prestations et tarifs pratiqués au centre.....	p.28
Tableau n°4. Prestations et tarifs pratiqués au centre.....	p.33
Tableau n°5. Prix d'achat et de vente des molécules dans ce centre.....	p.38
Tableaux n°6. Taux des rapports PEC du paludisme fournis au district de Sikasso en 2010 et 2011 par les 51 formations sanitaires (Source : rapports PEC district sanitaire de Sikasso).....	p.65
Tableau n°7. (Source : bordereaux de réception des intrants gratuits et projections faites au niveau du district de Sikasso).....	p.68
Tableau n°8. Observation des ruptures des intrants gratuits entre le 31 mai 2007 au 30-09-2011 à partir des fiches de suivi.....	p.70
Tableau n°9. Coût traitement palu avec ou sans gratuité au centre urbain.....	p.78
Tableau n°10. Coût traitement palu avec ou sans gratuité au centre rural.....	p.79
Tableau n°11.Moyenne annuelle des recettes de tarification et de vente des MEG (centre rural).....	p.94
Tableau n°12 :Moyenne annuelle des recettes de tarification et de vente des MEG (centre rural).....	p.97
Tableau n°13. Taux des consultations curatives entre 2005-2010 au centre urbain (Source : SILS, Sikasso).....	p.98
Tableau n°14.Tableau des consultations curatives entre 2005 à 2010 au centre rural (source : SLIS, Sikasso).....	p.99

VI-LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique n°1. Evolution mensuelle des recettes de la tarification et de vente des MEG (centre urbain).....	p.90
Graphique n° 2. Evolution mensuelle des recettes de la tarification et de vente des MEG (centre rural).....	p.92
Graphique n°3. Evolution annuelle des recettes de la tarification et de la vente des MEG (centre urbain).....	p.93
Graphique n°4. Evolution annuelle des recettes totales (centre urbain).....	p.94
Graphique n°5. Evolution annuelle des recettes de la tarification et de la vente des MEG (Centre rural).....	p.95
Graphique n°6. Evolution annuelle des recettes totales (centre rural).....	p.96

INTRODUCTION

L'ouverture en mars 1989 du premier Centre de Santé Communautaire à Banconi, un quartier populaire de Bamako, consacre la politique malienne de recouvrement partiel des coûts comme mode de financement de la santé publique. Les évaluations de ce mode de financement de la santé au Mali et ailleurs ont montré qu'en dépit de bons résultats atteints, de nombreux problèmes d'accès surtout financiers aux soins de santé demeurent. Dans la perspective de réduire la barrière financière afin d'améliorer l'accès au traitement, des mesures de gratuités ont ainsi été initiées pour certaines pathologies. Il s'agit des ARV pour les personnes vivant avec le VIH-SIDA en 2004, de la césarienne pour les cas de complications obstétricales chez la femme enceinte en 2005 et du traitement du paludisme chez les enfants de zéro (0) à 5 ans et les femmes enceintes en 2007. La gratuité du paludisme est celle qui a retenu notre attention pour le présent mémoire pour l'obtention de DEA.

En effet, suite à l'annonce faite, le 31 décembre 2006, par le Président de la République d'alors, Amadou Toumani TOURE, d'offrir la gratuité du traitement du paludisme aux enfants et aux femmes enceintes, des textes et lois ont été adoptés afin de donner à cette décision politique des objectifs, des outils de sa mise en œuvre.

Officiellement, elle est présentée comme une stratégie de réduction des taux de morbidité et de mortalité chez cette catégorie d'usagers vulnérables des centres de santé en améliorant leur accès aux soins de santé en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, OMD en matière de santé.

Un programme de recherche¹ a été initié par le LASDEL² et l'université de Montréal en 2009 dont l'objectif est de produire des connaissances scientifiques sur l'émergence, la mise en œuvre et les effets de la gratuité du paludisme au Mali et deux autres politiques de gratuité, la césarienne et les ARV/VIH dans trois pays d'Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Mali et Niger).

Au Mali, l'étude de la gratuité du paludisme a été conduite par Miseli³ dans trois districts sanitaires, la Commune I de Bamako, Kita et Sikasso. Le présent mémoire s'inscrit dans le

¹ « L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Mali, Niger) ».

² Laboratoire d'Etudes et de Recherche sur les Dynamiques Sociales et le Développement basé à Niamey au Niger

³ L'association Miseli, association malienne de recherche et formation en anthropologie des dynamiques locales, est basée à Bamako

cadre de ce programme. Il rend compte d'une partie des résultats des recherches que nous avons menées dans deux CSCOM du district sanitaire de Sikasso et porte essentiellement sur l'articulation de la gratuité avec la gestion ordinaire des CSCOM et les effets de cette situation.

Le présent mémoire, en plus de la conclusion, comprend quatre parties:

- ✓ La première partie présente la problématique, le cadre théorique et la méthodologie de recherche ;
- ✓ La deuxième partie présente le fonctionnement ordinaire des deux CSCOM dans le contexte du système du recouvrement des coûts, la politique de lutte contre le paludisme et le dispositif de gratuité ;
- ✓ La troisième partie décrit et analyse le processus de mise en œuvre de la politique de gratuité du paludisme dans le district sanitaire de Sikasso et particulièrement dans deux CSCOM choisis. Elle décrit les pratiques des acteurs dans la délivrance des soins gratuits, les difficultés de la mise en œuvre ainsi que leur gestion par les acteurs;
- ✓ La quatrième partie analyse les effets de l'application concrète de la gratuité sur le fonctionnement des deux CSCOM notamment son impact sur les recettes de la tarification et de la vente des médicaments et sur les taux des consultations curatives.

PREMIERE PARTIE :
CONTEXTE, PROBLEMATIQUE, CADRE THEORIQUE ET
METHODOLOGIQUE

I.1- CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Au Mali, le paludisme, de par son impact négatif sur les taux de mortalité, de morbidité maternelle et infantile et sur le revenu des ménages, constitue un problème majeur de santé publique. En 2006, 1 022 592 cas cliniques sont enregistrés dans les formations sanitaires publiques. Cela correspond à 38% du total des motifs de consultations. En outre il est la cause de 47,7% des décès chez les enfants de moins de 5 ans et plus de la moitié dans la tranche de 0 à 4 ans (SLIS, 2006).

Son impact économique est énorme et concerne :

- L'absentéisme sur les lieux de travail et dans les écoles ;
- Le nombre moyen de crises par enfant de 5 ans est de 5 à 8 par an ;
- Le nombre de journées perdues en hospitalisation d'un malade : 6 jours ;
- Les pertes économiques, qui peuvent en découler tant sur le plan de la production que de manque à gagner, sont importantes (PNLP, plan stratégique de lutte contre le paludisme 2007-2011).

La politique de gratuité de traitement du paludisme intervient dans un système sanitaire permanentement soumis à des réformes importantes depuis la période coloniale. Pendant la colonisation, au Soudan Français, les soins étaient certes gratuits mais la médecine coloniale visait surtout la protection des populations blanches. D'ailleurs, les services de santé étaient au service du pouvoir colonial qui s'en servit pour légitimer sa domination politique et asseoir l'exploitation économique des colonies. L'impact du système sanitaire colonial sur la santé des populations locales est resté très limité à cause de ses aspects ségrégationnistes (protection des colons) de la priorisation des services préventifs au détriment du curatif, d'où sa qualification de « *médecine ségrégationniste malgré ses visées civilisatrices* » (Lerberghe et Vincent de Brouwere, 2000 :176)

Avant les indépendances des années 1960, dès 1946 la gratuité des soins et l'extension du réseau des services et des dispensaires sont inscrits dans les revendications du RDA (Lerberghe et Vincent de Brouwere, Op. cit.). Jusqu'à la fin des années 1980, le principe des soins de santé gratuits pour tous est resté en vigueur au Mali et cela malgré d'importantes difficultés comme le manque de médicaments dans les formations sanitaires, la faible couverture sanitaire géographique, la démotivation du personnel, la chute de la qualité. En réponse à ce sombre tableau, l'État s'est engagé, en 1978 à Alma-Ata aux côtés d'autres pays africains, à promouvoir les soins primaires. Ainsi l'initiative des Soins de Santé Primaires (SSP), dont le but est d'améliorer l'accessibilité aux soins, est lancée. Malgré les bonnes

intentions, l'impact de la réforme est resté très limité, comme l'écrit Win Van Lerberghe et Vincent de Brouwere : « *la maladie coûtait, même si les soins étaient « gratuits »... Les usagers savaient qu'ils devaient payer pour des soins officiellement gratuits* » (Lerberghe et Vincent de Brouwere, op. cit. 184). Parallèlement la récession puis la crise économique internationale marquée par l'imposition des ajustements structurels aux États africains nécessitaient des réformes sanitaires importantes. Ainsi, sous la pression des partenaires extérieurs, l'OMS et l'UNICEF en tête, les états africains adoptèrent à Bamako, sous l'étiquette d'Initiative de Bamako (IB), une stratégie proposée par l'UNICEF : la fourniture de médicaments essentiels pour tous (y compris les vaccins) couplée à l'autofinancement local. L'idée de base étant de subventionner les médicaments pendant un temps, les revendre à trois fois le prix, la différence permettant de financer les soins à la mère et à l'enfant et de rendre gratuits les soins pour les indigents. L'initiative de Bamako visait la mobilisation de ressources à travers le paiement par les usagers qui le faisaient déjà même si les soins étaient officiellement gratuits.

En mars 1989, conformément à cet esprit, le premier centre de santé communautaire s'ouvrait à Banconi, un quartier populaire de Bamako. Avec le succès de cette première expérience, le gouvernement malien est passé à la généralisation de ce mode de financement de la santé à l'échelle nationale et a appuyé la création de nombreux CSCOM. Le système sanitaire est organisé sous forme de pyramide avec les CSCOM en première ligne suivi des CSREF, des hôpitaux régionaux et au sommet, les hôpitaux nationaux. Un «CSCOM» est un centre de santé privé sans but lucratif qui regroupe un dispensaire, une maternité et un dépôt pharmaceutique, et dont la gestion est assurée par une association d'usagers, dénommée «Association de Santé Communautaire » (ASACO). Une ASACO est une association privée sans but lucratif regroupant des habitants d'une même zone géographique (quartier urbain ou groupe de villages), dénommée « *aire de santé* » qui assure la gestion d'un centre de santé communautaire (CSCOM) et conduit dans cette zone des activités de promotion de la santé (Balique et al., 2001).

Le CSCOM offre généralement des soins de premier niveau qui sont assurés par une équipe de professionnels dirigée par un médecin ou un infirmier. Ce «paquet minimum d'activités», PMA comprend des soins curatifs, préventifs et promotionnels, y compris la réalisation d'accouchements et la vente de médicaments essentiels (Balique et al. op.cit. 37).

Par son statut d'acteur privé, l'ASACO est tenue d'assurer la charge salariale du personnel du centre, d'équilibrer ses comptes de gestion. Un CSCOM dispose généralement de trois

sources de revenus : les recettes de la tarification des soins (forfait d'accès aux soins, etc....); les recettes de la vente des médicaments génériques, et d'éventuelles subventions ou aides.

D'ordinaire, les dépenses de fonctionnement et de charge salariale du personnel du centre sont financées à partir des recettes de la tarification. Le traitement du gérant du dépôt pharmaceutique et du gardien du centre est assuré à partir du bénéfice de vente des médicaments génériques, le reste de ce fonds est destiné au renouvellement du stock de médicaments génériques. Il faut noter que les ASACO ont la possibilité de financer d'autres activités lorsque le recouvrement des coûts dépasse cent pour cent. Ce surplus provient généralement de la vente des médicaments génériques et fait souvent l'objet de convoitise lorsqu'il n'est pas mobilisé.

Les femmes et les enfants sont les usagers les plus nombreux des CSCOM, de ce fait ils constituent la source majeure des recettes de la tarification et de la vente des médicaments. Notons que l'essentiel des ressources financières des CSCOM provient des recettes de la tarification, et la vente des médicaments génériques.

Si le paludisme est la pathologie dominante chez les enfants de moins de 5ans, et touche également les femmes enceintes, qui sont les usagers les plus nombreux des CSCOM, alors il constitue une source de revenu très importante pour les ASACO. Rappelons que le nombre moyen de crises par enfant de 5 ans est de 5 à 8 par an (PNLP, plan stratégique de lutte contre le paludisme 2007-2011). Avec un taux de 51% des causes de consultation, le paludisme constitue également la principale cause de consultation chez les enfants de 1 à 4 ans (SLIS, 2006).

Par ailleurs, vingt cinq ans après l'instauration du principe du recouvrement des coûts, les études réalisées indiquent des résultats mitigés en matière de santé. Si des avancées comme l'amélioration de la couverture sanitaire, de la qualité des soins (la baisse du coût moyen de l'ordonnance qui est passée à 1000 f CFA dans les CSCOM et à 1500 f CFA dans les CSRéf) (Balique et al., op.cit. 42) ont été réalisées, par contre, des insuffisances comme le manque de vie démocratique au sein des associations de santé communautaire, le manque de transparence des activités (des comptes), l'inadéquation des modalités de financement des activités préventives des CSCOM ont été notées (Balique et al., op.cit. 42). Il a été également noté que le souci d'équilibrer les comptes (les charges salariales) fait que les ASACO ont tendance à privilégier les activités curatives qui constituent leur principale source de recette financière au détriment des activités de préventions non payantes. Finalement les associations de santé

communautaires et le personnel sanitaire ont développé un esprit gestionnaire (Touré et al., 2009). Cette logique de gestion éloigne les ASACO de la prise en charge gratuite des cas sociaux (Ridde, 2004), pourtant inscrits dans les objectifs de base de l'IB qui stipule, dans le principe sept, la suppression du paiement pour les plus pauvres (Paganini, 1995 ; Ridde et al., 2009).

En somme, nombre d'études sur l'impact du recouvrement des coûts en matière de santé publique soulignent la faible fréquentation des centres de santé avec un taux moyen de 0,3% de consultations/habitant/an (SLIS 2006). Parmi les causes de cette faible utilisation des services figure le coût inabordable des soins qui demeure l'une des barrières majeures de l'accès aux soins de santé surtout chez les femmes et les enfants, alors même que ces catégories vulnérables paie un lourd tribut au paludisme.

Notre questionnement se structure autour du point de rencontre du principe de recouvrement des coûts et de la gratuité du paludisme pour le traitement de ces catégories d'usagers des centres de santé communautaire. *Comment une politique de gratuité partielle des soins de santé est-elle mise en œuvre dans un contexte où les formations sanitaires fonctionnent sur la base du recouvrement des coûts ?*

I.2 - PROBLEMATIQUE

Dans la double perspective d'atteindre les objectifs 4 et 5 des OMD et d'améliorer l'accès des couches vulnérables aux soins, l'État malien a initié en 2007 la politique de gratuité du traitement du paludisme qui prévoit la distribution gratuite de médicaments antipaludéens en l'occurrence les CTA, Combinaison Thérapeutique à base d'Artémisinine, aux enfants âgés de zéro (0) à 5 ans diagnostiqués positifs au paludisme simple et la prise en charge du paludisme grave chez les femmes enceintes. Or la part du paludisme dans le financement du fonctionnement des CSCOM est importante au regard de son importance. Elle représente 51% des causes des visites des formations (SLIS, 2006). Par conséquent, toute action, au niveau des CSCOM, susceptible de priver les ASACO des recettes provenant du traitement du paludisme est source d'inquiétude. En effet, dans sa formulation, la politique d'exemption de paiement du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes constitue une menace de décapitalisation des caisses des ASACO.

De plus l'application de cette politique dans les formations sanitaires viendra bousculer des habitudes et pratiques bien installés chez les acteurs socio sanitaires des CSCOM. En effet, l'expérience de la gestion des CSCOM, dans un contexte de recouvrement des coûts, a fini par développer chez ces acteurs des logiques difficilement déracinables. Malgré leur mission initiale de service public, les ASACO fonctionnent dans une logique gestionnaire, privilégiant les activités curatives dont le rôle est fondamental dans le financement des charges de fonctionnement des centres et à l'équilibre de leurs comptes au détriment des initiatives d'aides aux indigents et usagers démunis (Ridde, 2004).

Par ailleurs, des études sur le fonctionnement des services publics de santé en Afrique de l'Ouest ont mis en exergue d'importants dysfonctionnements, de pratiques informelles et de comportements professionnels des agents socio sanitaires qui s'écartent des normes officielles. L'accent a été particulièrement mis sur les problèmes de qualité des soins offerts dans les formations sanitaires ; le manque de motivation chez le personnel ; la qualité médiocre de l'accueil des usagers des centres de santé ; l'inégalité de traitement des usagers ; le mépris et le racket à l'égard des malades au sein des formations sanitaires (Jaffré, Olivier de Sardan, 2003).

Ces dysfonctionnements ancrés dans les formations sanitaires n'influenceront-ils pas la politique de gratuité du paludisme dans sa mise en œuvre dans les CSCOM ?

Ne doit-on pas craindre une aggravation de ces dysfonctionnements avec la mise en œuvre de la gratuité du traitement du paludisme?

En outre, le fait que la gratuité concerne les antipaludéens et la majorité de la clientèle des CSCOM (la tranche des enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes), ne privera-t-elle pas les acteurs des CSCOM d'une source importante de ressources financières nécessaires à leur fonctionnement ? Aussi, la juxtaposition du paiement direct et de la gratuité (partielle) n'engendrera-t-elle pas des difficultés de gestion des intrants gratuits et des médicaments du circuit ordinaire des CSCOM? Comment les ASACO et autres acteurs socio sanitaires réagiront à la perte de la marge bénéficiaire sur la vente des antipaludéens qu'entraînera la gratuité du paludisme?

Théoriquement les CSCOM s'approvisionnent exclusivement en médicaments génériques dans le respect du SDAME (Schéma d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels). En fonction de ce schéma, la section régionale de la pharmacie du Mali approvisionne le DRC (Dépôt Répartiteur du Cercle) qui approvisionne les CSCOM du district avec la possibilité pour chaque niveau du schéma de réaliser une marge bénéficiaire. Cependant dans la pratique, nombre d'ASACO contournent le DRC pour s'approvisionner soit à la PPM régionale soit auprès de fournisseurs privés. En décidant, de mettre les intrants gratuits directement à la disposition des CSCOM, la politique de gratuité du paludisme perturbera les habitudes d'approvisionnement des ASACO et privera les acteurs des CSCOM des avantages inhérents au contournement du schéma d'approvisionnement. Comment les acteurs socio sanitaires des CSCOM réagiront à la gratuité c'est-à-dire à la mise à disposition des intrants gratuits au CSCOM dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique?

I.2.1. Questions de recherche

- Comment la gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceinte est-elle perçue par les différents acteurs socio-sanitaires ?
- Comment les acteurs se sont-ils positionnés et à quel type de réorganisation la mise en œuvre de la gratuité a-t-elle donné lieu ?
- Dans quelles limites et comment la gratuité est-elle assurée, en termes de disponibilité des médicaments ?
- Quel est l'impact de la gratuité effective sur les caisses des ASACO?

I.2.2 - Objectifs

Objectif général : Comprendre la mise en œuvre de la gratuité du paludisme dans un contexte de recouvrement des coûts dans les centres de santé, en milieu rural et urbain.

Objectifs spécifiques

- Décrire le positionnement des acteurs socio-sanitaires et l'interprétation locale de la gratuité.
- Identifier les principaux obstacles à la mise en œuvre de la gratuité.
- Décrire les perceptions des usagers de la gratuité effectivement appliquée.
- Analyser l'impact de la gratuité sur les caisses des ASACO.

I.2.3 - Hypothèses de travail

- La crainte de la perte des avantages du recouvrement des coûts fait que certains acteurs du niveau opérationnel du système de santé sont moins favorables à la politique d'exemption de paiement pour cette catégorie d'usagers des CSCOM.
- La gestion (rupture et planification, disponibilité) des médicaments gratuits constitue le principal obstacle à l'effectivité de la gratuité.
- Des acteurs impliqués dans la mise en œuvre bloquent le circuit d'approvisionnement et provoquent des ruptures des médicaments gratuits.
- L'exemption du paiement direct du paludisme décapitalise les caisses des ASACO.

I.3- ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE SUJET

Morestin et Ridde (2009) ont réalisé une recension des écrits scientifiques sur l'état des connaissances publiées dans des revues scientifiques sur l'abolition du paiement direct en Afrique. Sur 21 articles recensés, tous sont de pays anglophones sauf un pour Madagascar. Les auteurs indiquent que ces écrits portent sur l'émergence de l'abolition, la formulation des politiques d'abolition, leur mise en œuvre, leurs effets sur l'amélioration de l'accès au système de santé et autres effets comme la qualité des services, le revenu pour le système de santé, sur la dépense de santé, la charge de travail, la satisfaction et le résultat de santé. Ils ont souligné le caractère *top-down* de leur mise en œuvre faite de haut vers le bas, jamais de bas vers le haut. Comme points faibles de ces expériences, ils ont noté: « *le manque de caractères participatif et communautaire dans leur processus de mise en œuvre, leur rigidité et le manque de données sur leur appréciation par les populations et leur mise en œuvre* »

(Morestin et Ridde, 2009 :11). Comme perspectives de recherche, ils soulignent la nécessité de mieux rendre compte des processus d'abolition, au moyen de méthodes plus qualitatives et anthropologiques. De ce fait, ils suggèrent les pistes suivantes:

- « Analyser les processus de mise en œuvre ;
- Décrire et comparer les différentes modalités de gestion de l'abolition ;
- Comprendre les effets sur les pratiques professionnelles et la relation soignants-soignés ;
- Calculer le coût réel des politiques d'abolition des frais ;
- Étudier les dépenses de santé restant à la charge des ménages ;
- Décrire les effets et l'articulation entre l'abolition du paiement et les systèmes de financement communautaire (Initiative de Bamako et mutuelles) ;
- Vérifier si ce sont vraiment les plus pauvres qui bénéficient de l'abolition du paiement ;
- Vérifier les effets à plus long terme » (Morestin et Ridde, *op.cit.* 12).

L'évidence de ces pistes de réflexion légitime notre objet de recherche qui porte sur l'analyse de l'articulation entre la gratuité du traitement du paludisme et le recouvrement des coûts dans les CSCOM premier échelon de la base de la pyramide sanitaire.

Un aperçu des écrits scientifique révèle que les enfants de moins de cinq (5) ans et les femmes constituent la cible de nombreuse de politiques d'abolition :

- En Ouganda par exemple, Kajula, et al 2004 ont analysé l'impact de l'abolition du paiement des soins sur la prise en charge du paludisme ;
- au Mali PONSAR, Van Herp et al, 2011 ont étudié un projet d'abolition de paiement des soins pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes initiée par une ONG dans le district sanitaire de Kangaba ;
- au Niger, Ridde et Diarra ont évalué l'abolition de paiement pour les enfants et les femmes enceinte initiée par une ONG dans deux districts sanitaires;
- Récemment dans 6 pays sub-sahariens (Burkina-Faso, Burundi, Libéria, Sénégal et en Ouganda), Meessen, Hercot et al, 2011 ont étudié des expériences d'abolition.
- Enfin en 2011 Ridde, Morestin ont enrichi leur document de recension des écrits scientifiques sur l'abolition du paiement en Afrique réalisé en 2009.

Parmi les expériences d'abolition des frais aux usagers connues, celles ayant le paludisme comme objet central sont rares.

L'article de Kajula et al. 2004 analyse les effets de la gratuité initiée par l'État ougandais en 2001 sur la qualité de la prise en charge du paludisme. Leur analyse est centrée sur trois dimensions de cette politique : son émergence, sa mise en œuvre et ses effets en cours et moyen termes. Il en résulte que la décision de l'abolition des frais aux usagers a été prise en 2001 en pleine campagne électorale présidentielle par le président sortant face à son principal opposant qui battait campagne sur la réforme des services de santé. Sa mise en œuvre a été faite de haut en bas sans participation communautaire des principaux acteurs locaux (usagers, soignants, leaders locaux) qui n'ont pas été associés à la décision. Ses effets sur l'accès des usagers aux services de santé sont mitigés : l'article indique qu'après le lancement de l'initiative, les usagers ont pris d'assaut les centres de santé mais que les stocks de médicaments gratuits ne tenaient pas longtemps face à la demande croissante d'où ce constat de ses effets sur les services de santé «*The decline in the recurrent expenditures of health units led to a chronic shortage of malaria drugs and the inability of health units to hire and motivate staff*»⁴ (Kajula, Kintu et al., 2004 :15).

En réaction aux pertes de gains financiers consécutives à l'abolition, les agents de santé ont développé des stratégies de survies «immorales» visant à les compenser. Les ruptures chroniques de médicaments et l'attitude des soignants ont entraîné la détérioration de la qualité de la prise en charge du paludisme plus que d'autres pathologies d'où ce constat «*The implementation politics and the politics of reversing policies affects malaria control programs more than anything else.*»⁵ (Kajula, Kintu et al, op. cit. :13). Les auteurs ont estimé que la détérioration de l'offre de soins avait fini par entraîner un manque de confiance des usagers aux services publics de santé ougandais. Ils ont montré que l'expérience ougandaise n'a pas été heureuse, ses effets sur l'amélioration de l'accès aux soins sont restés très limités à cause des ruptures de médicaments dues à l'insuffisance du budget de financement de la politique et du manque de leadership du gouvernement dans sa mise en œuvre d'où leur propos «*The feasibility of user-fees in Uganda was undermined by the*

⁴ «*La baisse récurrente des dépenses dans les formations sanitaires a conduit à une rupture chronique des antipaludéens et à l'incapacité des formations sanitaires à recruter ou à encourager le personnel* »

⁵ «*La mise en œuvre de la politique et le changement de politique ont touché plus les programmes de contrôle du paludisme que tout autre chose* ».

absence of strong central government leadership and strategies to manage the politics of the reforms. »⁶ (Kajula, Kintu et al, op. cit. :15).

Néanmoins, Kajula et ses collègues ont le mérite de démontrer le rôle déterminant du gouvernement dans la mise en œuvre de l'abolition des frais aux usagers et de la lutte contre le paludisme.

Pour leur part, Ridde et Diarra (2009) ont évalué l'abolition des frais de santé aux enfants de moins de 5 ans et des femmes enceintes initiée 2006 par une ONG dans deux districts sanitaires du Niger. A travers une approche qualitative et quantitative, ils ont analysé les processus et les effets de cette mesure sur l'accès aux soins. Il en résulte qu'elle a été déployée dans tous les centres de santé (43) de deux districts sanitaires en juxtaposition au système du recouvrement des coûts en vigueur depuis l'avènement l'IB. Son financement a consisté à l'allocation, par l'ONG, de ressources aux centres concernés. La campagne d'information organisée par l'ONG a été jugée de faible qualité ou incomplète par les autorités locales et traditionnelles. Ce qui n'a pas manqué de créer des problèmes avec les usagers relatifs aux limites de la gratuité (Ridde et Diarra, 2009). Des mesures d'accompagnement comme le paiement d'un bonus de 45 dollars us aux professionnels de santé ont été initiées par l'ONG en raison de la surcharge de travail occasionnée par la mesure. Et des formations sur les aspects clinique et administratif ont été réalisées à l'intention des agents de santé de la zone.

Dans l'analyse des effets de ce projet, les auteurs ont mis l'accent sur la qualité des services, la satisfaction des acteurs concernés, l'attitude des soignants et les pratiques informelles. Il en résulte des opinions différentes des acteurs impliqués dans la mise en œuvre avec trois tendances générales : Un premier groupe de bénéficiaires est favorable à la mesure; un second constitué des responsables et autorités traditionnelles locaux est d'opinion favorable mais s'inquiète pour la pérennité de la mesure ; et un troisième groupe constitué en majorité de personnel soignant est défavorable.

Les effets de l'abolition sur l'amélioration de l'accès des bénéficiaires aux soins sont jugés globalement positifs par l'ensemble des acteurs avec seulement quelques variances. Les auteurs notent surtout que la disponibilité des médicaments et l'augmentation des ressources humaines tout au long du processus du projet sont attribuables à la bonne organisation et aux actions de l'ONG.

⁶ "The feasibility of user-fees in Uganda was undermined by the absence of strong central government leadership and strategies to manage the politics of the reforms."

Au-delà des effets positifs mentionnés, les auteurs ont noté des aspects négatifs notamment une certaine détérioration de la relation entre les soignants et la population, attitude et pratiques informelles par les agents de santé (paiements de services pourtant gratuits, vente de médicaments et de plastification de cartes) et des stratégies d'accaparement par les populations (des mères tentent d'accumuler le plus de médicaments possible). Ils ont surtout noté l'impact négatif de la marginalisation des COGES dans la gestion des médicaments gratuits.

Les auteurs recommandent de prêter une attention particulière à ces pratiques informelles et de trouver des solutions afin d'éviter tout abus du système (Ridde et Diarra, op.cit. 2009).

L'étude de Ridde et Diarra concerne une gratuité initiée par une ONG avec de fortes mesures d'accompagnement *“The ONG's intervention was not limited to abolishing payment, but consisted of a series of measures for improving quality of care (supply side, training, supervision, grants, referral, medical evacuation) and for implementing the abolition (demand side, fees abolition, information).”*⁷ (Ridde et Diarra, Op.cit.:4). Néanmoins elle a le mérite de souligner le rôle déterminant du contexte socio-économique dans le processus de mise en œuvre de l'abolition des frais aux usagers et l'effort important d'encadrement et de financement pour produire d'effets importants. C'est pour cela que malgré les mesures d'accompagnement apportées par l'ONG le projet a été empreint des dysfonctionnements inhérents aux services de santé du Niger.

L'article de Ridde et Diarra 2009 indique que ce projet a eu un impact positif sur l'accès aux soins dans la zone mais reconnaît en même temps l'effort important d'encadrement et de financement déployé par l'ONG pour produire de tels effets.

Ponsar F, et al. 2011 ont analysé une autre expérience d'abolition des frais aux usagers initiée par une ONG à partir de 2005 au Mali. Trois dimensions du projet sont analysées: le processus qui a accompagné l'abolition des frais aux usagers y compris les ressources et le coût ; les taux d'utilisation des services avant et après l'abolition et son impact sur la mortalité. Les résultats indiquent une nette augmentation des taux d'utilisation des services de santé et une baisse de la mortalité dans la zone. Ainsi, avant le projet, le taux d'utilisation qui était de 0,17(NC/ht/an) est passé de 0,22 en 2005 et 0,29 en 2006 pendant la phase I du projet. Pendant la phase II, avec l'abolition en faveur des groupes sélectifs, le taux d'utilisation a

⁷ “L'intervention de l'ONG ne s'est pas limitée à l'abolition du paiement, mais a consisté à des séries de mesures visant à améliorer la qualité des soins (la fourniture/l'offre, la formation, la supervision, des subventions, de la référence-évacuation) et la mise en œuvre de l'abolition (la demande, l'abolition des frais, l'information). »

triplé en passant de 0,22 à 0,84 (NC/ht/an). Ce taux s'est maintenu jusqu'en 2008. Pour les enfants de 5 ans, le taux est passé de 0,34 en 2004 à 2,86 (NC/ht/an) en 2007. La tendance d'augmentation s'est maintenue en 2008. Par contre, dans la zone de non-intervention, le taux d'utilisation n'a pas connu une augmentation significative entre 2004 et 2007. Il en a été de même des taux de mortalité : le taux de mortalité générale était de 0,21 dans la zone d'intervention contre 0,44 dans la zone de non-intervention. Parmi la tranche des moins de 5 ans le taux de mortalité était de 0,71 dans la zone d'intervention contre 1,47 dans la zone de non-intervention. Alors, les auteurs ont estimé que la croissance du taux d'utilisation des centres de la zone d'intervention était due aux mesures initiées en faveur de l'amélioration de l'accès aux services et non à tout autre facteur comme le prouve ce passage, *«In the non-intervention area, utilization of services did not vary greatly between 2004 and 2007. In the intervention area, free care implementation led to a trebling of utilization in 2007 (see Figure 6). This shows that important increases in utilization rates in the intervention area were not linked to other factors in the environment, but most likely to the change in strategy in terms of access to care.»*⁸ (Ponsar, Van Herp. & al. 2011: 5).

Les résultats de ce projet prouvent à suffisance que la fourniture des soins de qualité (disponibilité des médicaments et des tests) n'est pas suffisant en soit pour garantir l'accessibilité des soins aux usagers. Mais que l'abolition complète des frais aux groupes vulnérables est nécessaire pour assurer l'accès aux soins et garantir la lutte contre le paludisme, *«We found that the strategy of targeting too narrowly (subsidizing tests and drugs only) was self-defeating. Conversely, a broader strategy of removing all financial barriers at the point of use for large groups such as children under 5 increased uptake of essential health care, including for confirmed malaria cases.»*⁹(Ponsar, Van Herp. & al. Op.cit.: 8).

⁸ « Dans la zone de non-intervention, l'utilisation des services n'a pas varié significativement entre 2004 et 2007. Dans la zone d'intervention, la mise en œuvre de la gratuité des soins a conduit au triplement de l'utilisation en 2007(Cf. figure 6). Ce qui prouve que les importantes croissances des taux d'utilisation dans la zone d'intervention n'étaient pas liées à d'autres facteurs environnementaux, mais beaucoup plus au changement de stratégies en terme d'accès aux soins. »

⁹ «Nous avons trouvé que la stratégie de ciblage de justesse (la subvention seulement des tests et des médicaments) était en soi insuffisante. Par contre la nouvelle stratégie de suppression de toute barrière financière au point d'utilisation pour de larges groupes comme les enfants de moins de 5 ans a augmenté rapidement l'utilisation des soins essentiels de santé y compris les soins pour le paludisme confirmé ».

A la suite de Ansah et al 2009, Ponsar et al estiment que le facteur financier constitue un blocage pour bon nombre d'usagers d'accéder aux services de santé, «*In Kangaba, the financial factor blocked many patients from accessing essential care... It is only when fees were completely abolished for children under 5 and for pregnant women that utilization increased massively for these groups.*»¹⁰(Ponsar, Van Herp. & al. Op.cit. : 9).

En somme, selon Ponsar et ses collègues, la qualité des soins n'est pas l'unique facteur permettant l'accroissement du taux d'utilisation des services. L'abolition complète de la barrière financière aux usagers demeure un moyen déterminant d'accroissement du taux d'utilisation des services comme l'ont démontrée d'autres chercheurs comme (Nabyonga et al.2005; Witter et al.2007; Ridde and Diarra 2009; Witter 2009; Yates 2009; Ridde and Morestin 2011).

Au regard des moyens importants (technique et financier) mobilisés par cette ONG pour atteindre ces résultats, ce projet paraît insoutenable et non reproductible à l'espace nationale par un État. Même si l'étude offre des connaissances, elle n'épuise pas les questions sur la mise en œuvre de la politique nationale de gratuité du paludisme qui nous concerne.

Un seul auteur aborde la mise en œuvre de la politique gouvernementale de gratuité du paludisme au Mali dans le contexte général de paiement des soins. Ce texte s'est focalisé sur la mise en œuvre de la gratuité des CTA, avec comme objectif d'apprécier la disponibilité des CTA, l'adhésion des prescripteurs à la directive nationale pour la prise en charge du paludisme simple et de recenser les difficultés rencontrées par les prestataires (Coulibaly, B., 2008). Les résultats sont assez contrastés, en même temps qu'ils montrent qu'il y avait une disponibilité des CTA-AQ dans les CSREF étudiés, ils soulèvent des problèmes que les prestataires ont évoqué et que nous estimons très inquiétants : insatisfaction des prescripteurs quant à la forme pédiatrique des CTA-AQ, ruptures des CTA dues à l'expiration des dates de péremption des stocks, charge supplémentaire de travail chez les prestataires, problème d'impact négatif de la gratuité des CTA (concernée par 40% des consultations) sur la viabilité des CSCOM dont le fonctionnement est basé surtout sur le recouvrement des coûts par les recettes issues de la vente des tickets de consultation et des ventes de médicaments, des problèmes de non tolérance de la molécule (Coulibaly, B., 2008: PP 32-35).

¹⁰ « A Kangaba, le facteur financier avait bloqué bon nombre de patients pour l'accès aux soins essentiels [...] C'est seulement quand les frais ont été complètement abolis pour les enfants de moins de 5 ans et pour les femmes enceintes que le taux d'utilisation avait massivement augmenté pour ces groupes. »

La plupart des écrits portant sur diverses expériences d'abolition des frais aux usagers, indiquent que la qualité des soins (disponibilité du médicament, des mesures d'accompagnement adéquates etc..) l'accompagnement de l'État et l'abolition complète de la barrière financière sont nécessaires pour assurer l'accès des soins aux usagers. Malheureusement, ils fournissent peu d'information sur les processus de mise en œuvre. Par exemple, la littérature existante ne permet pas de savoir à présent, pour le financement de la gratuité aux bénéficiaires, ce qui est adéquat entre remboursement à taux forfaitaire aux formations sanitaires et mise à disposition de médicaments (Meessen et al., 2011 ; Ridde et al., 2010) et surtout lorsque l'abolition est portée par l'État central et dans un contexte d'articulation avec le paiement des soins. Hormis l'étude de Coulibaly Boubou qui s'intéresse à la mise en œuvre de gratuité des CTA dans le contexte du paiement des soins dans les centres, les autres expériences abordent peu ce rapport dans un contexte où l'État est le porteur de la politique de gratuité pour les enfants de 0 à 5 ans. Si l'auteur a le mérite de soulever certaines craintes que soulève la gratuité des CTA pour les enfants chez les prestataires, son texte reste assez limité pour deux raisons : l'approche par questionnaire qu'il a adopté ne permet pas de mieux saisir les rapports entre les craintes des prestataires et leurs pratiques quotidiennes, l'interaction entre usagers et prestataires. Aussi, son étude ne concerne que les CTA alors que la politique de gratuité concerne la gratuité du paludisme simple à l'aide de CTA et le paludisme simple qui fait intervenir d'autres intrants. Son étude qui intervient à moins de 12 mois après le lancement de la gratuité ne permet pas de saisir et d'analyser à fond les réalités de la mise en œuvre de cette politique, et n'atteint pas le cœur de la délivrance des soins dans les centres de santé.

En somme l'ensemble de ces écrits ne font pas le recul nécessaire dans le temps pour appréhender l'application des politiques de gratuité en faveur des enfants et les femmes enceintes dans la durée.

Les méthodes utilisées sont soit quantitatives soit relèvent de techniques de l'évaluation sans une perspective anthropologique.

Ces insuffisances rendent pertinent notre recherche sur la mise en œuvre de la gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de 0 à cinq ans et les femmes enceintes décidé en fin 2006 au Mali par le gouvernement dans un contexte où la règle générale dans les centres reste le paiement direct des soins.

I.4- CADRE THEORIQUE

La politique de gratuité du traitement du paludisme pour les enfants et les femmes, telle que conçue, combine deux modes de financement des soins : le tiers payant et le paiement direct. D'une part, l'Etat paie pour les bénéficiaires les antipaludéens pour lesquels ceux-ci sont exemptés de paiement et d'autre part les adjuvants du traitement du paludisme et les intrants des autres pathologies demeurent payants directement.

Par ailleurs, la gratuité introduit la réforme d'un espace structuré par les logiques et les pratiques des acteurs qui l'animent. En matière d'analyse des politiques publiques ou actions publiques, Lascoumes et Le Galès, (2010) indiquent que nombre d'études contemporaines partent des *acteurs* suivant le modèle des trois « i » de Peter Hall. Ce modèle prend en compte, dans l'analyse des actions publiques, les *intérêts*, les *institutions* et les *idées*. Il recommande que l'étude de l'action publique soit faite à travers le *pentagone des politiques publiques*. Suivant ce modèle, l'action publique doit être analysée à travers les éléments suivants : les acteurs, les institutions, les processus et les résultats de l'action dans une perspective *«bottom up (par le bas) c'est-à-dire une analyse qui part des metteurs en œuvre et des bénéficiaires des programmes publics pour comprendre de façon ascendante les dynamiques suscitées par l'action publique et les obstacles à celle-ci»* (Lascoumes et Le Gales, 2010 :15). Nous sommes du même avis qu'eux lorsqu'ils estiment *« que la réalité sociale d'une action publique se situe pour l'essentiel dans sa mise en œuvre (et les conséquences de celles-ci) et qu'en deçà on ne saisit au mieux que des annonces politiques plus ou moins volontaristes dont les effets peuvent n'être que symboliques »* (Lascoumes et Le Gales Op.cit : 26). Les auteurs du « bottom up » sont plus explicites en indiquant qu'analyser la mise en œuvre, c'est s'intéresser à la façon dont un programme public est approprié et non seulement à la façon dont il a été conçu et structuré. Donc, notre choix de ce modèle pour appréhender la réalité de la politique de gratuité du paludisme à la base de la pyramide sanitaire du Mali s'explique par les avantages ci-dessous qu'il offre:

- *«Permet de confronter l'hypothèse de la théorie du «principal agent» et montrer les limites des approches en termes de choix rationnel.*
- *Souligne à quel point « le principal agent » (la puissance publique) est confronté aux stratégies autonomes de ses « agents » (les administrations et collectivités locales) et de leur capacité à investir de façon décisive les délégations qui leur sont faites et à développer des pouvoirs discrétionnaires : des normes d'interprétation (qui donnent*

un sens opératoire à des énoncés abstraits), des normes de négociation (qui cadrent les interactions avec les partenaires des programmes publiques et avec les destinataires), enfin des normes de résolution de conflit (pour cadrer les indisciplines et régulariser les situations problématiques).

- *Permet de montrer que l'action des bénéficiaires de la politique ou du programme est aussi structurante* » (Lascoumes et Le Gales, Op.cit. 36-37).

En somme *l'analyse par le bas* indique que la compréhension des contextes et l'analyse des multiples enjeux locaux (d'une organisation, d'un territoire, de réseau) dans une dimension diachronique et synchronique sont nécessaires dans l'analyse de l'action publique. Cette approche par le bas, qui relève d'*une sociologie politique de l'action publique*, a un air de famille avec *l'interactionnisme* (Olivier De Sardan, 1995) en anthropologie du développement.

Dans la perspective socio-anthropologique, la mise en œuvre de la gratuité peut être considérée comme une innovation sociale, donc un fait de développement. Et en tant que tel, elle est susceptible de *produire de très nombreuses interactions, et, de plus, des interactions entre des acteurs appartenant à des univers sociaux très variés, relevant de statuts différents, dotés de ressources hétérogènes, et poursuivant des stratégies distinctes* (Olivier de Sardan, 2001:16).

La posture de l'interactionnisme méthodologique, qui « *désigne les analyses qui prennent les interactions sociales comme une «entrée» empirique privilégiée tout en se refusant à en faire un objet en soi, autrement dit sans s'y limiter ou s'y emprisonner* (Olivier de Sardan, Op.cit.:15), semble adaptée à l'étude de la mise en œuvre de la gratuité du paludisme dans les CSCOM qui constitue non seulement la base de la pyramide sanitaire, mais aussi le point d'interaction des acteurs impliqués dans cette politique pour les avantages suivants que souligne son auteur : « *... rompre avec l'idéologie culturaliste dominante en anthropologie et permet de souligner le caractère transactionnel de beaucoup de consensus et de normes (qui sont négociés, au moins informellement ou de façon latente* » (Olivier de Sardan, Op.cit. 16).

Nous adoptons également l'analyse stratégique dans la perspective de Crozier et Friedberg (1977) comme cadre interprétatif de nos données. Selon ces deux auteurs, « *la perspective de l'analyse stratégique, et l'utilisation qu'elle fait des attitudes¹¹, implique en effet que les*

¹¹ «Pour l'analyse stratégique, les attitudes ne sont plus l'expression d'une réaction ou d'un bilan en fonction d'une expérience passée, mais correspondent à des orientations stratégiques que des acteurs sociaux ont adoptées en tenant compte de leurs possibilités et ressources ainsi que des contraintes qui pèsent sur eux. Elles reflètent

individus développent des attitudes non pas en fonction du passé (leur socialisation, leurs expériences passées), mais en fonction de l'avenir, en fonction des opportunités présentes et futures qu'ils voient dans les jeux qu'ils jouent, et en fonction desquelles ils orientent leurs stratégies » (Crozier & Friedberg, 1977 :460). Nous pensons que ni le contexte de la mise en œuvre de la politique, ni une vision culturaliste ne suffisent à rendre compte de ses dysfonctionnements et des pratiques des acteurs en interaction autour de la mise en œuvre. Comme Crozier et Friedberg, nous pensons que « C'est l'occasion qui fait le larron et non son histoire passée » (Crozier & Friedberg, Op. cit : 469).

Ce modèle interprétatif de « l'analyse stratégique qui consiste à se servir des données recueillies lors des entretiens pour définir les stratégies que les acteurs poursuivent les uns à l'égard des autres et pour remonter, à partir de là, aux jeux auxquels correspondent et dans lesquels s'insèrent ces stratégies »(Crozier & Friedberg, Op. cit : 477) paraît approprié pour appréhender la complexité de la mise en œuvre de la politique de gratuité du paludisme perçue comme une action de greffe et une action publique, donc comme un fait social.

I.5. LA METHODOLOGIE

I.5.1 Choix des sites

Pour cette étude nous avons retenu le district sanitaire de Sikasso où nous avons participé à d'autres études sur la gouvernance de la santé dans la région de Sikasso. Dans ce district, nous avons choisi deux centres de santé communautaire. Par souci de comparaison de la mise en œuvre, nous avons retenus un (1) centre urbain et un (1) centre rural:

- *Le centre en milieu urbain : le CSCOM de Sanoubougou II*

Ce centre a la réputation d'être le centre le plus fonctionnel de la commune. Bien que de création récente (2005), il est devenu la vitrine de la santé communautaire dans la commune. Il est géré dans un souci de rentabilité financière par une ASACO dynamique et fonctionnelle. Sa population est mixte, composée de ruraux et de citadins. Il bénéficie d'une notoriété dans la commune et est apprécié par les usagers pour la qualité et le coût des soins. Il est donc relativement fréquenté par rapport aux autres centres de la commune.

- *Le centre en milieu rural : le CSCOM de Kafana*

Ce centre fait parti des premiers CSCOM du district. Il est fonctionnel, médicalisé depuis son ouverture. Du fait de sa médicalisation, il attire, au-delà de la population de son aire de santé, de nombreux usagers hors aire, il jouit donc d'une grande notoriété. Du fait de son enclavement, en saison pluvieuse, il reçoit peu de visites des services techniques de santé.

I.5.2-Méthodes et outils d'enquête

Nous avons adopté une démarche comparative combinant approches qualitative de type socio-anthropologie (Olivier de Sardan, 2008) et quantitative. Cette posture nous a permis de faire :

- une observation prolongée, entrecoupée en trois périodes: juillet à août 2010, août 2011 et février à mars 2012 soit près de 5 mois de présence sur le terrain. Cela nous a permis de revenir vers les acteurs afin de renseigner davantage certains aspects et d'actualiser certaines données.
- Parallèlement à l'observation participante (Olivier de Sardan, Op.cit), des entretiens formels et informels ont été réalisés auprès des usagers, du personnel socio-sanitaire, des membres des ASACO des deux centres. Ces entretiens ont été complétés par d'autres auprès des autorités communales, du Conseil de Cercle, de l'équipe cadre de district, des responsables de la DRS et de la PPM régionale de Sikasso et des acteurs privés socio sanitaires.
- Le recueil et l'exploitation des supports de gestion disponibles sur une période allant de 2005 à 2011.

Au bout de cinq mois d'enquête de terrain, nous avons réalisé 53 entretiens formels et 27 informels en appliquant les techniques de la triangulation et de la saturation des questions (Olivier de Sardan, op.cit).

Centre	Groupe stratégiques	Nombre entretiens enregistrés
KAFANA	Usagers	16
	Soignants	05
	ASACO	06
SANOUBOUGOU II	Usagers	09
	Soignants	08
	ASACO	03
CSRéf		03
Elus locaux		02
PPM régionale		01
Total entretiens		53

Tableau n°1 : nombre d'entretiens enregistrés

De nombreuses interactions entre les acteurs des centres ont été observées et consignées. Nous avons également collecté et exploité de nombreux documents de la gestion financière et comptable des CSCOM (cahiers de gestion et fiche de suivi des molécules, rapports financiers).

Nous avons procédé à l'analyse thématique (Paillé et Mucchielli, 2010) des premiers entretiens afin de décrire le processus de mise en œuvre de la politique, les difficultés au niveau du district et dans les deux centres de santé, les pratiques et les perceptions de ces acteurs. Cette première phase de traitement des données a été complétée par deux autres phases qui ont permis de mieux orienter nos observations et d'approfondir nos interviews.

Quant aux données quantitatives, elles ont fait l'objet d'un traitement informatique à partir du logiciel Microsoft-Excel. Par une démarche itérative, ces résultats ont permis de réorienter nos hypothèses de recherche et de retourner vers nos interviewés afin d'approfondir les interviews.

Cette démarche a permis de faire une première description qui a permis de dégager les écarts entre la gratuité théorique (normes de la mise en œuvre de la gratuité) et les pratiques des acteurs et de mettre en évidence la gratuité effectivement perçue. Pour l'interprétation des écarts et des pratiques, nous avons combiné deux approches : l'analyse stratégique (Crozier et Friedberg, 1977) et le conflit (Olivier de Sardan 1995) pour donner sens aux pratiques des acteurs/attitudes observées et les dysfonctionnements de la mise en œuvre.

I.5.3- Problèmes rencontrés

La recherche a été menée dans un contexte difficile marqué par l'audit demandé par le Fonds mondial des financements concernant le paludisme, la tuberculose, les arrestations de responsables du ministère de la santé et la démission du ministre de la santé. Nous avons vite souffert de deux étiquettes auprès des soignants: celle d'agents des services de renseignement de l'État ou du Fonds Mondial et celle d'ONG « pro gratuité ». Ces perceptions de nos interlocuteurs ont rendu difficile voire impossible l'enregistrement de certaines interviews et l'accès à des supports de gestion des centres de santé. En milieu rural, les risques de révolte des usagers sous informés contre les soignants n'ont pas facilité la progression de la recherche. Il nous a fallu de la patience et des précautions pour gagner la participation et la collaboration des acteurs et éviter les dérapages.

Par ailleurs, notre présence répétée sur le terrain a inquiété voire exacerbé nos interlocuteurs habitués aux enquêtes par questionnaires. Mais notre immersion a été facilitée par notre connaissance du milieu à travers une étude antérieure¹² et notre origine¹³. Ainsi, tout au long des enquêtes, nous avons dû gérer les atouts et les obstacles liés à notre double implication : implication par l'expérience de la recherche et implication par le milieu d'origine.

¹² Ce CSCOM avait été retenu par l'ONG Miseli pour l'exécution du Projet expérimental de recherche-action : « Etat local, gouvernance quotidienne et réformes du service public dans quatre pays africains (Bénin, Burkina Faso, Mali, Niger) », sur le thème « Gouvernance locale de la santé dans la région de Sikasso : quelle décentralisation pour quels enjeux ? ». J'y avais occupé le poste d'enquêteur.

¹³ Je suis natif d'un village de l'aire de santé du CSCOM rural et a habité dans l'un des quartiers de l'aire de santé du CSCOM urbain dans la commune de Sikasso.

DEUXIEME PARTIE :
PRESENTATION DES SITES ET DE LA POLITIQUE DE GRATUITE
DU PALUDISME

II.1.PRESENTATION DES SITES

II.1.1. Le CSCOM urbain

L'aire de ce CSCOM comprend trois villages, un quartier urbain et périurbain. Le centre est situé au cœur des quartiers sud de la ville de Sikasso. Il est d'un accès facile pour les populations des quartiers environnants. Sa population est estimée en 2011 à 15399 habitants et vit dans un rayon de 5 km. Bien que de création récente (2005) par rapport au quatre (4) autres CSCOM de la commune), et malgré les tensions liées au choix du site, ce centre est devenu la vitrine de la santé communautaire dans la commune urbaine de Sikasso.

L'ASACO, l'organe chargé de la gestion du centre est considérée aujourd'hui comme un modèle en matière de santé communautaire : tenue régulière des réunions statutaires avec production de procès verbaux de réunions ; régularité des inventaires mensuels du dépôt de vente de médicament ; présentation régulière du bilan annuel d'activités ; respects des mandats des organes constitutifs. Son comité de surveillance est très actif à travers son président dont les méthodes de contrôle sont parfois critiquées par le comité de gestion. Les trois principaux responsables du centre, le président, le trésorier et le président du comité de surveillance sont les leaders locaux des trois principaux partis politiques au niveau communal. Cependant, ce succès politique n'est pas mis à profit par le comité de gestion pour convaincre la population à adhérer à l'ASACO en acceptant de payer la carte de membre. En 2011, soit six ans après sa création, l'ASACO ne comptait que soixante dix huit (78) adhérents.

A son ouverture, le centre ne comptait que six (6) agents contre seize (16) en 2011. Ce personnel est appuyé par de nombreux stagiaires en fin de formation. Il n'y a pas de charge élevée de travail pour le personnel. L'intensité des activités à la maternité se concentre entre 8 heures et 10 heures. Les après midi la garde est montée à la maternité à tour de rôle par les infirmières. Les sages-femmes ne font pas de garde.

Officiellement, il n'y a pas de garde à l'infirmerie, mais les weekends, précisément les samedis, les stagiaires assurent la garde et sont appuyés par le pharmacien.

II.1.1.1. *Le personnel du CSCOM et sa gestion par l'ASACO*

Sous le conseil des services techniques, l'ASACO a recruté le personnel à sa charge, quant aux agents de la fonction publique, nombreux d'entre eux ont été affectés au centre par les autorités du district souvent sans l'avis de l'ASACO. L'ASACO veille aux activités du personnel. C'est ainsi qu'elle a pu, malgré le CSRéf, obtenir en 2006 la mutation d'un chef de poste et d'une sage-femme maîtresse en 2009, accusés de mauvaise gestion des recettes de la tarification et d'absentéisme. L'ASACO rappelle constamment à l'ordre le personnel de la maternité. Le personnel surtout féminin, juge dérisoire, au regard du bilan financier positif du centre, les actions d'encouragement notamment la distribution de quelques kilogrammes de sucre sous forme de cadeaux d'encouragement au personnel à la veille du mois de ramadan et fustige les méthodes de contrôle de l'ASACO.

Malgré leur apport considérable au centre, les stagiaires ne perçoivent pas officiellement de rémunération. L'engouement d'un encadrement de qualité par le chef de poste et la notoriété du centre seraient les raisons qui maintiennent ce flux de stagiaires.

PERSONNEL	ÉTAT	PPTE	ASACO	EFFECTIF
Techniciens supérieur	1	1	0	2 (DTC)
Sage-femme	1	1	0	2 (SF-maitresse)
Technicien santé	0	1	0	1
Infirmière obstétricienne	0	4	0	4
Aide soignant	0	0	1	1
Matrone	0	0	2	2
Gérant dépôt	0	0	1	1
Gardien	0	0	1	1
Bénévole			2	2
Stagiaire	Le nombre de stagiaires est instable car il y a assez de va et vient de leur part.			
Total	2	7	7	16

Source : ASACO Sanoubougou II

Tableau n°2 : Situation du personnel du centre urbain

Le centre assure un paquet minimum d'activités que résume le tableau ci-dessous

Prestations	Prix adhérent	Prix non adhérent
Consultation externe	250	500
Accouchement	2000	3000
CPN	750	750
Injection	0	0
Pansement		0
Perfusion	0	0

Tableau n° 3 : Prestations et tarifs pratiqués au CSCOM de Sanoubougou II

Les tarifs appliqués sont les mêmes depuis l'ouverture du centre. Le coût moyen de l'ordonnance était 1240 f CFA en avril 2011 et 1460f CFA en décembre la même année (cf. rapports SDAME 2011).

II.1.1.2. *Multiplicité des sources d'approvisionnement en MEG : Description du processus*

L'approvisionnement régulier

Théoriquement les deux centres communautaires à l'instar des autres formations nationales s'approvisionnent en médicaments suivant le SDNAME (Schéma Directeur National d'Approvisionnement en Médicaments Essentiels). En effet, suivant le principe du recouvrement des coûts des soins en vigueur depuis l'adoption de l'IB et de la décentralisation sanitaire, les usagers contribuent au financement du fonctionnement de leur centre après que celui-ci ait été doté d'un stock initial de médicaments génériques par l'État. En vue d'assurer le renouvellement du stock initial de médicaments génériques reçu, chaque centre s'approvisionne suivant un schéma : le schéma d'approvisionnement en médicaments essentiels, SDAME. Il comprend quatre niveaux : la pharmacie populaire qui comprend un magasin au niveau national et des représentations au niveau régional, les dépôts au niveau de chaque cercle (DRC) dans lesquels s'approvisionnent les CSCOM et autres centres périphériques. En vue d'assurer l'autofinancement du système d'approvisionnement, un système de coefficient multiplicateur est appliqué à chaque niveau. Suivant ce principe, les ASACO commandent leur stock de médicaments génériques au DRC et appliquent à ce prix

un coefficient de 1.20 avant de les vendre aux usagers ; le DRC s'approvisionne à la PPM. Ainsi grâce à l'application du coefficient multiplicateur, l'ASACO renouvelle non seulement le stock initial de médicaments génériques mais réalise également une marge bénéficiaire importante dont une partie sert à assurer la charge salariale du gérant et du gardien. De ce fait, la vente des médicaments génériques constitue une source de revenus importants des CSCOM.

L'Approvisionnement irrégulier

Le souci de rentabilité des activités a conduit l'ASACO à se tourner essentiellement vers les distributeurs privés (Pharma-kah, Copharma, Multi-M, CAMED) pour son approvisionnement en médicaments génériques au détriment du dépôt répartiteur du cercle. Néanmoins, l'équipe cadre de district, lors des supervisions intégrées, rappelle l'ASACO au respect du schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels.

Afin de dissimuler au CSRéf l'importance des achats auprès des privés, l'ASACO fragmente ses commandes avec les distributeurs privés et pour brouiller la lisibilité fait des achats symboliques au DRC. Il m'a été donné d'observer deux approvisionnements « hors-norme ».

Un achat de médicaments à un fournisseur privé sans facture. *«A 14 h, le gérant dit à la sage-femme maîtresse de venir à la pharmacie et lui demande si elle avait de l'ocytocine à sa disposition. Elle l'autorise à en commander. A 14 h 5 minutes, il envoie un stagiaire à Pharma-kah pour commander ledit produit, de l'ocytocine injectable 10mg. Vingt cinq (25) minutes après, le stagiaire revient avec le produit mais sans facture d'achat. La sage femme rejoint le gérant dans la pharmacie. Le gérant dit à la sage femme: si tu ne paie pas cache, je ne t'en donne pas. La sage femme le supplie et obtient enfin 80 ampoules en lui promettant de faire sortir tout le stock (plus de 100 ampoules) d'ici la fin de 2011. Avant de lui céder le stock, le gérant l'enregistre sur une fiche de suivi de molécule. Il m'explique qu'il est important de veiller sur les dates de péremption des produits entrants afin d'éviter les pertes d'argent à l'ASACO»* (Observation des activités du gérant de la pharmacie du centre, le 29/09/2011).

Un achat de gants à Pharma-kah

L'observation suivante complète la précédente *«Aux environs de 10 h et demie, pendant que je suis avec le gérant au dépôt, il me dit qu'il n'y a plus d'affluence et il sort pour une course. Le dépôt fermé, il sort à moto. Après 20 minutes environ, il revient avec un carton de gants. Il m'explique qu'il était allé chercher un carton de gants à Pharma-kah pour dépanner une*

situation de rupture de gants. Il faut faire ainsi, pour certains cas de ruptures, me dit-il »
Observation des activités au CSCOM, 30/09/2011.

L'achat de son stock de médicaments auprès des grossistes privés permet à l'ASACO de gagner deux marges : la marge bénéficiaire entre le prix d'achat au grossiste (privé) et le prix auquel la même molécule est cédée au DRC et celle grâce à l'application du coefficient multiplicateur appliquée avant de céder la molécule aux usagers du CSCOM. L'ASACO gagne sur deux tableaux et réalise ainsi des bénéfices en contournant le DRC. Ces pratiques ont permis de financer sur fonds propre l'aménagement d'une aire de vaccination et l'achat d'une moto pour la stratégie avancée. Le contournement du DRC constitue un principal point de discordance entre certains membres de l'équipe cadre et l'ASACO qui jouent souvent au chantage. En effet, chaque fois que le district rappelle l'ASACO le respect du schéma officiel d'approvisionnement, les ASACO menacent d'exiger de lui aussi une gestion transparente du DRC ou de cesser lui-même les pratiques de contournement à l'égard de la PPM.

Cette source d'approvisionnement permet officieusement l'obtention de ristournes auprès des fournisseurs privés et assure la disponibilité permanente des médicaments au centre.

II.1.1.3 *Un suivi interne assez rigoureux*

Avec l'arrivée en 2006 de l'actuel chef de poste, on note une nette amélioration de la qualité des rapports d'activités produits au centre et leur rapportage au CSRéf (RTA, rapport hebdomadaire etc...) et de la tenue des supports de gestion. Les fiches de suivi des molécules sont régulièrement remplies par le gérant. Néanmoins, des irrégularités sont notées dans le remplissage de certains supports à la maternité. Cette situation s'améliore depuis l'arrivée de l'actuelle sage-femme maîtresse. Le trésorier accuse souvent des retards et difficultés dans la production des rapports financiers. Les inventaires mensuels sont réguliers et se font avec la participation des membres de l'ASACO et du président du comité de surveillance. Ce dernier joue un rôle prépondérant dans le suivi des activités. Il s'informe auprès des usagers pour limiter les abus et exige le respect des normes dans la gestion.

Le centre, cependant, souffre de difficultés d'archivage à cause de l'absence d'armoires adéquates et de l'exiguïté du bureau du directeur technique du centre et de la salle d'accueil de la maternité.

II.1.1.4. *Un suivi externe intense : une vitrine de la santé communautaire au niveau du district*

Le centre est assez visité, les supervisions nationales, régionales et intégrées y abondent au point que le personnel se sent victime de son succès. D'où, le propos d'un soignant du centre exaspéré de la manière dont certaines visites sont conduites au centre «*Souvent le CSRéf ne*

nous informe pas pour certaines supervisions, d'ailleurs il faut appeler contrôle certaines de ces supervisions. [...] Souvent c'est lorsque certaines supervisions sont à la porte du CSCOM qu'on nous les annonce »(P14).

L'ASACO pour sa part se félicite de l'intérêt des autorités locales pour leur centre *«Si tu vois qu'ils [responsables locaux] courent chaque fois pour venir dans notre CSCOM malgré notre jeunesse, c'est qu'il y a quelque chose à présenter [...] »(A11).*

Le résultat de cette gestion rigoureuse a donné les résultats suivants :

- Une santé financière de la caisse de l'ASACO positive,
- Une hausse de la fréquentation consécutive à l'arrivée de l'actuel chef de poste en mi - 2006 avec le passage du taux des nouvelles consultations curatives de 0,02 à 0,24 en 2010.

En somme, nous avons un centre de santé dirigé par des responsables soucieux de la qualité des prestations et de l'accès des usagers aux médicaments et ayant une logique gestionnaire. La bonne entente entre l'ASACO et les agents de santé contribue à la consolidation des résultats actuels. Nous sommes en présence d'une ASACO impliquée, fière de ses résultats et soucieuse de la pérennisation des acquis.

II-1.2. Le centre rural

Le centre de santé communautaire rural est situé au chef lieu de la commune rurale l'abritant, à 68 kilomètres de Sikasso. Il est enclavé en saison pluvieuse à cause de l'état dégradé de la piste rurale le reliant à la route nationale (7). Sa population constituée majoritairement de paysans éleveurs est estimée à 13133 habitants en 2011.

Le centre ainsi que l'ASACO ont été créés en 1996 par l'Union des associations villageoises des cotons-culteurs de la ZAER. Les infrastructures initiales ont été renforcées en 2002 avec la construction de nouveaux bâtiments entièrement financés par une ONG espagnole. Le plateau technique est renforcé en 2000 avec la construction d'un petit laboratoire d'analyse grâce à l'appui de l'ONG Santé Sud.

L'association dénommée « association de santé communautaire de Kafana », l'organe de gestion du centre, est dominée par les ressortissants du village de Kafana. Le premier conseil

d'administration a fait plusieurs mandats avant d'être renouvelé sous la pression populaire soutenue par les autorités locales. La vie du centre est très marquée par la personnalité de chacun de ses directeurs.

Le bureau actuel connaît des difficultés nées des dissensions entre le directeur du centre et le trésorier. Au renouvellement du bureau, le premier s'était opposé à l'entrée du second à ce poste. Ces dissensions ont leur origine dans la lutte larvée entre les membres du Comité de Gestion pour le contrôle des commandes de médicaments du centre.

II.1.2.1. Un CSCOM rural médicalisé de première heure

Le centre est médicalisé depuis son lancement grâce à l'installation d'un couple de médecin par l'ONG Santé Sud Mali. Depuis, les activités sont progressivement renforcées. L'ASACO est dans une dynamique de renforcement du plateau technique dans le souci de permettre à la population l'accès à des soins variés. Aujourd'hui, les acteurs locaux sont fiers et jaloux de disposer de nombreux services dans leur centre. Les tarifs restent inchangés sauf pour l'échographie dont l'acquisition est récente et dont les tarifs sont flous.

Prestations	Prix adhérents en F CFA	Prix hors aire en F CFA
Ticket d'accès	250	500
Accouchement	1000	1500
Chirurgie Hernie unilatérale	20000	20000
Chirurgie hernie bilatérale	30000	30000
Glycémie	750	750
GE	250	250
Test crachat BAAR	Gratuit	Gratuit
Test VIH	Gratuit	Gratuit
Selle POK		
Albumine sucre	500	500
Test ICG	500	500
Frottis vaginal	250	250
Culot urinaire	250	250
Echo	5000	5000
Ulcération des dents	1500	1500
Injection	100	200
Perfusion	500	500

Source : ASACO de Kafana

Tableau n°4: prestations et tarifs pratiqués au centre rural

II.1.2.2. *Le personnel du CSCOM et sa gestion par l'ASACO*

Une équipe légère mais efficace

Un personnel de huit agents assidus et engagés assure les activités du centre. Ce personnel est composé d'un médecin, d'un technicien de laboratoire, d'un gérant de dépôt, de deux aides soignants, de deux matrones et d'une accoucheuse traditionnelle. Le centre accueille peu de stagiaires. Le directeur technique du centre juge improductif l'apport des stagiaires. Il craint qu'ils n'entraînent, par leur contact avec le personnel titulaire jusqu'ici irréprochable par rapport au racket des usagers et autres pratiques prohibées perceptibles dans nombre de formations sanitaires.

Le personnel subalterne, entièrement à la charge de l'ASACO, se sent sous-payé, à la limite exploité, avec un salaire moyen mensuel de 35.000 f CFA. Malheureusement, jusqu'ici, ces agents éprouvent du mal à faire passer leurs revendications salariales auprès de l'ASACO. Par peur d'être taxés d'opportunisme ou de manque de don de soi par les villageois. Par conséquent, ils ne veulent rien demander ouvertement à leur «fadenw»¹⁴, membres de l'ASACO qui sont plus attentifs aux revendications du directeur du centre qu'aux leurs.

Le directeur est le seul agent dont le paiement est assuré par l'ASACO et l'État à travers le financement des fonds PPTE¹⁵. Il est disponible et motivé. Ses journées de travail sont longues et bien chargées.

Hormis le directeur du centre qui assume la charge élevée de travail, les plaintes sont constantes chez le reste du personnel. Les jours d'interventions chirurgicales, le travail commence à 7 h et la pause du midi n'intervient qu'après l'examen du dernier usager de la matinée. La durée de la pause est fonction de l'affluence du jour. Très souvent, les journées de travail du directeur du centre, du gérant et de l'aide soignant se prolongent jusqu'à 18 heure ou 19 heure. Le personnel du centre ne bénéficie pas de repos hebdomadaire formel qu'elle réclame en vain, d'où l'expression de l'amertume de agent «*Au nom de Dieu, on meurt de travail ici, on est débordé*» (P12).

Cette charge élevée de travail est aussi dû au fait que le centre ne sollicite pas assez l'appui de stagiaires à la différence de nombre de centres. Les autres agents désapprouvent la méfiance du directeur vis-à-vis des stagiaires et pensent qu'il ne favorise pas l'accueil des stagiaires au

¹⁴ Fadenw : frères rivaux. Ce traduit l'adversité entre demi frères qui malgré le lien du sang sont en lutte pour le contrôle de la famille élargie.

¹⁵ Fonds des Pays Pauvres Très Endettés

centre *«Personne [aucun stagiaire] ne vient ici, nous les quelques personnes qui sommes là, nous mourrons de travail»(P29).*

Les propos de cet agent sont plus clairs à propos de cette plainte de charge élevée de travail *«Nous travaillons beaucoup. Lors des supervisions, quand les sages-femmes regardent nos cahiers d'accouchement, elles n'arrivent pas à comprendre que nous sommes 2 personnes à faire autant d'accouchements. Elles disent que nous allons crever de travail ici. Il n'y a personne pour nous aider lors des gardes, chacune le fait seule»(P29).*

Officiellement, il n'y a pas de garde le soir au dispensaire, le directeur reçoit les urgences à tout moment ce qui contraint également le pharmacien à accueillir les usagers pour les besoins d'achat de médicaments.

II.1.2.3. *Source d'approvisionnement en médicaments génériques*

Depuis l'ouverture du centre, l'ASACO a choisi la PPM régionale comme sa principale source d'approvisionnement en médicaments générique au détriment du DRC pourtant considéré dans le cadre de la politique de décentralisation de la santé comme le dépôt des pharmacies des CSCOM du district.

En raison de l'importance croissante des montants que l'ASACO investit annuellement (cf. tableau sur l'impact financière de la gratuité) dans l'achat de médicaments génériques et des possibilités de tirer profit, pour le centre ou personnels, d'autres fournisseurs sont entrés en compétitions avec la PPM. Ainsi, les principaux acteurs du centre à savoir la PPM, l'équipe cadre de district, l'ASACO et autres fournisseurs privés se bousculent pour le contrôle du marché de médicaments que le centre consomme. Le contrôle de ce marché suscite aussi des tensions vives et ouvertes au sein du comité de gestion.

Il est bon de rappeler que les distributeurs privés de médicaments génériques versent d'importantes ristournes à leurs clients même si cette pratique n'est pas officielle et systématique. Au départ, l'octroi des ristournes n'est pas connu de tous les membres de l'ASACO et certains l'apprennent que s'ils sont impliqués. Alors, au sein du comité de gestion, la compétition se fait pour être désigné comme délégué à l'approvisionnement du centre en médicaments et consommable médicaux. Le but premier de cette convoitise étant de tirer profit des ristournes que la PPM ou les fournisseurs privés versent à leurs clients. Tout de même, soulignons l'opacité de ces pratiques et des avantages personnels y afférant *«La PPM ne donne pas officiellement de ristournes à ceux qui s'y approvisionnent même si les délégués des achats perçoivent quelque chose, ils ne la présentent pas aux autres membres d'ASACO.*

En 2010 pendant que j'étais calé avec le trésorier adjoint de notre ASACO pour des achats à la PPM, après les achats, le gérant PPM lui a remis « quelque chose », de l'argent.

Quand nous étions prêts à sortir, il a donné cela au trésorier adjoint. Ce dernier ne m'a pas intéressé, je ne connais pas le montant. Nous y faisons d'important d'achats de médicaments parce que le DRC est souvent en rupture et il y a le fait que le DRC s'approvisionne à la PPM, ensuite applique le coefficient multiplicateur pour nous les revendre après.

Les gens préfèrent s'approvisionner directement à la PPM. Les délégués de Kafana sont mêmes là aujourd'hui au CSREF. Ils feront plus de 4.000 000 de francs d'achat, ils sont venus prendre quelques produits avec le DRC ensuite ils iront à la PPM »(P28).

Sur le plan du fonctionnement de l'ASACO de cette compétition résulte un changement constant de délégué à l'approvisionnement et des stratégies des acteurs visant à se maintenir dans le jeu. L'exclusion du trésorier actuel de l'ASACO des achats de médicaments au profit d'une nouvelle équipe (président entrant, vice président et commissaire au compte) constituée de essentiellement de novices illettrés est perçue comme une des ruses du directeur *«Le DTC ne s'entend pas avec le trésorier actuel parce que ce dernier est au courant de ses pratiques. Il collabore malgré lui avec le trésorier. Il ne voulait pas de lui dans le nouveau bureau »* (P28).

Mais, au-delà du cadre de l'ASACO, d'autres acteurs socio sanitaire tentent de prendre le contrôle de ce marché important d'achat de médicaments et de consommables médicaux et développe à cet effet divers arguments:

- La DRS et le CSREF rappellent constamment l'ASACO au respect du SDAME en s'approvisionnant au Dépôt Répartiteur Cercle. Ces deux structures estiment que la course aux ristournes et autres avantages dont bénéficient les ASACO et personnels de santé auprès des fournisseurs privés et de la PPM constituent l'unique motif du contournement du DRC, car *«La course aux ristournes fait que certaines ASACO ne savent pas où est situé le magasin du DRC à Sikasso»* (ED48).

Ses rappels à l'ordre n'inquiètent nullement l'ASACO qui ne manque pas d'arguments pour justifier ses pratiques de contournement.

- L'ASACO justifie sa position par trois arguments majeurs :

Le premier argument est que le respect du SDAME ne profite qu'à quelques responsables de l'équipe cadre, Par conséquent, elle ne veut pas servir l'intérêt personnel de quelques responsables du district qui se font la poche dans la gestion du DRC. Alors, à défaut d'un

refus catégorique, elle feint de s'approvisionner au DRC en y faisant quelques achats pour ensuite commander la majorité des stocks avec la PPM. D'où l'amertume d'un membre du centre rural à la sortie d'une discussion avec un membre de l'équipe cadre de district à propos du refus de l'ASACO à s'approvisionner au DRC *«jo ni de ye danga de ye, u be sigi u ka burow kon, ko ne kana wari soumale ci u tege... ni nana fana iba soro fura foyi te DRC là. U be munumu ka taga fanwere fe, ka taaga ta ka na fere ima»*, autrement dit *«qui est maudit, ils (membres de l'équipe cadre) s'installent dans leur bureau espérant que je vienne leur donner l'argent frais... Il n'y a jamais de médicaments au DRC, ils (équipe cadre) prennent l'argent des commandes, demandent de patienter, puis sortent par l'autre porte pour ramener les produits. »*(P27).

Le second argument est construit autour de la qualité des médicaments. Selon le directeur du centre, la qualité des comprimés provenant du DRC ou d'autres circuits en dehors de la PPM est douteuse. Alors, ce n'est que par souci de la qualité des traitements qu'il préfère la PPM à tout autre fournisseur et c'est pour les mêmes raisons, qu'il exige que le centre soit livré en plaquettes de comprimés et non en vrac.

Le troisième argument est construit autour des avantages du contournement aux usagers. L'ASACO estime que le contournement du DRC est très avantageux aux usagers. Le tableau ci-dessous analyse cet argument. Même si cette observation qui a été faite autour du prix de huit (8) molécules du panier n'a pas une valeur statistique, elle montre qu'il n'y a pas une répercussion du contournement aux usagers comme veut le croire l'ASACO. Selon les barèmes du SDADME, l'ASACO doit appliquer 1.20 au prix DRC (décret 087 du 16 mars 2007) et 1.10 (décret 627 du 29 novembre 2010), étant donné qu'elle achète directement avec la PPM elle doit donc appliquer ce barème. Mais nous constatons que les prix de vente appliqués dans le centre dépassent pour certains médicaments.

Molécules	Prix d'achat à la PPM	Prix d'achat au DRC	Prix de vente CSCOM selon SDADME	Prix de vente CSCOM si coeff. 1.20 sur prix achat PPM	Prix actuel de vente CSCOM	Pourcentage du dépassement de la norme %
Quinine 200mg	90	105	126	110	110	0
Quinine 400mg	120	140	168	140	140	0
SG 10%	450	510	612	540	600	11,11
Coartem adulte	255	290	320	290	600	106,89
Coartem ado	215	240	260	240	250	4
Ringer	400	460	550	480	550	2,08
Amoxi sirop	600	690	830	720	1000	38,88
Prométhazine sirop	400	460	560	480	600	14,58
Ceftriazone	700	805	970	840	1000	19,04%

Source : ordonnances CSCOM de Kafana

Tableau n°5 : Prix d'achat et de vente des molécules au CSCOM rural.

Constat: la première colonne à droite indique les prix appliqués aux usagers tandis que la suivante le prix si l'ASACO répercutait systématiquement les avantages du contournement du SDAME aux usagers.

La répercussion des avantages du contournement sur les prix des médicaments aux usages n'est pas proportionnelle aux avantages que l'ASACO perçoit dans ce jeu.

Même s'il y a des nuances, le contournement du SDADME ne profite pas largement aux usagers et l'ASACO en tire largement profit.

- La PMM régionale, pour sa part ne voit aucun mal à ce que certaines ASACO s'approvisionnent directement à son niveau. Toute fois, elle se défend de toute distribution de ristourne à ses clients.
- Un distributeur privé ressortissant de l'aire de santé, dans une perspective de reconquête de cet important marché que constitue la consommation du centre en médicaments tente de le récupérer et n'hésite pas à miser sur la carte de la parenté.
 - o Une ASACO entreprenante

Le souci de rendre accessible les soins aux usagers de l'aire du centre a rendu obligatoire le paiement de la carte de membre pour tout chef ménage. Cette carte donne accès aux tarifs adhérents plus avantageux pour les usagers et marque le dévouement de son détenteur. L'ASACO accepte, pour tout usager de l'aire, le paiement à crédit en cas d'incapacité avérée. Des cas de prises en charge d'indigents, reconnus par l'ASACO, se font dans la discrétion afin d'éviter les abus.

L'ASACO ne cesse de multiplier les initiatives allant dans le sens de la diversification des sources de recettes (paiement obligatoire de la carte de membre à 1000 FCFA pour tout chef de ménage), du renforcement du plateau technique du centre et l'achat en 2011 sur fonds propre d'une ambulance.

II.1.2.4. Un suivi interne régulier

L'ASACO est résolument engagée dans le suivi de son stock de médicaments génériques. Les inventaires mensuels sont réguliers et ouverts au personnel ainsi qu'au comité de gestion. Ce suivi a permis de limiter à deux reprises les pertes engendrées par la gestion de deux gérants renvoyés pour malversation financière.

Cependant, certains membres de l'ASACO sont soupçonnés de malversations financières avec l'introduction récente de l'échographie dont le prix n'était pas le même pour tous au départ.

II.1.2.5. Suivi externe timide : centre enclavé

Compte tenu de son enclavement, le centre reçoit peu de supervisions (nationale et DRS). Faute de financement, les supervisions intégrées de l'équipe cadre sont devenues irrégulières depuis 2009.

Le directeur du centre n'est pas régulier dans l'envoi des rapports d'activité ce qui nuit à l'image du centre auprès de l'équipe cadre de district. Ce comportement est loin de plaire à l'ASACO non plus. Ce dernier justifie son attitude par la charge élevée de travail.

Mais il faut noter son manque de conviction pour l'utilité et la pertinence de nombreux rapports d'activités qui selon lui se chevauchent souvent.

Cette gestion du centre a pour conséquence :

- une grande notoriété du centre qui se traduit par une bonne fréquentation doublée de l'affluence des usagers hors aire (une moyenne de 40 consultations par jour)
- les usagers sont satisfaits de la proximité d'un plateau technique large mais craignent le coût élevé des soins.
- l'ASACO est financièrement solide et dispose d'un fonds d'environ 15 000 000 F CFA en banque.

Le personnel est assidu dans le travail. Mais, hormis le directeur technique du centre, tous jugent dérisoire les salaires perçus. Certains se plaignent de l'absence d'autres possibilités de gain parallèle en dehors des salaires. En effet, pour les soignants en majorité, en tant qu'autochtones du milieu, la découverte d'une imposition même minime de paiement parallèle aux usagers serait lourde de conséquence pour l'auteur. Alors, la peur de la sanction populaire fait que le personnel du centre exclut tout paiement parallèle aux usagers malgré le faible niveau des salaires. Cette petite anecdote témoigne des conditions de travail et du dilemme chez ce personnel *«Il y a l'épouse d'un enseignant d'ici qui a fait la formation de matrone. Celle-ci avait demandé à faire la garde avec nous pour ne pas perdre la main. Mais elle croyait que nous gagnions quelque chose (pourboire ou fruits de racket) dans les gardes. Elle a fait avec nous quelques gardes, après avoir constaté qu'il y avait rien, elle s'est lavée les mains. Elle a disparu...Nous souffrons mais si nous essayons de faire autrement, les gens vont salir nos noms»(P29).*

Les irrégularités constantes du chef de poste dans la production des rapports d'activité entachent l'image du centre auprès de l'équipe cadre de district. Les propos suivants témoignent de l'exaspération des responsables hiérarchiques face à son attitude *«Des DTC comme celui de [x] sont difficiles, il peut être un bon praticien mais dans la production des données il est zéro ; ce n'est pas seulement le rapport palu qu'il ne fournit pas à temps. Même les rapports des JNV, [X]il les fournit toujours en retard..... Pour nous, il n'est pas bon, parce qu'on ne peut pas lire après lui. Chaque supervision, nous exigeons un cahier dans lequel nous mettons nos recommandations. Malgré tout, la prochaine fois, il faut exiger un nouveau cahier. Bref c'est un mauvais administrateur »(EC31).*

Conclusion partielle

Nous sommes dans deux centres qui connaissent une affluence relativement grande. Les deux ASACO ont une grande expérience communautaire et soucieuses de l'équilibre des comptes de gestion de leur centre qui sont très positifs puisque chaque centre dispose d'excédents financiers dans sa caisse, de ce fait leur situation financière est bonne. Aucun de ces centres ne respecte vraiment le SDADME dans l'approvisionnement de leur centre en médicaments génériques, ils contournent le DRC au profit de la PPM pour le centre rural et des fournisseurs privés pour le centre urbain. Tous tirent de ce contournement des avantages qui ne bénéficient pas forcément aux usagers en termes de réduction des coûts. Quelques dysfonctionnements comme la mauvaise qualité de certains supports de gestion, l'incapacité des comités de gestion à mobiliser les populations des aires de santé à adhérer aux ASACO sont à noter dans les deux centres même si la situation du centre urbain s'est nettement améliorée depuis l'arrivée du directeur actuel. Quant au centre rural, ses dysfonctionnements ont trait à la mauvaise qualité du rapportage par le directeur.

Les deux ASACO font face à la charge salariale du personnel à sa charge néanmoins le centre urbain bénéficie plus du soutien de l'État que le centre rural dont tout le personnel est presque à sa charge.

Les deux ASACO ont conscience des difficultés d'accès aux soins pour des catégories d'usagers et, en la matière, le centre rural a une spécificité qui est l'opportunité de crédit faite aux usagers en difficulté de paiement, et la prise en charge de cas avérés d'indigence.

II-2 PRESENTATION DE LA POLITIQUE DE GRATUITE DU PALUDISME

II.2.1. Le dispositif institutionnel et organisationnel

Le dispositif institutionnel de lutte antipaludique au Mali a été restructuré par les décrets 07-022/P-RM du 18/07/2007, portant création du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), rattaché au Secrétariat général du Ministère de la Santé et du Décret n°07_253/P-RM du 02/08/2007 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement du PNLN. La direction du PNLN est l'organe de gestion, de coordination et d'orientation de la lutte.

Les activités de lutte contre le paludisme sont intégrées aux mandats réguliers des services et programmes de la Direction Nationale de la Santé, ses services déconcentrés, les CSCOM et les hôpitaux.

Les stratégies de lutte contre le paludisme sont :

- Les mesures préventives
- La lutte anti vectorielle intégrée
- La prise en charge précoce et correcte des cas de paludisme
- La lutte contre les épidémies de paludisme
- La communication
- La recherche opérationnelle.

Les documents administratifs ponctuant la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le paludisme¹⁶ sont :

- Deux notes techniques de la DNS/PNLN sur l'utilisation de la SP pour la TPI. La première, en 2002, faisant part du changement de politique et de l'abandon de la chloroquine pour la SP ; la seconde, 2004, précisant la première.
- Lettre Circulaire 164 MS/SG du 21 avril 2006 : Directive pour la distribution gratuite de Moustiquaires Imprégnées à travers les services de santé
- Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2007-2011, PNLN, juillet 2006
- Révision et adoption en juillet 2006 de la politique thérapeutique antipaludique introduisant les CTA et le TPI.
- Lettre n° 1774 – MG-SG du 18 décembre 2006 sur remplacement de la chloroquine par les CTA comme traitement de première intention à partir du 1^{er} juin 2007.
- Plan d'accélération des activités de lutte contre le paludisme, avril 2007.

¹⁶ Cadre de Réflexion sur la gratuité des intrants dans la lutte contre le paludisme, février 2008

- Directive nationale pour la prise en charge gratuite du paludisme chez l'enfant de 0 à 5 ans et chez la femme enceinte- Draft 1 du 15 juin 2007.
- Lettre 597 MS-DG du 21 mai 2007 sur le traitement du paludisme simple à base de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine. Il a débuté sur l'ensemble du territoire national à partir du 1^{er} juin 2007.
- Directive n° 876 MS-SG du 2 juillet 2007 pour la Prise en charge du paludisme chez l'enfant de 0 à 5 ans et chez la femme enceinte.
- Le décret n°10-628/P-RM du 20 novembre 2010 portant gratuité des moyens de prévention et de traitement du paludisme chez l'enfant de moins de 5 ans et chez la femme enceinte dans les établissements de santé.

II.2.2. Le nouveau protocole de prise en charge des cas de paludisme

- La politique nationale de lutte contre le paludisme du Mali recommande la prise en charge de tous les cas de paludisme simple par les CTA (combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine).

Deux combinaisons d'efficacité comparable étaient visées pour être en première ligne de traitement du paludisme au Mali :

- Artémether Luméfantrine (AL),
- Artésunate Amodiaquine (AS-AQ)

C'est l'AS-AQ, considérée comme l'option la plus coût-efficace, qui a finalement été retenue dans un premier temps pour être finalement remplacé par l'AL.

La quinine et l'artemether sont retenus pour le traitement des cas de paludisme grave et compliqué avec les CTA comme traitement relai. Tout cas de paludisme chez la femme enceinte doit être considéré comme grave et doit être traité avec la quinine.

- Le diagnostic du paludisme doit être confirmé par la microscopie ou le test de diagnostic rapide (TDR).

Pour les Tests de Diagnostic Rapide (TDR), l'optimal-IT et le Parasight sont retenus par le programme:

- l'optimal-IT à cause de sa disponibilité, sa spécificité et sa sensibilité supérieure à 95% pour une parasitémie supérieure à 100µl ;

Le Parasight a une spécificité de 90% et une sensibilité de 95% pour une parasitémie supérieure à 100µl.

II.2.3. Le dispositif de l'initiative de gratuité

- L'évaluation des besoins :

Au départ, le calcul des besoins a été fait en fonction de l'incidence de la maladie soit 2 à 4 épisodes de palu par an et par enfant et 1 épisode par adulte.

Le taux de fréquentation n'a pas été pris en compte, étant donné qu'il reste très faible dans toutes les structures de santé du Mali et que la gratuité de la prise en charge du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes doit drainer un nombre important des patients vers les structures (augmentation de la fréquentation).

La diminution de l'incidence a également été prise en compte chaque année.

- L'approvisionnement en intrants gratuits : Les CTA sont mis à la disposition de la DRS par le niveau national à travers le SDAME (schéma directeur d'approvisionnement en médicaments essentiels) pour leur mise en place au niveau des CSREF. Les CSREF se ravitaillent à la DRS et les CSCOM aux CSREF pour les CTA gratuits.

Il a été prévu que l'administration des CTA débute sur l'ensemble du territoire national à partir du 1^{er} juin 2007, date à laquelle la chloroquine doit être retirée de toutes les structures sanitaires et pharmacies du Mali.

- Le suivi évaluation

Des points focaux sont désignés dans chaque structure par le responsable de la structure (profils divers).

Le suivi de la mise en œuvre de la politique a démarré avec des outils produits à l'initiative des DRS. Devant les demandes pressantes des partenaires et des acteurs pour la mise en place d'un cadre national harmonisé du suivi/évaluation des activités de lutte contre le paludisme, les autorités nationales ont engagé dès le mois de février 2008 le processus d'élaboration du Plan national de suivi/évaluation du PNL 2007-2011.

Un système de suivi a accompagné le déblocage du financement du Fonds Mondial en 2008.

Les outils de suivi des activités sont :

- Les "Rapport d'activités trimestrielles" où les informations sur le paludisme ne sont renseignées que partiellement.
- Pour le suivi de la gratuité, trois fiches sont à remplir mensuellement au niveau CSREF, sachant que l'information doit remonter mensuellement de chaque CSCOM :
 - Rapport mensuel du suivi de la gestion des CTA chez les enfants de 0 à 5 ans.
 - Rapport mensuel du suivi des TDR.

- Rapport mensuel du suivi de la gestion des Kits pour la PEC des cas de paludisme grave.

Des supervisions régulières doivent être organisées :

- Par le niveau central à raison d'une supervision par semestre
- Par le niveau régional à un rythme semestriel
- Par le niveau district à un rythme trimestriel.

Les supervisions pourront se faire de manière intégrée avec les autres programmes de lutte contre les maladies. Les outils de supervision existant seront révisés pour permettre de prendre en compte tous les indicateurs de suivi et évaluation de la mise en œuvre des interventions de lutte antipaludique. Pour chaque supervision un rapport sera produit et transmis à l'échelon supérieur.

En plus du monitoring des activités par les différents niveaux du système de santé, 10 sites sentinelles ont été mis en place depuis plus de 5 années et permettent d'assurer la surveillance de la résistance du parasite aux antipaludiques et des vecteurs aux insecticides en collaboration avec le MRTC/DEAP/FMPOS.

Il est en outre précisé que les comités de gestion doivent prendre toutes les dispositions utiles en garantissant la disponibilité permanente des CTA et kit palu grave et en s'impliquant activement dans la résolution des problèmes identifiés pour une gestion transparente et correcte des CTA et des kits de PEC de palu grave dans toutes les structures.

II.2.4. Les contours de la gratuité

Cette initiative a été prise par le président de la République du Mali qui a décidé de son application sur la totalité du territoire.

La Direction Nationale de la Santé a fait produire le 15 juin 2007, le premier draft d'un document intitulé « *Directives nationales pour la prise en charge de la gratuité du paludisme chez l'enfant de 0 à 5 ans et chez la femme enceinte.* »

Selon ces directives, il est décidé :

- La distribution gratuite de MII pour les femmes enceintes en CPN et les enfants vaccinés de moins d'un an ;
- Le Traitement Préventif Intermittent (TPI) à la Sulfadoxine Pyriméthamine (SP) chez la femme enceinte ;
- Dans le cadre de la prévention contre le paludisme, deux doses de Sulfadoxine - Pyriméthamine (SP) sont données gratuitement aux femmes enceintes au cours des consultations prénatales (CPN) entre le 4^e mois et le 8^e mois de grossesse.

- Concernant la prise en charge du paludisme simple, seuls les CTA sont gratuits. Les autres frais associés au traitement (ticket modérateur, autres médicaments communément prescrits comme le paracétamol) restent à la charge du malade.
- Pour pouvoir bénéficier de la gratuité, le diagnostic de paludisme doit être confirmé par l'examen de test rapide ou la goutte épaisse. Les tests de diagnostic rapide (TDR) requis pour une utilisation des CTA sont aussi gratuits.
- Le traitement des cas de paludisme grave est assuré par la mise en place d'un kit palu grave, composé de : Quinine, Sérum Glucosé 10%, Diazépam injectable, Perfuseur, Cathéter, Seringue.

Les directives nationales prévoient deux cibles à cette politique de gratuité :

- Les enfants de moins de 5 ans qui constituent 18% de la population totale.
- Les femmes enceintes qui représentent 5% de la population totale.

A noter que l'État subventionne également les CTA pour adolescents et adultes.

Conclusion partielle

La gratuité de traitement du paludisme pour les enfants de 0 à 5 ans intervient dans un contexte marqué par le changement du protocole de prise en charge du paludisme et l'introduction du test de diagnostic rapide (TDR). Le remplacement de la chloroquine par les CTA dans le traitement du paludisme simple et du traitement du paludisme grave à l'aide de quinine et d'artemeter. Si le pays était producteur de chloroquine dont le coût était moindre, tous les médicaments (CTA et Artemeter, quinine) dans le cadre du nouveau protocole sont importés. Le coût du traitement du paludisme simple dans le cadre du nouveau protocole, sans la gratuité ou la subvention décidée par l'État, est plus élevé.

Par ailleurs les textes de la gratuité ne font pas cas de la prise en charge du paludisme en période de ruptures des médicaments gratuits, ils ne disent pas s'il y aura pré positionnement ou préfinancement de la prise en charge par les ASACO.

TROISIEME PARTIE :

**LE PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DANS LE
DISTRICT SANITAIRE DE SIKASSO**

III -1. LA MISE EN ŒUVRE DE CETTE POLITIQUE DANS LES DEUX CENTRES

III.1.1. Une diffusion restreinte de l'information de la gratuité

Les principaux responsables de l'équipe cadre de district qui ont vécu l'arrivée de la gratuité dans le district ne sont plus tous en poste, certains ont été promus à des postes plus importants et d'autres sont en formation. Ceux qui sont sur place fournissent peu de détails sur la relation entre le district et la DRS au moment du lancement de cette politique. Quant aux agents subalternes toujours présents, pour n'avoir pas été directement associés, ils ne maîtrisent pas le rôle joué par l'équipe cadre à l'époque. Néanmoins, ils témoignent d'une grande implication des premiers responsables du district dans les activités de lancement.

III.1.2. La rétention de l'information de la gratuité dans les aires de santé

Avant l'annonce de l'application de la gratuité du paludisme, le directeur du centre urbain participe au niveau national à un atelier sur l'application du nouveau protocole de prise en charge du paludisme. A son retour, il informe son ASACO du remplacement imminent de la chloroquine par les CTA pour le traitement du paludisme simple et d'une probable introduction de la gratuité du traitement du paludisme pour les enfants. Par cette information, il évite ainsi à son centre d'engloutir plus d'argent dans l'achat de nouveaux stocks de chloroquine et de se préparer psychologiquement à l'arrivée de la gratuité. Par contre, le centre rural, sous informé, n'anticipe pas le retrait de la chloroquine encore moins l'arrivée de la gratuité. Il s'approvisionne en vrac en chloroquine et en Amodiaquine (qui relève de la monothérapie, donc déconseillé avec l'introduction des CTA) dont la l'utilisation lui posera des difficultés.

En effet, courant mai 2007, les deux directeurs de centre participent au district à un atelier de formation sur le nouveau protocole de prise en charge du paludisme. En marge de cette formation, l'instruction est donnée aux directeurs des centres de faire préfinancer la gratuité du paludisme en attendant l'arrivée des médicaments gratuits mais sans une précision des modalités de remboursement par le district. La question du maintien ou pas du ticket de consultation pour les bénéficiaires de la gratuité ne trouve pas de solution, l'initiative est donné à chaque centre d'en décider.

Les deux directeurs de centre restituent l'instruction du préfinancement à l'élite des comités de gestions de leur centre qui décide de garder l'information dans leur cercle restreint sans associer ni les autres membres des ASACO ni les responsables politiques locaux encore moins les usagers et le personnel subalterne des centres.

Au même moment, la plupart des usagers du centre urbain apprennent, sur les chaînes de la télévision et de la radio nationales, l'annonce du lancement de la gratuité à travers des sketches. Ils commencent à revendiquer la prise en charge gratuite de leurs enfants souffrant de fièvre ou présentant des signes visuelles de paludisme, ce qui suscite des tensions entre eux et les soignants eux-mêmes sous informés et mécontents de l'instruction du préfinancement «*Vas dire à ce qui t'ont dit que le traitement du paludisme est gratuit d'amener les médicaments sans quoi nous n'avons rien vu encore*»(P14).

Par contre, au centre rural où l'accès aux médias est très limité, avec une faible couverture par la radio, la télévision, et le téléphone cellulaire, les usagers sous informés ne demandent rien aux soignants et continuent à payer leur traitement comme d'habitude.

Le CSREF par voie de RAC rappelle aux différents directeurs de centre de bien vouloir appliquer la gratuité aux usagers sur les stocks privés des ASACO en attendant l'arrivée des intrant gratuits. Les deux centres observent une stratégie de prudence.

L'ASACO du centre urbain joue la carte de la prudence, fait un semblant application de la gratuité aux usagers : quelques cas de paludisme chez les enfants de 0 à cinq ans et les femmes enceintes sont pris en charge et consignés dans les supports pour servir de preuve en cas de supervision. Elle suspend le préfinancement jusqu'à l'arrivée des intrants gratuits promis par le CSRéf. Quant au centre rural, lui ne fait pas mieux puisque ce n'est qu'entre le cinq et quinze août 2007, soit plus de deux mois après la date de démarrage officiel au niveau national que des cas de paludisme grave sont pris en charge gratuitement sur le stock de l'ASACO. Après une estimation du coût de l'opération à 88 000F CFA (quatre vingt huit mille francs CFA), jugé suicidaire le préfinancement est immédiatement suspendu. Pire, pas de trace du premier stock de gratuité de CTA/AQ mis à sa disposition en principe un peu plus avant.

III.1.3.Réception des intrants gratuits et mise à disposition aux CSCOM

En fin mai 2007 vers le 28, le district de Sikasso reçoit sa première dotation d'intrants destinés à la gratuité du paludisme annoncée. Le stock est constitué essentiellement de comprimés de CTA (AS/AQ) destiné au traitement du paludisme simple chez les enfants âgés de 0 à 5 ans. Le stock n'est pas reçu par le gérant du DRC comme dans le cadre du recouvrement des coûts. Dans la gestion du stock gratuit sont directement impliqués le pharmacien du district et le médecin chef et le comptable matière. Mais les documents de réception et de répartition des stocks nous sont demeurés inaccessibles.

La quantité des médicaments mis à la disposition de chaque centre de santé est calculée sur la base de la taille de la cible dans chaque aire de santé. Cet exercice est réalisé exclusivement par les trois responsables ci-dessus sans une concertation des directeurs de centre.

L'équipe cadre est mobilisée pour l'acheminement des médicaments (CTA) vers les centres reculés. Ensuite en août 2007, le CSREF reçoit sa première dotation d'intrants de prise en charge du paludisme grave, les quantités sont jugées dérisoires et leur répartition pose problème. Les quantités reçues dans les centres sont jugées dérisoires par les responsables des centres. Toutefois, l'absence de fiches de suivi des entrées et des sorties des médicaments gratuits au niveau du district notamment les procès verbaux de réception, les copies des bons de livraison rend difficile l'évaluation des quantités effectivement reçues.

Néanmoins, les premières distributions de médicaments faites par le district aux CSCOM sont suivies de recommandations verbales aux directeurs des centres l'instruction à la conservation des ordonnances des bénéficiaires, la notification sur chaque ordonnance du numéro du bénéficiaire dans le registre des consultations externes, le remplissage régulier des fiches de suivi des médicaments gratuits. Bref, le district rappelle aux directeurs que le suivi des médicaments gratuits est le même que celui des médicaments que les centres gèrent dans le cadre du recouvrement des coûts ainsi que le rappel de la cible, les enfants de zéro à cinq ans et les femmes enceintes. A ce stade, aucun rapport particulier concernant la gestion des intrants gratuits n'est encore exigé des directeurs de centre par le district. Les Tests de diagnostic Rapide (TDR) annoncés pour la confirmation du diagnostic du paludisme ne sont pas encore disponibles dans les centres, le diagnostic du paludisme est basé sur la présomption et les signes cliniques chez les patients.

III.1.4. Réactions face aux médicaments gratuits

Au lancement de la gratuité en 2007, les membres communautaires des ASACO n'ont pas été consultés par le district et s'en plaignent. Quant aux directeurs des centres, eux se plaignent de n'avoir pas été consulté pour l'estimation des besoins de leur centre en médicaments gratuits malgré toute la connaissance qu'ils ont de la consommation des intrants antipaludéens dans leur centre.

Ainsi, la mise à disposition des médicaments gratuits aux différents centres de santé sur la base de la quantité totale de médicaments mis à la disposition du district par le niveau central et de la taille de la cible dans chaque aire de santé a créé chez les directeurs un manque de confiance envers les responsables du district et de la DRS et de la politique. Ce mode d'estimation des quantités à remettre au centre pénalise les centres dont la fréquentation est

élevée et qui reçoivent plus d'usagers hors-aire. Ainsi, si la quantité des premières dotations des centres en CTA (AS/AQ) est jugée suffisante pour tenir longtemps, celles des éléments du kit du traitement du paludisme grave sont jugées dérisoires par le personnel sanitaire des CSCOM et même l'équipe cadre de district. Cette situation a nourri chez le personnel sanitaire des soupçons de détournement et de mauvaise gestion des médicaments gratuits au niveau district.

Par ailleurs, le transport des intrants gratuits à la charge des ASACO du district vers les CSCOM est mal perçu par le personnel sanitaire qui n'attend pas payer pour des médicaments sur lesquels l'ASACO ne peut réaliser de marge bénéficiaire.

Ainsi, si le centre urbain, grâce à la proximité avec le district, enlève avec promptitude sa dotation à chaque distribution d'intrants au niveau district, le centre rural accuse souvent des retards dans l'enlèvement de ses dotations qui se font à la faveur des missions du directeur du centre ou du laborantin à Sikasso.

III.1.4.1 *Au centre urbain*

Le 31 mai, le CSRéf invite par RAC le centre urbain à l'enlèvement de la première dotation de CTA (AS/AQ) pour le traitement du paludisme simple. Le directeur du centre se charge personnellement de l'enlèvement du stock auprès du comptable matière du CSRéf en émargeant dans un registre devant la quantité de médicaments mise à la disposition de son centre. Ce premier stock estimé à 1301 plaquettes est jugé impressionnant par le centre.

Au niveau du centre de santé, la réception du stock a lieu entre lui et le gérant de la pharmacie du centre. Les membres du COGES sont informés individuellement de l'arrivée des médicaments gratuits. Une partie de l'ASACO s'insurge contre cette manière d'avoir été ignoré par le district dans le lancement de la politique de gratuité qui risque de toucher les recettes des centres dont elle a la responsabilité. Un sentiment de crainte s'installe chez eux, d'où, l'aigreur des propos *«Non ! On n'a jamais fait ça, même si ça a été fait, je n'en suis pas informé. On a dit au président de l'ASACO, telle déclaration a été faite à la télé, on donne l'ordre au médecin chef du district qui à son tour donne l'ordre à ses agents dans les centres de santé communautaire, c'est ainsi que l'information a passé. Sinon dire qu'on a réuni l'ASACO pour l'informer officiellement, moi je ne crois pas.... »*(A11a).

Mécontente d'avoir été ignorée par les responsables du district et le directeur du centre au lancement de la gratuité et craignant pour la survie financière de leur centre, l'ASACO se retient d'une large diffusion de l'information dans l'aire du centre. D'où, la confiance que nous fait un membre de l'ASACO sur les raisons de cette posture *«Nous, on ne peut pas*

prendre le risque de dire qu'il y a une gratuité chez nous. C'est le gouvernement qui le dit à travers ses médias, les gens l'entendent. Ce n'est pas les centres communautaires ou les ASACO qui vont dire qu'il y a une gratuité. Ce n'est pas bon d'entendre cela à travers nos bouches ça va nous compromettre un jour. Est-ce que la population va comprendre et accepter ça le jour où il n'y aura rien ? Elle est majoritairement analphabète quand tu dis que c'est ça, la population considère que c'est ça jusqu'à vie. Est-ce que, vous me comprenez ?»(A11b).

A partir d'août 2007 les intrants gratuits destinés à la prise en charge du paludisme comme le sérum glucosé 10%, la quinine injectable, le cathéter, le perfuser et les TDR, font progressivement leur introduction dans ce centre. L'ASACO et le district sont surpris des quantités et de la disproportion des différents éléments.

III.1.4.2. Au centre rural

Contrairement au CSCOM urbain, les acteurs du centre rural ne s'accordent pas sur la date d'introduction du premier stock de CTA (AS/AQ) dans leur aire de santé. A ce sujet, il existe un manque de concordance entre les propos du directeur du centre et ceux des autres membres de l'ASACO. Pendant que le premier fixe à juin 2007 l'introduction des CTA dans son centre sans qu'aucune preuve ne vienne des supports de gestion du centre, les autres membres du Coges s'accordent sur 2009 comme date de l'effectivité de la gratuité dans leur centre, d'où les différents propos *«La gratuité a commencé en 2009. Le médecin était parti en formation, en 2009 et il est revenu de la formation avec des médicaments qu'il nous a montrés en disant qu'ils seront donnés gratuitement. Mais après je ne sais plus comment le reste s'est passé»(P28).*

«C'est en 2009 que la gratuité a commencé.....C'est l'ASACO qui avait été chercher les 1^{er}s médicaments. A la DRS nous étions allés acheter des médicaments, nous les avons trouvés entrain de parler de ces médicaments gratuits et nous avons amené pour le centre avec nous. Quand on les a amenés, on les a donnés au médecin qui, à son tour les a montrés aux autres membres du bureau»(A24).

«Bon en fin 2009 nous avons appris la gratuité du traitement du palu et ça été mis en application en 2010»(A26).

Contrairement à tous ces discours, nous constatons dans les fiches de suivi des médicaments gratuits que le premier stock de CTA (AS/AQ) est reçu dans ce centre le 14 août 2009. Les fiches de suivi des médicaments antérieures à cette date seraient égarées. Ce qui crée un flou

sur l'utilisation ou la gestion des premiers stocks de médicaments. Le propos de ce membre d'ASACO renforce le flou sur la gestion du premier stock de CTA AS/AQ dans ce centre «*J'ai eu un entretien avec Youssouf sur la gratuité, je lui ai dit que je n'ai pas encore vu la gratuité ici à [...] à part les vaccinations* » *Observations de réunion d'ASACO en 2010.*

III.1.5. Un démarrage difficile de la gratuité

III.1.5.1. Le suivi interne au niveau du CSCOM urbain

Malgré la propriété et le remplissage assez régulier des supports de gestion des intrants, des difficultés sont à noter au démarrage de cette politique au niveau de ce centre. Le centre n'a pas mis du retard à mettre en place les supports de gestions exigés par le district pour la justification de l'utilisation des intrants afin de permettre une lisibilité de la politique. Ainsi, les documents de gestion suivants ont été introduits : les fiches de stock, un registre des bénéficiaires, la conservation des originales des ordonnances des bénéficiaires, le registre des consultations externes et les rapports des inventaires mensuels. Malgré la mise en place précoce de ces documents et de leur disponibilité, nous constatons des irrégularités relatives :

- Aux retards dans le remplissage du registre des bénéficiaires et la tenue des fiches de suivi des TDR, des seringues, des cathéters et des sérums glucosés.
- A l'inexistence de données sur l'état et les quantités des médicaments gratuits dans les procès verbaux des inventaires mensuels des médicaments.

Dans les inventaires, l' ASACO ne se préoccupe pas des intrants gratuits qu'elle considère comme l'affaire de l'État donc relevant de la responsabilité des représentants de l'État au centre (DTC), d'où des arguments pour justifier le désintérêt concernant le suivi de ces médicaments «*l'ASACO n'a pas assez de responsabilité sur la gratuité, seulement les techniciens (chef de poste et le gérant) en ont le contrôle. C'est l'État qui fait la gratuité et le chef de poste est le représentant de l'État dans notre centre. Cela ne nous concerne pas, nous ASACO ne savons rien des stocks de la gratuité*»(A11b).

III.1.5.2. Le suivi interne au niveau du CSCOM rural

Au centre rural, nous constatons un retard dans la mise en place des documents de gestion des intrants gratuits au point qu'il est impossible de faire la traçabilité des premiers stocks de CTA (ASAQ) reçus. En plus, il n'y a pas d'achèvement ou de cohérence dans la tenue des supports mis en place. Les fiches de stocks des intrants gratuits et les registres ne sont pas régulièrement tenus au point que ces données sont inexploitables.

Aussi les inventaires mensuels des médicaments du centre ne prennent pas en compte les intrants gratuits qui sont sous la responsabilité du gérant du centre et du directeur technique du centre.

III.1.5.3. *L'inefficacité des activités de supervision de la gratuité au niveau des CSCOM*

Pour le suivi et le contrôle de la gestion des intrants gratuits dans les CSCOM part le district et la DRS, la politique de gratuité n'a pas bénéficié de financement spécifique. Ces activités sont intégrées aux activités de supervisions trimestrielles de l'équipe cadre de district et semestrielles de la DRS dans les CSCOM. Malheureusement, une année après le démarrage de la gratuité, des problèmes de financement de ces activités de supervision sont apparues, notamment l'arrêt du financement d'un grand partenaire financier de la région de Sikasso. Cela a conduit à la suspension activités de supervisions intégrées dans les CSCOM entre 2009 et 2011 faisant du coup des directeurs des centres les seuls « maitres » dans la gestion des médicaments mis à la disposition des centres.

Néanmoins, depuis 2007 et 2008, des supervisions de l'équipe cadre avaient permis de découvrir la faible prescription des CTA (AS /AQ) dans le cadre de la prise en charge gratuite et de la subvention pour les adolescents et les adultes à l'espace du district. Les raisons évoquées par les directeurs sont l'inadéquation de la forme des CTA (comprimés durs et difficile à dissoudre) à la cible, la dépréciation des CTA pour leurs effets secondaires (hallucination, forte fièvre). Chaque supervision dans les CSCOM réitère les recommandations à l'encouragement de la prescription des CTA (AS/AQ). Quoique notre centre urbain ait été l'un des rares centres du district à avoir accepté les CTA (AS/AQ), 71 plaquettes sur environ 1300 sont arrivées à péremption en 2009.

En même temps, avec l'introduction des médicaments du kit de prise en charge du paludisme grave, le district note des retards de certaines ASACO dans l'enlèvement de leur part de stocks médicaments gratuits. Le centre préfère profiter d'une mission d'achat des intrants à vendre ou d'une activité au district pour enlever sa part de stock d'intrant gratuit.

III.1.7. Des réajustements et dispositions au niveau district et DRS

Conformément à une directive nationale, des points focaux chargés du suivi du paludisme sont nommés au niveau du district et de la DRS. Au niveau district trois agents vont successivement occuper ce poste. Par contre le gérant du DRC est exclu du dispositif de gestion des intrants gratuits mais en même temps les pouvoirs du comptable matière sont renforcés par le médecin chef qui le charge de la gestion physique des intrants gratuits. Une partie de l'équipe cadre de district dénonce la préférence du médecin chef pour le comptable matière qu'il juge moins expérimenté dans la gestion des produits pharmaceutiques que le pharmacien du district, un spécialiste, et du gérant qui disposent d'une longue expérience. La convoitise du poste de chargé de gestion des intrants gratuits a créé depuis le démarrage un conflit larvé entre les membres de l'équipe cadre de Sikasso.

III-2 LA CONNAISSANCE DES CONTOURS DE LA GRATUITE

III.2.1. Au niveau des soignants

Le niveau d'information des soignants des deux CSCOM sur les contours de la gratuité est actuellement assez identique. Ce sont les directeurs et les gérants des centres qui maîtrisent mieux les contours de cette politique que le personnel subalterne des CSCOM. Le personnel qui travaille dans les maternités n'est pas mieux informé que la plupart des usagers eux mêmes sous informés.

Néanmoins, le niveau de connaissance des contours de la gratuité par le personnel sanitaire du dispensaire du centre urbain s'est nettement amélioré depuis grâce à son implication dans la prescription de la gratuité aux bénéficiaires. Par contre, à la maternité, avec le démarrage tardif de l'application de la gratuité du paludisme chez les femmes enceintes, le personnel ne maîtrise pas les contours de la gratuité et préfère encore prescrire uniquement la quinine comprimé chez les femmes enceintes soupçonnées de paludisme. Aussi, les infirmières et sages-femmes éprouvent à présent des difficultés dans la manipulation des TDR surtout dans la prise de sang chez les patients pour la confirmation des diagnostics. Le TDR est encore mal intégré dans les pratiques des infirmières et sages-femmes.

A présent la détermination des éléments à mettre dans le contenu kit du paludisme grave demeure floue pour les prescripteurs de ce centre.

Au centre rural, le chef de poste, le laborantin et le gérant sont ceux qui connaissent mieux les contours de la gratuité contrairement aux autres agents qui, du fait de leur non implication dans la prescription des intrants gratuits, évitent d'aborder la gestion locale de ces produits. Le contenu du Kit du paludisme grave reste à l'initiative du soignant faute de la connaissance du contenu fixé par le PNLP en 2010.

III.2.2. Au niveau des ASACO

Malgré leur mise à l'écart par le CSRéf, au début, les deux ASACO ne sont pas au même niveau d'information sur la gratuité.

Les membres de l'ASACO du centre urbain ne sont pas au même niveau d'information sur la gratuité. Globalement, ils sont frustrés pour avoir été négligés au profit du directeur devenu l'interlocuteur privilégié du CSREF dans la gestion des médicaments gratuits. Ils ne se sentent pas concerner par la gestion des intrants mis à la disposition du centre et jouent un rôle marginal à côté du gérant et du chef de poste d'où de nombreux propos traduisant leur ressentiment, *«Il faut voir le chef de poste et le gérant, les techniciens sont plus aptes à parler*

des gratuités. En tout cas on n'a jamais parlé de grandes quantités de médicament pour la gratuité »(A11).

Ou encore cet autre propos qui dénote du désintérêt de l'ASACO pour le suivi des intrants gratuits «Il faut demander au gérant pour les ruptures des produits de la gratuité. Il faut consulter la fiche parce que les gratuités, nous ASACO, on ne s'intéresse pas trop à ça. Parce que c'est au niveau des techniciens. Si la supervision vient, c'est déclaré chaque mois. On ne nous demande rien ce sont les techniciens à qui qu'on doit demander : le pharmacien et le chef de poste, parce que ce sont eux qui coordonnent la livraison, on ne peut pas demander l'ASACO pour ça. Ça vient dans le CSCOM c'est dans le dépôt mais géré par le chef de poste. L'inventaire, nous on ne compte même pas ça dans notre compte (A13a).

«Non, pas l'ASACO, on informe le chef de poste pour l'enlèvement. Je ne peux pas dire qu'on m'a présenté ces produits là voilà les produits qui sont arrivés, on doit les distribuer gratuitement, je n'ai jamais eu cas de ça. Je ne connais pas la quantité du stock reçu »(A12).

Ou encore «Je n'ai pas participé non plus à l'estimation des besoins du centre. Si quelqu'un a participé à ça, il ne m'a pas rendu compte»(A13b).

Le niveau d'information des membres de l'ASACO du centre rural n'est pas meilleur que celui des membres de l'ASACO urbaine. N'ayant pas été officiellement associée au démarrage de la politique, elle ne s'est pas sentie concernée par la mise en œuvre de la gratuité dans son centre. D'ailleurs, elle ne maîtrise ni la provenance des intrants gratuits, ni les quantités des stocks reçues au centre. Elle se plaint d'être laissé-pour-compte dans la gestion des intrants gratuits mais évite d'aborder ouvertement le sujet avec le directeur qu'il trouve moins communicatif, d'où la remarque *«Depuis 2 ans, j'ai constaté, que de temps en temps, au CSCOM, on donne à certains enfants des comprimés jaunes et souvent le sérum à certains usagers [...] Mais cela fait bientôt cinq mois que je suis élu [...], mais personne ne m'a encore expliqué la provenance de la gratuité. Je ne sais ni comment la gratuité arrive au CSCOM, ni qui donne la gratuité encore moins leur quantité»(A23).*

III.2.3. Au niveau des usagers des CSCOM

La différence entre les usagers des deux centres est notoire en matière de connaissance des limites et des bénéficiaires de la gratuité.

Au niveau du centre urbain, les premières annonces de la gratuité dans les médias en mai 2007 semblent avoir atteint un nombre important d'usagers au regard des questionnements aux soignants. Mais, le décalage de l'annonce avec la mise à disposition effective du premier stock de CTA semble avoir frustré les premiers usagers qui se sont présentés au centre. Les réactions de certains usagers aux paiements à la suite de l'annonce montrent les malentendus du démarrage. D'où la récurrence de ce propos entre usagers qui réclament la gratuité de la consultation *«a fora tele la, ko demisin ka taa a wolodo fo san duru uka sumaya be furakè fu» ce qui pourrait se traduire littéralement par : il a été dit à la télévision que le paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans se traite gratuitement»*(P16).

Cette requête des usagers suscite l'exaspération chez les soignants en attente des intrants gratuits promis et qui ne veulent pas préfinancer la gratuité selon les recommandations du district et qui cherchent par des propos comme le suivant à se débarrasser des usagers encombrant *«munu ya fo iye ko suma ye fu ye, i te ta fo u ye ku ka nan ni fura ye wa. ni o te anw ma fqñ ye folo » littéralement, va dire à ceux qui t'ont dit que le traitement du paludisme est gratuit de nous apporter les médicaments, sans quoi nous n'avons pas encore vu le gratuit »*(P14n). Certains soignants estiment que le manque de précision du message annonçant la gratuité dans les médias et les ruptures des intrants ont contribué à les décrédibiliser auprès des usagers qui les soupçonnent de rackets ou d'abus des intrants gratuits. D'où, l'expression de la colère de cet agent *«ni anw ya fo u ye ko u ka ticket ta, a be ke dow yenan ki ba fe ku ta bo u kuna»*. Ce qui peut se traduire littéralement par *«Lorsque nous leur demandons de prendre (payer) le ticket de consultation chez le gérant avant de venir pour la consultation, certains usagers trainent les pas, en pensant que c'est un prétexte de leur soutirer quelque chose «Autrement dit ces usagers pensent que c'est un prétexte de leur soutirer de l'argent»*(P17).

Cinq ans après l'annonce de la gratuité aux usagers à la télévision, le niveau de connaissance des usagers sur les limites et contours de la gratuité ne s'est pas amélioré. Cela se voit à travers la récurrence de cette précision que les soignants font aux usagers qui réclament la gratuité du ticket de consultation dans le paquet du gratuit *«a fora ko furakeli ye fu ye, ama fo ko lajeli ye fu ye » littéralement : il est dit que le traitement est gratuit, pas la consultation*(P16).

La faible maîtrise des contours de la gratuité est surtout perceptible à la pharmacie au moment du paiement du montant des ordonnances auprès du gérant. En effet, nombre d'usagers interrogés au sortir de la consolidation estiment avoir payé entièrement le traitement même après vérification nous distinguons les marques de la gratuité sur leur ordonnance, notamment la non facturation des molécules gratuites. La plupart des usagers bénéficiaires à l'image de celui dont le propos suit, réagissent avec consternation lorsque nous leur montrons les médicaments reçus gratuitement parmi le lot de médicaments qu'ils ont entre les mains *«Si on ne nous explique pas les choses, on se dira qu'on a payé pour tous les médicaments. Maintenant que tu viens de m'expliquer ça je dirais que les agents de santé m'ont donné des médicaments gratuitement»*(U11).

Quant aux usagers du CSCOM rural, leur niveau de connaissance de la gratuité est également faible. L'enclavement du centre dû à l'impraticabilité de la route reliant le centre au chef lieu de district; la faible couverture des villages de cette aire de santé par la radio et la télévision nationale n'ont pas facilité la circulation de l'annonce de la gratuité dans la zone où l'ASACO, et en particulier le chef, est l'interface privilégié de la hiérarchie médicale avec la population locale. Il y a donc eu déficit de communication vers ces usagers qui a été accentué par un manque de relai de l'information par l'ASACO. L'absence de communication des agents de santé locaux et de l'ASACO sur l'origine, la provenance et la durée de l'opération de gratuité a créé un flou chez une partie importante des usagers qui confondent les premiers CTA, dont ils ont bénéficié, à de nouvelles molécules anti paludéens en phase d'essai, d'où l'expression de l'étonnement et la confusion chez cet usager *«La gratuité ! C'est avec toi que je l'apprends. Je reconnais que l'année dernière au CSCOM mon enfant a bénéficié 6 comprimés de double couleur pendant qu'il souffrait de palu. Personne ne m'a dit que c'était une gratuité donnée par le gouvernement... on ne nous a pas informé de cela sans vous mentir»* (U21).

Dans ce centre, il y a eu une tentative d'utiliser la gratuité à des fins de fidélisation des adhérents de la mutuelle locale ainsi la gratuité a d'abord été présentée comme « une aide du gouvernement » aux adhérents de la mutuelle, ce qui a rendu davantage flou les conditions d'accès aux CTA gratuits pour les usagers *« L'année dernière, ils (les soignants) m'ont donné gratuitement des comprimés pour le traitement du paludisme chez certains de mes enfants ; ils m'ont dit que ces produits nous ont été donnés par le gouvernement à nous qui avons adhéré à la mutuelle de santé»*(U22).

Cinq ans après le démarrage officiel de la gratuité, pour certains usagers encore, bénéficier de médicaments gratuits dans ce centre de santé est loin d'être perçue comme un fait ordinaire,

en témoignent, l'observation des interactions entre usagers et soignants. Nous constatons encore des remerciements incessants de bénéficiaires au gérant et aux agents santé ce qui témoignent que ces usagers sont à leur première fois de médicaments antipaludéens malgré leur fidélité au centre de santé.

Par ailleurs comme nous le constatons au centre urbain, ici aussi la gratuité se confond largement avec le paiement comme le montre les réactions des usagers comme celui-ci surpris d'entendre, quand nous lui avons désigné les médicaments gratuits dans le lot à sa disposition dans le sachet, qu'il n'avait pas payé pour certains médicaments «*Si on ne me dit pas que certains médicaments sont gratuits, je dirai que j'ai tout payé* » (U23).

En somme, au démarrage, la politique de gratuité a été confrontée à l'opposition larvée des agents de santé et de l'élite des ASACO qui l'ont vite perçue comme un facteur déstabilisant du système de recouvrement des coûts en vigueur dans les centres. De ce fait, ils ont préféré ne pas relayer l'information sur la gratuité dans leurs centres auprès des usagers afin de limiter la portée de la politique. Mais la rétention d'information n'est pas la seule stratégie.

III.2.4. Délivrance des soins gratuits

III.2.4.1 Identification de la cible

Dans les deux centres, des différences existent dans les conditions d'accès à la gratuité.

Au centre urbain, les conditions d'accès sont :

- Etre âgé de 0 à 5 ans ou femme enceinte
- Diagnostic clinique avec ou sans confirmation par Test de Diagnostic Rapide (TDR).

Au centre rural, les conditions d'accès sont :

- Etre âgé de 0 à 5 ans ou femme enceinte
- Diagnostic clinique avec ou sans confirmation par Test de Diagnostic Rapide (TDR) ou Goutte Epaisse (GE).

III.2.4.2 L'identification des bénéficiaires

Dans les deux centres, pour déterminer l'âge des enfants bénéficiaires, les soignants se fient aux déclarations des accompagnateurs ou parents d'enfants, aucun document n'est exigé à cet effet. En cas de doute, ce qui est rare, le recours est fait au « système du tour d'oreille ». Alors, tout enfant dont le tour de main par la tête passe en dessous de son oreille est considéré comme âgé de plus de 5 ans. Chez la femme enceinte, la confirmation de la grossesse est le critère de repérage privilégié en cas de présomption de paludisme.

III.2.4.3 *Le test : De la présomption à la confirmation*

Au CSCOM urbain, la confirmation du diagnostic par test de diagnostic rapide ou goutte épaisse est loin d'être systématique, les soignants font confiance à leur expérience et connaissance des signes cliniques dans le diagnostic du paludisme chez les bénéficiaires. Ainsi, un soupçon de paludisme avec forte fièvre (+38°C) accompagné de vomissements ou de diarrhée, des signes de convulsions est considéré comme un cas de paludisme grave chez les enfants. Par contre tout signe de paludisme chez la femme enceinte est considéré comme un paludisme grave, d'où la confirmation faite par cette sage-femme *«S'il y a TDR disponible, nous faisons la confirmation par le test. Que le test soit positif ou pas nous prescrivons le kit à la femme enceinte, deux de nos agents (une Sage femme et une infirmière obstétricienne) ont participé à une formation 24-01-2011 qui a réitéré cette façon de prise en charge du paludisme sur grossesse» (Entretien informel P19).*

Néanmoins, dans le diagnostic du paludisme, nous constatons une acceptation progressive des TDR par les soignants de ce centre suite à une supervision formative du PNLP et de MRTC. Le CSCOM rural, pour sa part, semble avoir plus intégré la confirmation du diagnostic du paludisme mais il faut noter que cette habitude est bien antérieure à la politique de gratuité du paludisme. En effet, grâce à la disponibilité du matériel adéquat, un microscope et d'un technicien de laboratoire, le centre effectué localement la confirmation du diagnostic du paludisme par Goutte Epaisse (GE). Hormis les moments de garde où la taille de l'équipe de garde ne permet pas la réalisation d'examen biologique le laborantin assure l'intérim et fait donc office de prescripteur la confirmation du diagnostic par TDR est aléatoire, la Goutte Epaisse n'est pas utilisée et l'utilisation des TDR n'est pas systématique. Les prescripteurs considèrent la GE comme plus fiable et précise que le TDR dans la confirmation du diagnostic et la classification des cas de paludisme entre paludisme simple et paludisme grave. Mais le paiement de la GE fait qu'avec l'avènement des TDR que les prescripteurs ont du mal à trancher l'efficacité supposée de la GE et la gratuité des TDR. Alors, dans la confirmation du paludisme la position du centre n'est pas définitivement tranchée, elle évolue entre confirmation du diagnostic par TDR ou GE et le traitement sur la base de présomption. Mais toujours est-il que la préférence du chef de poste va pour la confirmation du paludisme par GE.

III.3. LE SUIVI DE LA GRATUITE DANS LES CSCOM

III.3.1. Le contrôle interne

Le souci de rendre compte de la gestion des intrants gratuits mis à la disposition des centres est plus visible chez les soignants du centre urbain que chez ceux du rural. Dans le centre urbain, après des moments de flottement dans le suivi des intrants du paludisme grave (les tests rapides, les seringues, les cathéters), dont les quantités à cette époque de démarrage sont considérées comme dérisoires, la volonté de rendre compte des intrants gratuits reçus est visible. Les supports de gestion suivants sont assez régulièrement remplis par le gérant ou le chef de poste : les fiches de suivi des médicaments gratuits, la tenue du registre des bénéficiaires, la bonne conservation des originaux des ordonnances avec annotation du numéro correspondant au nom du bénéficiaire dans le registre des consultations, l'annotation récente de la mention « gratuit » ou « kit » sur les ordonnances ayant bénéficiées de gratuité et la mention des quantités des intrants gratuits dans le rapport d' inventaire mensuel des médicaments du dépôt du centre. On note une bonne lisibilité et conservation de tous les supports de gestion de médicaments gratuits. Sur chaque ordonnance de gratuité on note « 0 » pour signifier que l'utilisateur n'a rien payé. Récemment en fin 2011 le centre a adopté le principe de l'annotation du résultat du test de diagnostic rapide devant le nom du bénéficiaire dans le registre des consultations et sur l'ordonnance.

Toutefois des points faibles existent dans le suivi de la gratuité en l'occurrence : la faible implication des membres communautaires dans la gestion des intrants la non participation de ceux-ci à la réception des stocks mis à la disposition du centre de santé. Le témoignage suivant confirme le désintérêt de l'ASACO pour les intrants gratuits« *L'inventaire ! Nous on ne compte même pas ça (intrant gratuits) dans notre compte*» Membre ASACO.

Au centre rural, le mauvais remplissage et la conservation des supports (supports égarés, supports mal renseignés ou non remplis, absence d'inventaire) dénote du manque total de rigueur dans le suivi et la gestion des intrants gratuits. A ceci s'ajoutent d'autres pratiques douteuses en l'occurrence : l'enlèvement des intrants gratuits au district par le directeur du centre sans bordereau de livraison, leur réception par le gérant du centre sans la présentation de document officiel du district attestant des quantités effectivement enlevées ; l'annonce verbale à l'ASACO des stocks d'intrants mis à la disposition du centre souvent après épuisement du stock reçu ou dans la foulée de nos visites témoignent des dysfonctionnements de la gratuité dans ce centre.

Aussi, l'absence de réaction de la part de l'ASACO face à la gestion presque solitaire des intrants gratuits par le directeur du centre dénote d'une part du faible poids de l'ASACO et d'autre part de sa mauvaise perception de la gratuité basée sur la mise à disposition de intrants gratuits où l'ASACO ne tire pas directement profit de la gestion alors qu'elle doit assurer le fonctionnement du centre.

III.3.2 Un Contrôle externe inopérant

Les difficultés auxquelles nous avons été confrontés sur le terrain traduisent en partie la faiblesse des activités de suivi évaluation dans les deux centres et d'une manière générale dans le District Sanitaire de Sikasso. Les autorités régionales et de district nous ont plusieurs fois renvoyé vers les centres de santé chaque fois qu'il a été question des rapports des supervisions réalisées soit dans les centres ou dans le district par le niveau central. D'autres documents comme les registres de distribution des intrants gratuits avant l'instauration des bordereaux de livraison par le gérant du DRC sont restés inaccessibles ainsi que les fiches de suivi des médicaments gratuits au niveau du district.

Rappelons tout de même qu'au niveau local la politique de gratuité n'a pas bénéficié de moyens financiers particuliers pour les activités de supervision qui ont été intégrées dans les supervisions intégrées trimestrielles que l'équipe cadre de district (équipe composé des agents du service du développement social et du CSREF) est censée faire dans le cadre du recouvrement des coûts. Malheureusement à partir de fin 2008, pour des raisons de manque de financement, ces supervisions ont été suspendues ce qui provoque l'indignation chez les membres de l'équipe cadre du district «*Même les supervisions intégrées ne se font plus depuis 2 ans, à plus forte raison les supervisions paludisme. Nous, nous contentons des rapports (PEC) rendus par les chefs de poste. Personne ne peut dire si les produits que nous leur donnons sont bien utilisés....Au Mali chacun défend sa place et personne n'ose dire les choses telles qu'elles sont*»(EC31).

Entre 2010 et 2011, seulement une supervision annuelle a pu être effectuée dans les centres et d'importantes irrégularités sont notées dans la gestion des intrants par les DTC «*En 2011 j'ai effectué une mission de supervision dans quelques centres, franchement la situation est chaotique dans certains centres. Honnêtement je n'ai plus envie de sortir sur le terrain à partir de cette supervision parce que ce qu'il faut pour certains DTC, c'est la chicotte ou barrer carrément leur nom de la liste du personnel sanitaire.*

« Même pour les fiche de stock à vendre certains ne les remplissent que s'ils apprennent qu'il ya supervision, dès qu'ils apprennent qu'une supervision pointe, ils remplissent à la sauvette quelques fiches de stock.

D'autres ne les remplissent pas du tout. Pour ce qui concerne la tenue des fiches de stock des gratuités (kits), la situation n'est pas du tout différente. Peu de centres tiennent correctement ces fiches, d'autres ne les remplissent pas du tout. Alors qui peut dire que ceux-ci gèrent bien leur stock de médicaments gratuits»(EC33).

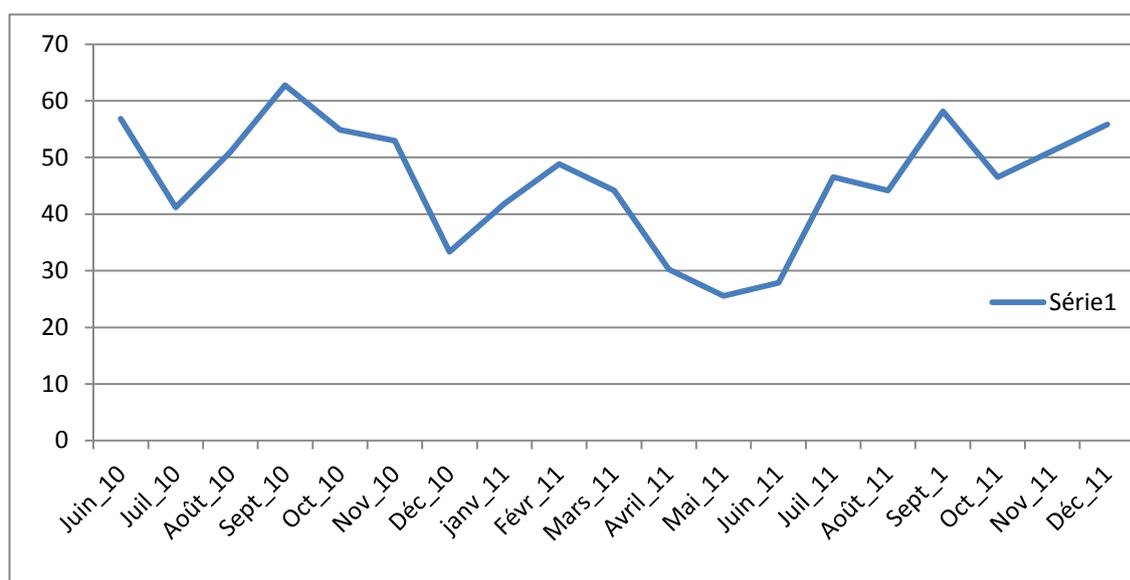
Du fait de notre présence prolongée sur le terrain et de la nature des informations que nous cherchons, l'équipe cadre a tenté de combler le déficit de supervision par la tenue, en marge des activités de JNV, des focus de sensibilisation des chefs de poste sur la production des rapports de prise en charge du paludisme. L'une des décisions importantes assortie du dernier focus ouvert en janvier 2012 voudrait que l'approvisionnement des centres soit conditionné à la régularité et à la promptitude des centres dans le rapportage des rapports de Prise En Charge du paludisme (PEC) vers le point focal paludisme du district. Mais déjà, certains membres de l'équipe cadre du district ne cachent plus leur scepticisme quant à l'engagement des DTC à honorer leur promesse à cause d'une politisation à outrance du système de santé et évoquent leur impuissance face à ces dysfonctionnements qui pourrissent l'administration sanitaire publique *«La situation avec la décentralisation administrative ne présage rien de bon, l'état du système sanitaire ira de mal en pis. Désormais on nous dit que notre rôle auprès des CSCOM c'est l'appui conseil et que nous devons seulement informer les autorités politiques locales (Conseil de Cercle, conseil communal et association communautaire). Mais, nous savons que ceux-ci sont impuissants. Leur souci d'être réélu fait qu'ils laissent tout passer. La réélection est leur souci majeur. Par exemple en 2010 j'ai radié des effectifs un pharmacien du CSREF mais quel ne fut pas ma surprise de voir que ce dernier est allé demander l'intervention du président du conseil de cercle. A la suite de cela, le président m'a appelé au téléphone avec la ferme intention de le défendre. C'est ma réaction qui l'a découragé. Après, le dit pharmacien est allé se plaindre chez le gouverneur. Mais je vois le même monsieur avec l'ASACO de [..].*

Crois tu que si je ne l'avais pas radié pour une faute grave, je serai encore assis à cette place ? »(EC33).

De tout évidence, l'attitude ne s'est pas améliorée malgré un premier engagement de leur part en 2010 a faire un rapportage régulier devant une équipe du PNLN qui avait voulu privilégier la sensibilisation plutôt que des sanctions. Deux ans après, nous constatons que le taux de

rapportage du rapport PEC (rapport de prise en charge du paludisme dont le rôle est fondamental dans la planification des besoins des centres) qui était déjà faible stagne toujours. La courbe ci-dessous décrit l'évolution du taux de rapportage mensuel du rapport (PEC) au niveau du district sanitaire de Sikasso et sur une période de 24 mois (2010 et 2011).

Constat : Un taux moyen d'envoi de 46% largement en dessous de l'objectif de 100% qui permettrait la planification adéquate des besoins du district. Les pics de la courbe correspondent aux piques du paludisme et à la période des supervisions intégrées des centres par le CSREF (Août 2010 et septembre 2011). Chaque supervision intégrée est suivie d'une hausse du taux d'acheminement du rapport PEC.



Source : rapports PEC du paludisme fournis au district Sanitaire de Sikasso

Tableaux n°6: Taux des rapports PEC du paludisme fournis au district de Sikasso en 2010 et 2011 par les 51 formations sanitaires

Dans cette situation peu reluisante pour tout le district, nos deux centres ne donnent pas le bon exemple. Le CSCOM urbain avec 13/24 rapports rendus sur la période est plus appliqué que le centre rural qui n'a fourni aucun rapport sur les intrants gratuits mis à disposition.

III.4. LA DISPONIBILITE DES INTRANTS GRATUITS

Cinq ans après le démarrage de la gratuité dans ce district, l'amertume et l'insatisfaction règnent chez l'équipe cadre, les DTC et les usagers des deux centres concernés. La gratuité est peu perceptible à cause des ruptures, de la disponibilité en pointillés des intrants. L'enlisement de ces dysfonctionnements dans les centres suscite des doutes sur la pérennisation de cette politique, d'où la récurrence des interrogations comme celle-ci « *Est ce que ni ko be na taga va ? Littéralement, cette initiative est-elle pérenne ?...On ne peut pas maîtriser le paludisme en Afrique. Il faut amener le stock d'intrant qu'il faut parce qu'aujourd'hui tu as 10 ou 15 cas de paludisme et demain tu auras 30 cas de plus. Donc c'est difficile de maîtriser les consommations des centres. Le paludisme est la pathologie dominante en Afrique.* »(EC34).

III.4.1.L'estimation des besoins des aires de santé en médicaments gratuits

Officiellement le stock des intrants gratuits mis à la disposition du district sanitaire serait déterminé à partir de l'analyse du compilé des rapports mensuels de prise en charge du paludisme (PEC) que fournissent les chefs de poste. Ce rapport est sensé fournir des informations sur la consommation de chaque centre en intrants gratuits et faciliterait la planification. Pourtant dans la pratique, la dotation du district sanitaire ne semble pas obéir au principe du cumul des besoins de l'ensemble des CSCOM. L'équipe cadre ne maîtrise pas le principe selon lequel est définie la dotation du district en intrants gratuits par le niveau supérieur. Certains agents estiment que c'est le principe du parachutage des intrants gratuits dans le district par le niveau national sans aucune considération des besoins réels des centres. D'où la description du rôle que joue l'équipe cadre dans la planification des besoins du district en intrants gratuits en ces termes par un de ses membres « *A notre niveau, on ne sélectionne pas les kits, dire que nous avons besoin de telle ou telle molécule, non. Les kits sont déjà prédisposés depuis en amont. Les kits ne se ressemblent pas. Souvent il y a des kits qui viennent, il ya la quinine comprimé à l'intérieur et souvent il ya des kits qui viennent, il n'y a pas de comprimés. Je ne sais pas moi quand même je ne peux rien faire. Parce que je ne peux pas interpeler le Ministère, leur dire voila, vous nous avez donné ça il n'ya pas ça etc. ce qu'ils ont amené, on dispatche* ». « *Ils viennent enlever eux même ils se plaignent. Ils disent ha ! x, cette fois ci il n'ya pas ça ? Je dis bon, c'est venu comme ça ; moi je dispatche ça comme ça* »(EC34a).

Cet autre propos lève toute ambiguïté sur la conviction que l'approvisionnement du district s'effectue par parachutage des intrants du niveau central vers la périphérie sans une planification *«Vraiment il faut dire la vérité, nous ne lançons pas de commande de médicaments pour la gratuité. Nous qui sommes à la base ici nous ne maîtrisons rien vraiment »* (EC34b).

Les agents de l'équipe cadre en charge de la distribution des intrants gratuits vivent avec amertume ce dysfonctionnement, d'où l'expression de la colère de cet agent suite à mon insistance sur la question de l'évaluation des besoins *«Je m'assoie ici, et brusquement « cricri » le téléphone sonne, la DRS nous appelle : il y a du stock, venez le prendre. Je l'amène, le chef fait le dispatching et j'appelle les DTC pour qu'ils viennent l'enlever »*(EC34b).

En somme, le CSREF est incapable de jouer pleinement son rôle dans l'évaluation des besoins des centres à cause du refus de la plupart des DTC à lui fournir régulièrement les rapports mensuels de prise en charge du paludisme et aussi du parachutage des intrants depuis le niveau central sur des bases qu'il ne maîtrise.

Ce faible taux de fourniture du rapport PEC du paludisme semble déstructurer le schéma d'approvisionnement en intrants gratuits qui souffre des difficultés suivantes :

- L'insuffisance constante des stocks d'intrants gratuits mis à la disposition du district qui est largement évoquée par l'équipe cadre et que nous avons constaté lors d'une distribution de stock au centre en 2011. *«Ainsi pour l'ensemble des 50 centres de soins, le district a reçu une boîte de 1000 comprimés de quinine 300m. Après distribution de ce stock en fonction de la taille de cible de chaque centre, la part de notre centre de rural est estimé à 60 comprimés »* Observation des fiche de distribution du stock d'intrant reçu en septembre 2011 au district de Sikasso.

Le tableau suivant fournit la situation des projections du district de Sikasso en 2011 et 2012 les quantités d'intrant reçues en 2011.

Désignation	BESOINS 2011	Quantité reçue 2011	Déficit 2011	% déficit en 2011	Besoins 2012
Quinine 0,40	216628	37129	179499	83%	268960
Quinine 0,20	216628	54435	162193	75%	1237208
Quine 300 CP	84000	98000	+14000		1614000
Diazépam	215138	16121	199017	93%	618604
Perfuser	?	27397			618604
G 10% flacon	108314	35474	72840	67%	1237208
Micro 22G	-	2893	-	-	
Cathéter	-	18159	-	-	309302
Seringue 10cc	-	2674	-	-	
Seringue 5cc	-	63303	-	-	
Paracetamol500mg	20000	-	-	-	
CTA	862514	38202	824312	96%	74664

Source : bordereaux de réception et de projections des intrants gratuits au district de Sikasso

Tableau n°7 : quantités des intrants de la gratuité reçus et la projection au district sanitaire

Constat : les écarts entre les quantités prévues et les quantités effectivement reçues en 2011 sont énormes. Comme déficit nous, CTA : 96%, sérum glucosé : 67% ; Diazépam : 93% ; Quinine o, 20 :75%. Seulement la quinine 300 mg avec plus de 14000 comprimés par rapport à la projection initiale avoir été bien fournie. Le district, sans avoir fait de projection, a reçu des intrants comme Micro 22G, cathéter, seringue 10 cc. Curieusement, contre toute attente, le district ne reçoit aucun comprimé de paracétamol.

- Les centres de santé sont approvisionnés au rythme des arrivages d'intrants au district sans le respect des besoins réels des centres.
- Le stock est reparti entre les centres sans la possibilité de constituer un stock de sécurité au niveau du district. Ce qui se traduit par une inégalité de répartition du stock puisque les centre n'ont pas le même rythme de consommation.

A partir de mai 2011, le stock d'intrants gratuits jusqu'ici enlevé au CSREF par les directeurs des centres contre émargement d'un registre se fait contre un bon de livraison que délivre le

gérant du DRC. Ces bons de livraison sont établis à partir du procès verbal de répartition du stock établi par le médecin chef et le comptable matière. Le stock physique reste sous la responsabilité du comptable matière dans un magasin spécial.

III.4.3. Ruptures des intrants gratuits dans les centres

III.4.3.1. Une disponibilité en pointillés

Aujourd'hui, s'il y a un fait sur lequel s'accordent les soignants, les usagers des CSCOM et les membres de l'équipe cadre dans l'implantation de cette politique, c'est bien la récurrence et la sévérité des ruptures des intrants gratuits dans les centres. Depuis l'épuisement du premier stock de CTA AS-AQ dans les centre, la disponibilité des intrants gratuits est devenue très irrégulière. D'où les propos ci-dessous *«Mais il y a toujours des ruptures. Le stock n'est jamais régulier (disponibilité pas régulière) on peut faire deux à 3 mois de rupture [...] Je l'ai dit lors d'un staff du service : qu'on cesse de m'emmerder pendant que tout est lié à l'insuffisance de stock. Disons le clairement, le stock d'intrants gratuits mis à notre disposition est toujours insuffisant, alors comment veulent-ils(DTC) que je dispose d'un stock que le niveau supérieur ne nous a pas envoyé...Il faudrait combattre les ruptures pour que la gratuité marche »(EC34).*

L'analyse des fiches de suivi des médicaments gratuits dans les deux centres témoigne de ce fait. On note deux sortes de ruptures : les ruptures générales et les ruptures partielles. Les ruptures générales concernent les périodes d'absence de tout antipaludéen gratuit. Quant à la gratuité partielle, elle concerne les périodes de disponibilité partielle d'intrants gratuits.

L'analyse des fiches de suivi des intrants gratuits permet l'évaluation de l'ampleur des ruptures au niveau du centre de santé urbain ce qui n'est pas possible dans le centre rural à cause des irrégularités de remplissage des supports, et des supports « égarés ». Le tableau ci-dessous indique le nombre total de jours et la moyenne annuelle de ruptures constatées sur la période du 31 mai 2007 au 30 septembre 2011.

Molécule	début	Période observation	Nbre de jours rupture	Rupture/an
CTA	31-05-2007	1218	666	200
Quinine 0,40	19-01-10	619	183	108
Quinine 0,20	19-01-10	619	333	196
Quinine 0,30 cp	11-06-10	476	252	193
SG 10%	08-07-08	1179	287	88
Paracétamol 500mg (cp)	19-01-10	619		
Diazépam injectable	19-01-10	619	62	37
Artemeter 80 mg	10/05/11	144	22	56
Artemeter 20 mg	10/05/11	144	15	38
Seringue 5cc	11-06-10	476	102	78
Micro-perfuser	11-06-10	476	166	127
TDR	12-01-11	262	41	57

Source : fiches de suivi des intrants gratuits du CSCOM

Tableau n°8 : Observation des ruptures des intrants gratuits entre le 31 mai 2007 au 30-09-2011 à partir des fiches de suivi.

Constat : sur une période d'observation de 1218 jours pour les CTA, ce centre a connu un total de 666 jours de rupture. Ce qui équivaut à 200 jours de ruptures annuelles des CTA. Quant à la quinine, sur une période d'observation de 619 jours, il y a eu respectivement 108 jours de rupture annuelle de la quinine injectable 0,40 ; 196 jours pour la quinine 0,20 ; 193 jours pour la quinine 0,30. Le sérum glucosé a connu 88 jours de rupture annuelle depuis son introduction au centre.

- Les CTA

Les formes de CTA ont évolué, en passant des CTA AS-AQ aux Coartem dispersibles puis à la Coartésiane sirop aux CTA AL dispersible. Malgré ces changements de forme de CTA, les dotations d'intrants reçues dans les CSCOM sont jugées très en deçà des besoins.

- Les kits de paludisme grave

La notion de Kit est sujette à discussion chez les soignants des CSCOM pour qui il est synonyme d'intrants gratuits. Ainsi des kits sont souvent constitués de sérum glucosé, de flacon d'artemeter etc....

Les limites du Kit paludisme sont floues et sa composition reste à l'appréciation du prescripteur. Les quantités des stocks sont variables et disproportionnées cela ne permet pas la définition d'un contenu stable à ce kit.

Les TDR sont restés longtemps absents des deux centres à cause de leur dépréciation par les soignants et de leur faible disponibilité. Leur utilisation dans la confirmation du diagnostic du paludisme est assez tardive. Ce n'est qu'en 2011 qu'ils sont devenus assez présents dans les deux centres.

L'adoption de la confirmation systématique du paludisme dans le CSCOM urbain est entachée par les ruptures des TDR. Contrairement au centre rural, la relative disponibilité des tests rapides n'a pas résolu le désintérêt des soignants pour leur utilisation dans la confirmation.

III.4.3.2 Causes des ruptures

L'évidence des ruptures des intrants gratuits ne fait plus aucun doute chez les acteurs du district sanitaire de Sikasso. Le seul point de discorde entre les acteurs demeure leurs causes. Les acteurs du niveau opérationnel de cette politique se rejettent la responsabilité, pointent tantôt du doigt les décideurs du niveau supérieur. En fonction des acteurs on peut faire la typologie des argumentaires développés par chaque acteur:

- La position des CSREF et DRS

Le CSREF et la DRS ont la même vision quant aux causes des ruptures. Ils situent à deux niveaux la responsabilité de la récurrence des ruptures de stock des intrants gratuits : d'une part il y a le refus de la moitié des directeurs techniques des centres à fournir les rapports PEC au point focal paludisme et d'autre part l'insuffisance des quantités d'intrants mis à la disposition du district. Les propos suivants confirment cette position. *«Tu verras que plus de la moitié des centres du district ne fournissent pas régulièrement le rapport PEC du paludisme, alors que la DRS dit que nous sommes approvisionnés à partir de l'envoi de ces rapports. Donc je leur ai dit à ceux qui ne fournissent pas que c'est à cause d'eux qu'il y a les ruptures»*(EC31c).

Ce propos d'un chef de poste confirme celui d'un autre responsable de l'équipe cadre *«Je ne fournis plus de rapport mensuel sur le paludisme au CSREF, ni même le rapport hebdomadaire des mardis. dogotoroya man di tugouni, kabini a keera papiye sebe ye »(P27) littéralement traduit : le métier de médecin n'est plus intéressant depuis qu'il est devenu remplissage de papier (production de rapport). Ici nous sommes surchargé [...] Les seuls rapports que je m'efforce à fournir, sont les RTA et le nouveau rapport sur le VIH, avec l'expérimentation en cours dans 5 CSCOM...je n'ai pas envie que notre centre soit déclasser dans ce programme»(P27).*

Au-delà des difficultés de planification des besoins du district en intrants gratuits dues aux irrégularités de production des rapports d'utilisation par les chefs de poste, les soupçons de mauvaise utilisation des intrants par ceux-ci sont très présentes chez les autorités du district et de la DRS, d'où ces propos

«De janvier à maintenant, il n'y a pas eu de rupture majeure de stock [...] seulement, il y a des chefs de postes qui gèrent mal, ils peuvent faire des malversations là-dans»(EC34)

Les accusations de mauvaise gestion des intrants gratuits par les chefs de poste se précisent dans les propos suivants *«J'ai appris que certains DTC viennent enlever le stock et le gardent dans leurs bureaux, en donnent à qui ils veulent, en font ce qu'ils veulent avec »(EC33).* Cet autre propos va plus loin dans l'accusation des chefs de poste d'être responsable des ruptures des intrants dans les centres de santé, donc du dysfonctionnement de la politique de gratuité *«Ces DTC, je l'ai connais assez. Tu leurs distribues le stock, mais après tu ne peux décider de la gestion qu'ils en feront. Tu sais, ces DTC, la plupart ne sont pas honnêtes, c'est pour cela que la gratuité ne marchera pas de mon point de vue »(EC34).*

Le manque de suivi des intrants gratuits par le CSREF est perçu comme un facteur favorisant leur mauvaise gestion par les directeurs des centres. Au-delà de ces divergences constatées, l'équipe cadre et le personnel semblent convaincu que l'État central n'a pas les moyens de sa politique et tenterait de dissimuler sa carence par la distribution en compte gouttes des intrants gratuits au CSREF, d'où l'expression de l'improvisation des arrivées d'intrants gratuits au CSREF dans les propos qui suivent *«Je m'assoie ici, et brusquement « cricri » le téléphone sonne, la DRS nous appelle : il y a du stock, venez le prendre, je l'amène, le chef fait le dispatching et j'appelle les DTC pour qu'ils viennent l'enlever »(EC34)*

«Il faut dire également que le stock mis à la disposition est insuffisant parce que nos besoins ne sont jamais couverts. Le stock que nous recevons par an est loin de couvrir nos besoins. Cette situation est connue partout ça, tout le monde le sait »(EC33).

«Souvent on peut recevoir en dessous de la commande. Si c'est le cas, il va de soit que certains CSCOM vont se plaindre puisqu'ils partent en rupture tôt»(EC35).

Ce dysfonctionnement de l'approvisionnement semble encouragé par le niveau national qui ne fait pas respecter ses propres règles dans le suivi des intrants gratuits à travers le rapportage mensuel régulier des rapports de prise en charge du paludisme des centres vers les le district paludisme (rapport PEC) d'où cette consigne de l'équipe cadre à approvisionner tous les centres y récalcitrants dans le rapportage *«A la suite d'une réunion avec une équipe du PNLP en mission ici en Août 2010, on nous a demandé de ne pas refuser les intrants aux DTC récalcitrants, de passer par la sensibilisation pour améliorer l'envoi des rapports PEC»* (EC31)

- Position des directeurs techniques des centres

Les chefs de poste attribuent essentiellement les ruptures des intrants gratuits à leur mode de répartition, à la dépendance au financement extérieur et à leur mauvaise gestion au sommet.

Les soignants des CSCOM contestent globalement le principe de la distribution du stock en fonction du bassin de la cible dans les centres. Ils jugent injuste ce principe du fait de l'inadéquation entre bassin de la population et taux de fréquentation des centres de santé. Ils ont le sentiment que le taux de fréquentation et les afflux d'usagers hors aires précipitent les ruptures dans leurs centres. Les propos suivants sont récurrents dans les discours des prescripteurs des deux centres *«Les hors aires viennent provoquer rapidement la rupture chez nous quand ils arrivent ici, je suis obligé de les prendre en charge mais quand nos produits de la gratuité finissent et que je demande au CSREF, il ne donne rien. Quand je réclame des produits aux CSREF eux aussi disent qu'ils n'en ont pas. Je me demande si je ne vais pas refuser la gratuité aux hors aires»(P27).*

En somme, la conviction que les rapports de prise en charge du paludisme ne sont pas indispensables dans la planification des CSCOM se développe chez les directeurs techniques qui estiment que l'État central n'est pas maître du financement de sa politique qui serait dépendante des vicissitudes de l'aide extérieure. D'où le propos de chef de poste excédé par la rhétorique du discours qui leur attribue les causes des ruptures des intrants au niveau des CSCOM *«Le CSREF ne joue pas franc jeu dans la mise à disposition des intrants de la gratuité. Le CSRéf dispose d'ordinateurs, nos rapports hebdo qui donnent tout sur le palu... Il faut dire plutôt qu'il n'y a pas de commande de gratuité nulle part [...] le Mali attend que les Américains ou autres bailleurs l'offrent quelque chose pour ensuite doter les centres ; où est la planification dans ça. N'as-tu pas remarqué qu'à chaque instant la forme des intrants gratuits change ? »(P14).*

- La position des ASACO

L'analyse des causes des ruptures des intrants n'intéresse pas les ASACO. D'ailleurs ce dysfonctionnement de la gratuité est loin de leur déplaire à cause de la crainte de ses effets sur les recettes des centres. Elles n'entendent pas se mêler de la gestion des intrants mis à la disposition de leur centre. Ainsi toute question relative aux ruptures des intrants gratuits dans les centres est renvoyée aux directeurs techniques des centres. D'où la récurrence des arguments suivants au niveau des deux CSCOM « *C'est l'État qui fait la gratuité et le chef de poste est le représentant de l'État dans notre centre. Cela ne nous concerne pas, nous ASACO ne savons rien des stocks de la gratuité* »(A11n)

- La position des usagers

Pour nombre d'usagers, l'État, initiateur de cette politique de gratuité, est responsable des ruptures. Une responsabilité liée à sa faible capacité financière à faire face au besoin de tous les citoyens et son manque de suivi des intrants mis à la disposition des centres, d'où les propos suivants

« Dans l'eau, chaque caïman est roi dans sa zone, il prend à tout moment la proie qu'il veut » nous sommes en face d'une telle situation avec cette gratuité, mais je n'en veux pas à nos gens (responsables du centre) c'est plutôt à ceux qui donnent les produits de la gratuité qui ne font rien pour venir voir après comment cela se passe ici »(U24).

III.5. STRATEGIES DE GESTION DES RUPTURES ET KITS INCOMPLETS

III.5.1. Gestion des ruptures de CTA et intrants du paludisme grave

En période de ruptures, le centre urbain adopte deux solutions :

- Les usagers paient les antipaludéens en vente à la pharmacie du CSCOM (quinine injectable, Sulfadoxine Pyriméthamine en comprimé, diazépam, de sérum glucosé, Artemeter injectable), où reçoivent des ordonnances extérieures pour les antipaludéens de spécialité (Laritem, Coartem dispersible, artemeter).
- A l'approche des supervisions, en signe de respect des recommandations précédentes, le centre procède à des semblants de préfinancement de la gratuité à partir de son stock.

Au centre rural, en période de rupture de la gratuité, les solutions suivantes sont adoptées :

- Le centre fait payer aux usagers les antipaludéens de son dépôt notamment (la Sulfadoxine Pyriméthamine en comprimé, la Quinine injectable etc....Artemer 20 mg injectable, Amodiaquine Sirop) où la prescription de médicaments de spécialité disponibles dans les officines privées à 30 km. C'est ce que prouve ce propos de d'un prescripteur *«Tout est fini maintenant, il n'y a plus de gratuit, plus de farine de nutrition, plus de moustiquaires imprégnées, plus de médicaments gratuits. Sanogo, désormais les usagers vont devoir tout acheter. Déjà hier, j'ai envoyé deux parents dont les enfants sont sérieusement secoués de paludisme, acheté de l'Artemeter et du Tothema à Niéna»*(P27).
- Le centre adapte la forme adolescente des CTA, la quinine injectable, la quinine 300 mg à la cible en cas de rupture de la forme pédiatrique. Les exemples suivants illustrent ces pratiques : pour le traitement de cas de paludisme, les enfants de 0 à 5 ans reçoivent 6 comprimés de CTA adolescente vendus à 250 F. nous avons un 2^{ème} cas de figure où l'enfant de 0 à 4 ans reçoit de la Quinine 200 mg injectable ou 1 flacon d'Amodiaquine sirop pour enfant de 0 à 4 ans. *Entretien soignant du CSCOM rural du 06-10-2011*. Pour le traitement du paludisme grave par perfusion pour enfant de 0 à 5 ans la prescription suivante est préconisée : ½ flacon de perfusion en Ringer ou salé +quinine injectable + Artemeter 20mg pour enfant.
- Les échanges des médicaments à vendre adaptés à la cible avec les médicaments gratuits afin de combler la disproportion entre par exemple la quinine 400 et 200

- Devant certains cas compliqués les usagers reçoivent fréquemment des ordonnances externes pour des produits comme l'Artemeter injectable et le Tot'Hema pour les cas de paludisme avec anémie.

III.5.2. Gestion des ruptures de Tests de diagnostic Rapide (TDRs)

En période de ruptures des TDRs au centre urbain, le diagnostic clinique du paludisme est systématique du fait de l'absence de tests microscopiques et d'un certain doute des soignants de la fiabilité des TDR et de la banalisation du diagnostic du paludisme. D'ailleurs, il n'y a pas de plaintes des soignants face aux ruptures des TDR jugés peu fiables.

Au centre rural les TDR sont dépréciées pour les manques de fiabilité et de précision au point où certain soignant propose l'argent des TDR soit utilisé pour l'achat de CTA. Alors leur rupture fait l'affaire du centre qui vend les tests de GE aux usagers ce qui permet de faire des recettes. Aujourd'hui encore, l'utilisation des TDR est assez anecdotique et se fait souvent qu'à notre présence.

III.6. GRATUITE FOURNIE AUX BENEFICIAIRES : UNE « APPARENCE » DE GRATUITE

6.1 Une gratuité bien partielle

La politique prévoit une gratuité limitée aux antipaludéens, les intrants nécessaires aux injections, le Diazépan contre les convulsions, et les tests rapides. Des possibilités d'inclusion du paracétamol et la goutte épaisse sont évoquées.

Dans la pratique, une fois que le prescripteur est convaincu du diagnostic, il fait la prescription incluant les antipaludéens gratuits disponibles. Il n'y a pas de gratuité totale pour le bénéficiaire, il y a toujours des médicaments à payer pour compléter son traitement. C'est le cas d'un bénéficiaire dont le complément du traitement constitué seulement de 10 comprimés de paracétamol, lui a coûté 200 f CFA (Observation des soins dans un des CSCOM). Le coût des adjuvants gratuits varie en fonction du degré de la maladie, des médicaments prescrits et de l'appréciation du soignant. Cette pratique se présente de la manière suivante dans les deux centres :

Au CSCOM urbain, les adjuvants couramment utilisés : Amoxicilline sirop, Tubuleur+micro, Paracétamol sirop, paracétamol comprimé, Cotrimoxazole sirop, Balemba enfant, quinine 0,20, AAS, B-complexe, Métoprolol, Vogalène. Le coût des médicaments complétant la gratuité est loin d'être négligeable pour les usagers

Au CSCOM rural, les adjuvants utilisés : Amoxicilline sirop, Prométhazine sirop, Ceftriaxole sirop, Paracétamol sirop, quinine 0,20mg, perfuseur; l'Artémeter injectable +Tot'hema pour le paludisme grave. Le coût de ces adjuvants fait que la prise en charge du paludisme est jugé globalement exorbitante par les usagers du centre.

Dans les deux cas, malgré la gratuité, le paiement des adjuvants et du ticket de consultation développe «une apparence de gratuité» chez les bénéficiaires. Une apparence de gratuité diversement appréciée au niveau des deux centres. Nombreux sont les usagers du centre urbain qui jugent plus abordable le coût des soins même s'ils ignorent que cela a un lien avec la gratuité contrairement à ceux du centre rural jugeant exorbitant les leurs.

III.6.2 Une gratuité noyée

Au démarrage de la gratuité, le principe de l'ordonnance unique comportant les médicaments gratuits et payants est adopté dans la gestion des deux types de médicaments stockés dans les mêmes dépôts. Dans les deux cas, une ordonnance extérieure est délivrée pour les médicaments de spécialité. Le centre rural a évolué entre ordonnance unique et ordonnance séparée pour finalement retenir le principe de la séparation des ordonnances. Tandis que le centre urbain prescrit les adjuvants en spécialité sur le dos de l'ordonnance unique.

Bien que moindre, les effets de la gratuité sur la réduction des ordonnances est une réalité dans les deux centres. La comparaison du prix moyen des ordonnances avec gratuité et sans gratuité le montre.

○ Au centre urbain

Période	Palu simple sans gratuité		Palu simple avec gratuité		Palu compliqué sans gratuité		Palu compliqué avec gratuité	
	Nombre de cas	Coût moyen	Nombre cas	Coût moyen	Nombre de cas	Coût moyen	Nombre de cas	Coût moyen
Janvier 2010	180	2055 F CFA	32cas	1395FCFA	15 cas	5530 FCFA	0	0 FCFA
Juillet 2010	260	1934FCFA	129	1521FCFA	59	5208F CFA	23	1858FCFA
Coût moyen 2010	440	1995 FCFA	161	1458 FCFA	74	5369 FCFA	23	1858 FCFA

Source : ordonnances du CSCOM

Tableau n°9 : Coût traitement palu avec ou sans gratuité centre urbain

Nous constatons, qu'en janvier et juillet 2010, dans ce centre le prix moyen du traitement du paludisme simple sans gratuité est estimé à 1995 f CFA contre 1458 f CFA avec gratuité, soit une différence de 537 f CFA. Le paludisme grave avec gratuité est estimé à 1858 f CFA contre 5369 f CFA le non gratuit, soit une différence de 3511 f CFA.

Par contre, l'impact de la politique de gratuité sur le coût moyen des ordonnances sur la même période est faible.

○ Au centre rural

Période	Palu simple sans gratuité		Palu simple avec gratuité		Palu compliqué sans gratuité		Palu compliqué avec gratuité	
	Nombre de cas	Coût moyen	Nombre de cas	Coût moyen	Nombre de cas	Coût moyen	Nombre de cas	Coût moyen
Janvier 2010	191	3869 FCFA	38	1947 FCFA	47	8606 FCFA	0	0f
Juillet 2010	191	4206 FCFA	107	3767 FCFA	47	9188 FCFA	12	7370 FCFA
Coût moyen 2010	382	4038 FCFA	145	2857 FCFA	94	8897 FCFA	12	7370 FCFA

Source : ordonnances du CSCOM

Tableau n°10 : Coût traitement palu avec ou sans gratuité au centre rural

On constate que:

- Le coût moyen de l'ordonnance du paludisme simple sans gratuité fait 4038f CFA contre 2 857 f CFA pour le gratuit donc une différence de 1181.
- Celui du paludisme grave sans gratuité est de 8897 f CFA contre 7370 f CFA au paludisme grave avec gratuité, donc une différence de 1527 f CFA.

En somme, l'impact de la gratuité sur le coût des ordonnances est perceptible dans les deux centres. Mais bien que réel, il est diversement perçu par les usagers. Si certains expriment ouvertement leur satisfaction par des remerciements aux soignants, d'autres, au contraire ne cachent pas leurs insatisfactions malgré l'annonce de la gratuité. Ils développent la théorie du complot par l'ASACO qui ferait semblant d'appliquer la gratuité.

III.7. PERCEPTION DE LA GRATUITE CHEZ LE PERSONNEL SANITAIRE, LES SOIGNANTS, ASACO ET USAGERS

Largement opposés à la politique de gratuité du paludisme, le personnel sanitaire et les ASACO des deux CSCOM sont tous inquiets des conséquences sur le système de recouvrement des coûts en vigueur.

Ainsi, pour le personnel sanitaire la gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de 0-5 ans et les femmes enceintes est susceptible d'améliorer la qualité de la prise en charge du paludisme et l'accès aux soins mais ils craignent qu'elle ne détruise le système de recouvrement en privant les centres des intrants du traitement du paludisme qui constitue une part importante de recettes de la vente des médicaments. Quant aux ASACO, elles sont unanimes que la gratuité du paludisme peut favoriser l'accès aux soins pour nombre d'utilisateurs mais craignent également ses conséquences négatives sur les recettes de la vente des médicaments dans les centres.

Cependant le personnel du centre urbain est plus apte à exprimer son opposition à la gratuité du paludisme que celui du centre rural qui tente de dissimuler sa perception négative. Globalement le personnel sanitaire évoque deux arguments pour justifier son opposition à cette politique.

7.1. Les ASACO et agents des centres : La gratuité comme facteur de décapitalisation des caisses des CSCOM

La crainte de la baisse des recettes de vente des médicaments au niveau du centre est très présente chez le personnel des deux centres. Pour eux, le paludisme constitue la poche importante de recettes des CSCOM, alors le fait de rendre gratuit son traitement pour une partie importante des utilisateurs, les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes, constitue un facteur de décapitalisation des recettes du centre. A cause de la crainte de déstabilisation de l'équilibre précaire de gestion du centre, le personnel juge impertinent la forme de gratuité imposée par l'État et la rejette vigoureusement *«Bon! On a dit aux gens de l'ASACO, ils ont dit que l'État a dit aux ASACO de se prendre en charge, et ce même État trouve des moyens pour détruire les sources de revenu des ASACO !»* (A14).

La métaphore suivante reflète davantage la perception des agents de santé de ce centre sur la gratuité du paludisme, *«L'État a mis un système en place, et après, vient avec un nouveau système pour le détruire. La situation est comparable au rapport entre deux commerçants céréaliers : un grossiste et un détaillant. Le grossiste approvisionne le détaillant sous prétexte de l'aider à mieux se développer sur un marché bien déterminé et ensuite il vient l'inonder*

avec des quantités importantes de céréales gratuits sur ce marché à un prix défiant toute conséquence. Cette métaphore correspond bien au jeu du gouvernement avec les ASACO. Les CSCOM ont été confiés aux ASACO avec des missions : garantir l'accès des plus pauvres à travers le recouvrement, mais l'État est venu inonder les CSCOM avec cette histoire de gratuité»(A14).

Cet autre propos souligne la crainte de la décapitalisation «Le volume des patients, quand on sait qu'il y a beaucoup de palu là dans les enfants surtout et que toute cette chaîne là c'est gratuit.... Tu sais que dans un CSCOM l'avoir c'est au niveau de la pharmacie. Les tickets ne peuvent pas constituer une somme potentielle pour faire fonctionner le centre, et faire face à d'autres dépenses...Moi, je ne sais pas comment on voudrait aider ces associations là à se prendre en charge avec la gratuité... La gratuité pose problème(A12).

«En tout cas, la gratuité ça va enterrer les CSCOM ça, je vous le dis ils n'ont même pas pensé au fait que c'est le palu qui est la maladie la plus répandue, si on fait la gratuité sur ces médicaments, je ne vois pas comment le CSCOM va marcher.»(A11).

- La politique de gratuité comme facteur d'encouragement à la fainéantise

Dans les deux centres, le personnel sanitaire perçoit le principe de gratuité comme un encouragement des usagers à la fainéantise, d'où cette métaphore «Si tu habitues ta femme au fraîchement cuit, sans jamais l'apprendre à travailler, elle finira ne plus bien gérer les économies du ménage. Il en est de même avec cette politique de gratuité du paludisme qui non seulement est chère, coûteuse mais aussi contribuera à rendre paresseuses les populations. Je suis pour la diminution du coût des soins, même s'il faut exiger par usager un centime, il faut que les gens y contribuent. Il faut habituer la population à mettre la main dans la poche »(P013).

Les ASCO désapprouvent également le principe de la gratuité et propose la réduction du coût des médicaments de sorte que le centre puisse les vendre aux usagers tout en réalisant des gains. Elles proposent le paiement d'un franc symbolique par les usagers d'où cette proposition « Il y a le gratuit dans gratuit, en ce sens que la chose qu'on vend à 1 250f par exemple, a été achetée mais c'est une autre forme d'attribution gratuite, car son prix normal c'est 2 500f CFA, et alors qu'elle a été cédée à 1 250f à l'acquéreur. Les autres 1250f, le bénéficiaire pourra les utiliser pour d'autres besoins.»(A25).

La position du district : une opposition larvée à la politique de gratuité du paludisme

Au niveau district, l'opposition à cette politique est élevée mais dissimulée. La politique de gratuité est largement perçue comme un blocage, voire une stratégie de destruction des acquis du système de recouvrement des coûts en vigueur depuis 24 ans. Mais les fonctionnaires évitent de manifester publiquement leur opposition par peur des conséquences d'une telle prise de position devant une décision présidentielle. Mais, dès que l'occasion s'y prête les fonctionnaires de l'équipe cadre ne manquent pas de dévoiler leur mécontentement *«Qu'ils arrêtent cette gratuité ! Tu sais on ne peut pas vouloir une chose et son contraire. Les CSCOM fonctionnent selon le principe de recouvrement, tu ne peux pas dire à des gens de gérer et mettre en place un système qui concurrence cela. Tu ne peux pas mettre en place un système et amener un autre qui vient le détruire et s'attendre que ça marche bien. La gratuité concurrence les centres. Le palu, c'est 80% des activités des CSCOM, en rendant tout cela gratuit, tous ces médicaments cela va jouer sur les ventes de médicaments. Si la gratuité du paludisme fonctionne véritablement, les centres vont chuter, ils ne pourront pas survivre avec 20% ventes de médicaments»*(EC32).

La même idée est reprise par cet agent de l'équipe cadre *qui se montre plus discret* *«Ne vois-tu pas que des gens (DTC) mettent du temps pour venir enlever leur dotation, il n'y aura pas une bonne gestion de la gratuité à ce rythme... Ce n'est pas facile à dire »*(EC36).

En somme, le personnel sanitaire et les services techniques ne veulent pas de cette politique même s'ils se gardent de le manifester ouvertement à cause des conséquences d'une telle prise de position. Et finalement, certains agents semblent se féliciter des dysfonctionnements actuels de la politique de gratuité mais regrettent leurs témoignages, d'où les tentatives de censure de nos recherches *«Toi aussi, il ne faut pas être trop dur avec les gens. Il faut peser sur les mots quand tu rédiges, tu sais on est au Mali, rien ne marche comme ça se doit »*(EC34).

7.2 Les usagers

Le principe de la gratuité ne dérange pas les usagers qui s'estiment pauvres. La gratuité est perçue comme une manifestation de la solidarité gouvernementale à des citoyens. Cependant nous notons une ambiguïté dans l'expression de leur sentiment face à la gratuité perçue dans les centres. Ainsi, des bénéficiaires ou accompagnants expriment ouvertement leur joie et ou adressent des remerciements aux soignants et souvent au gouvernement chaque fois qu'ils sont informés d'avoir bénéficié de gratuité quelle que soit la quantité reçue, d'où la reconnaissance faite aux soignants *«Au lieu d'honorer le propriétaire d'un troupeau de bovin*

parce que son troupeau est luisant, vaut mieux féliciter le berger qui l'a fait paître. Je vous remercie par ce que sans vous le gouvernement ne nous atteindrait ou si vous vouliez ces médicaments gratuits ne nous atteindraient pas »(U25). Au même que certains usagers repartent des centres sans mots dire avec la ferme conviction d'avoir payé la totalité du traitement. La surprise de ces bénéficiaires est totale lorsque nous leur montrons, à la faveur des interviews, les médicaments dans leur panier pour lesquels ils n'ont effectivement déboursé aucun centime «Si on ne nous explique pas les choses, on se dit qu'on a acheté tout les médicaments. Maintenant que tu viens de m'expliquer ça je dirais que les agents de santé m'ont donné des médicaments gratuitement.»(U12).

III.8. LES RESPONSABILITE DES ACTEURS DES DANS CETTE « APPARENCE DE GRATUITE »

Certes la politique de gratuité prévoit déjà une gratuité partielle à travers uniquement la gratuité des antipaludéens spécifiques (CTA et les composants du kit) pour les bénéficiaires mais cela ne saurait expliquer cette apparence de gratuité dans les centres. Les causes de cette situation sont assez diluées dans l'interdépendance des acteurs du niveau opérationnel et du niveau central. D'où, notre analyse des responsabilités des acteurs impliqués dans la mise en œuvre de la politique de gratuité à la base.

III.8.1. Les directeurs des centres

- *Une démission de la plupart des directeurs des centres dans la production de rapports PEC.*

Peu de directeurs de centre font un rapportage régulier et prompt du rapport PEC dont le rôle est pourtant fondamental dans l'évaluation des besoins du district en médicaments gratuits. Pour expliquer leur comportement les intéressés évoquent facilement la surcharge de travail ou le manque de pertinence de cet outil de planification dans les besoins de centre.

Malgré, ce constat d'indiscipline ou le laisser-aller de la part des directeurs, l'équipe cadre de district se garde de sanctionner les récalcitrants, et ne reconnaît pas sa part de responsabilité dans les ruptures récurrentes.

III.8.2. L'équipe cadre de district

- *L'équipe cadre entre impuissance et complicité passive*

Face au refus des directeurs des centres à fournir les rapports PEC au Point Focal paludisme, les autorités locales se voilent la face et refusent de prendre des mesures visant à contraindre les récalcitrants *«Puisque la gratuité est un problème politique, à qui peut-on refuser de donner ces médicaments [...] Ces chefs de postes ont la « gueule », il ne faut pas qu'ils racontent du n'importe quoi»*(EC34).

«En 2011, j'ai effectué une mission de supervision dans quelques centres, franchement la situation est chaotique dans certains centres. Honnêtement je n'ai plus envie de sortir sur le terrain à partir de cette supervision, parce que, ce qu'il faut pour certains DTC, c'est la chicotte ou barrer carrément leur nom de la liste du personnel sanitaire. Même les fiches des médicaments que les centres vendent, certains (chefs de poste) ne les remplissent que s'ils apprennent qu'il y a une supervision en route. Dès qu'ils apprennent qu'une supervision pointe, ils remplissent à la sauvette quelques rapports, fiches de stock. D'autres ne le font même pas du tout... »(EC33).

Alors elles dissimulent leurs responsabilités et justifient largement les dysfonctionnements de la politique de gratuité par celles des réformes antérieures : la décentralisation sanitaire et administrative.

«Avec la décentralisation, l'état du système de santé ira de mal en pire. Désormais, on nous (service technique) dit que notre rôle auprès des CSCOM c'est l'appui conseil et que nous devons seulement informer les autorités locales (CC, ASACO). Mais nous savons que celles-ci sont impuissantes. Leur souci d'être réélu fait qu'elles laissent tout passer. La réélection est leur souci majeur »(EC33).

Ainsi, au nom de l'imbrication des espaces politiques locaux et national, dans un contexte d'impunité générale au sommet de l'État, les membres de l'équipe cadre de district et de la DRS semblent écarté toute idée de sanction des récalcitrants dans le suivi et le rapportage concernant la gestion des intrants gratuits.

D'où, le constat de la fureur des responsables du district à l'idée de sanctionner de récalcitrants *«Sanctionner ? Non si je ne veux pas qu'on me tape dessus moi aussi. Je ne dois pas sanctionner pour non envoi de rapport palu. La gratuité est politique, si tu cesses par exemple d'approvisionner un centre, les hommes politiques vont s'en saisir. u ba ke togo gninin ya ye. En d'autre terme, les hommes politiques en feront une de regain de renommé. Même s'ils savent que le DTC du centre sanctionné en est le fautif ; alors gare à nous si cet homme politique parvient à résoudre, débloquent la question il utilisera ce fait pour un argument de campagne, de sa réélection »(EC31).* Ou *«En sanctionnant un centre pour retard ou non envoi des rapports paludisme, c'est nous-mêmes qui risquons de nous faire taper dur.... Parce que les populations du centre à qui nous aurons refusé le stock parce que leur DTC n'a pas envoyé son rapport vont réagir. Cette population a peut-être un représentant à Bamako ou un ressortissant qui est capable d'appeler Koulouba, le ministre etc. Alors au lieu ce soit le DTC récalcitrant qui soit sanctionné, ce serait moi. C'est le Mali, il faut faire attention»(EC31).*

III.8.3. Les Responsabilités du niveau central :

Le niveau central est loin d'être tout blanc dans les causes des ruptures des intrants gratuits dans les centres. Sa mollesse est perceptible sur le terrain à travers ses encouragements à la sensibilisation des récalcitrants au lieu des sanctions. *«Ces équipes étaient arrivées de Bamako, au 2^e jour de notre réunion trimestrielle (équipe cadre du district avec les chefs de postes)... C'est lors de cette réunion que nous avons voulu conditionner l'approvisionnement*

des centres à l'envoi de rapports et finalement cette équipe (PNLP) nous a conseillé de passer d'abord à la sensibilisation »(EC31).

Par cette attitude le niveau central dissimule ses propres problèmes qui ont trait aux difficultés de la planification et à la maîtrise des besoins nationaux.

Par ailleurs, il faut noter la méfiance des ASACO, des soignants et des services techniques sur l'opportunité de cette politique de gratuité. Ils ont développé des stratégies visant à limiter l'impact de la gratuité sur le recouvrement des coûts en vigueur dans les centres. Globalement tous ces acteurs du niveau opérationnel défendent avec véhémence leurs pratiques.

Conclusion partielle

La politique s'est fixée comme but la levée de la barrière financière afin de permettre l'accès des enfants de 0 à cinq ans et les femmes au traitement du paludisme. Cependant l'application actuelle de la gratuité montre que ce but est loin d'être atteint à cause des dysfonctionnements comme la récurrence et la sévérité des ruptures des intrants dans les centres, l'incomplétude des kits du paludisme grave, la remise en cause de l'efficacité des tests de diagnostic rapide (TDR), la sous information des usagers, l'inefficacité des supervisions et la faiblesse du rapportage.

Malgré l'effectivité de la gratuité, le coût du traitement complémentaire du paludisme à la charge des usagers de la cible demeure non négligeable (Cf. tableaux : 10 &11) et le retour systématique au paiement en période de rupture des intrants gratuits n'arrange pas non plus la situation.

Au regard de ces éléments, il est nécessaire de mesurer l'impact de la politique de gratuité sur le fonctionnement des deux CSCOM notamment sur les recettes de la tarification et de vente des médicaments ainsi que sur le taux de consultation.

QUATRIEME PARTIE :
CONSEQUENCES DE L'APPLICATION ACTUELLE DE LA
GRATUITE DANS LES CSCOM

IV. IMPACT SUR LES FINANCES DES ASACO

L'impression de décapitalisation des finances chez le personnel sanitaire s'estompe progressivement avec la récurrence des ruptures des intrants. L'évidence d'une gratuité partielle et irrégulière a contribué à la banalisation, chez les ASACO, de son impact sur leur viabilité financière et suscite un doute sur la capacité de l'État à la pérenniser avec le temps.

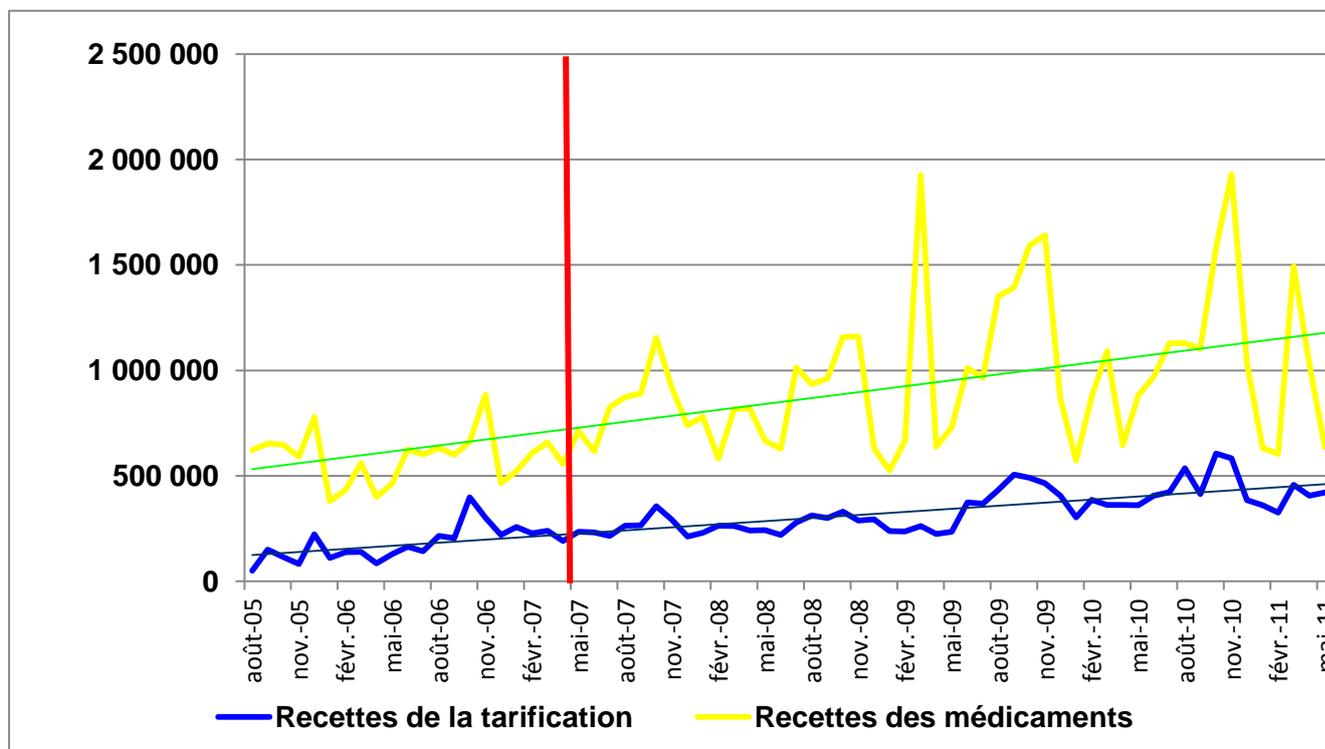
Au centre urbain, si les ASACO n'ont pas envisagé de solutions à la décapitalisation supposée de leur caisse, le Coges du centre rural, à travers son DTC, a initié des stratégies visant à juguler une probable réduction des recettes de ventes de médicaments. Elle a sollicité un partenaire pour l'acquisition d'un échographe et un véhicule pour la référence-évacuation. Les deux initiatives sont bien en marche, le partenaire du centre lui a fait don d'un échographe, et l'ASACO a acheté une ambulance sur fonds propre en 2012.

V.1. IMPACT REEL SUR LES FINANCES DE L'ASACO

Au-delà des discours annonçant la décapitalisation imminente des recettes des ASACO due à l'impact de la politique nous avons pu mesurer l'impact réel de l'application actuelle de la gratuité sur les recettes de la tarification et de la vente des médicaments génériques dans les deux centres. Notre observation porte sur une période de deux ans avant la gratuité et 4 ans après la gratuité.

IV.2. EVOLUTION MENSUELLE DES RECETTES DE LA TARIFICATION ET DES MEG

- Centre urbain, le graphique ci-dessous décrit la situation.



Source : cahiers des recettes de tarification et de vente des MEG du CSCOM

Graphique n°1 : Evolution mensuelle des recettes de la tarification et de vente des MEG (centre urbain)

Nous pouvons faire les constats suivants :

- Les deux courbes des recettes de la tarification et de la vente des médicaments génériques sont stables sur les deux années précédant l'implantation de la gratuité. Les facteurs qui contribuent à cette stabilité sont : l'ouverture récente du CSCOM en 2005 (centre peu connu), seulement deux ans avant le début de la gratuité et le changement successif de directeurs du centre pour des raisons de mauvaise gestion (recouvrement des frais de consultation par les soignant, dispersion des caisses entre maternité et dispensaire), l'absentéisme de la sage-femme maitresse de l'époque.
- Après la mise en œuvre de la gratuité, on note une tendance générale à la hausse des deux courbes avec des pics correspondant aux périodes de pics saisonniers du paludisme (juillet août septembre). Ces pics des recettes de la tarification correspondent aux vacances scolaires, périodes de suspension de l'exemption de

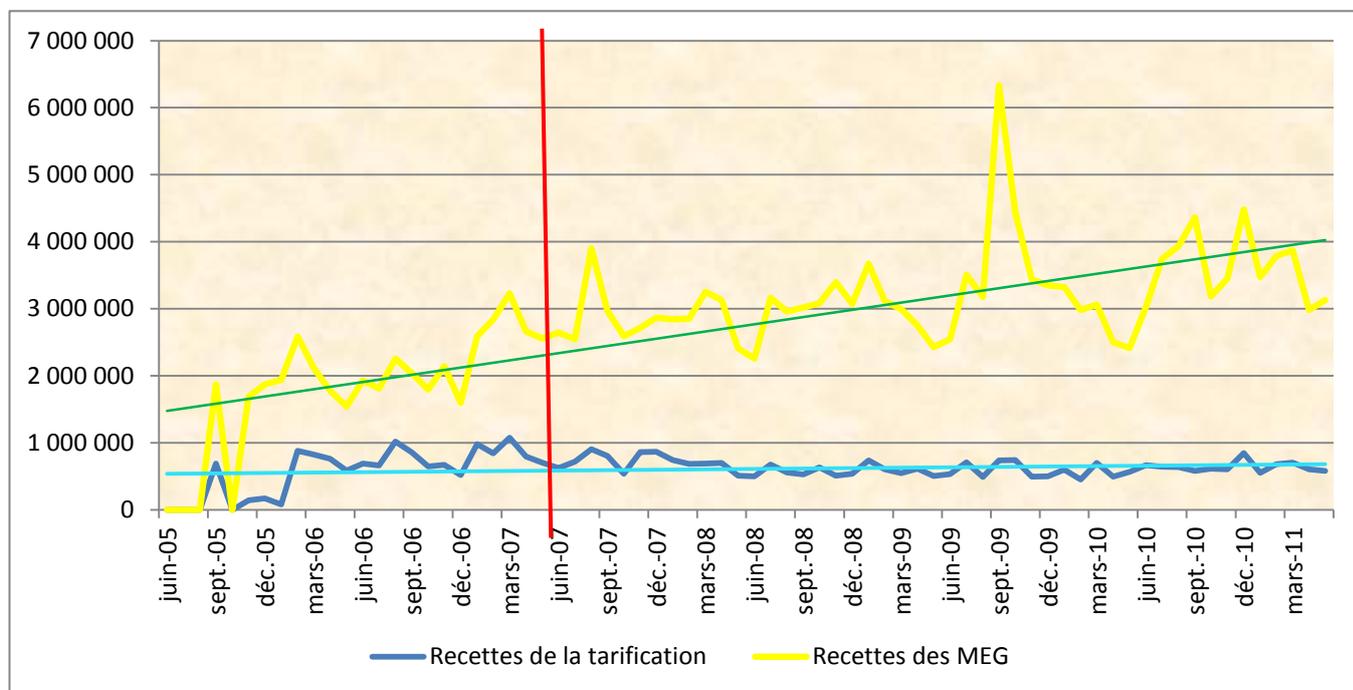
paiement de la consultation pour les scolaires. Cette suspension ne semble pas avoir une répercussion sur les recettes de la tarification.

- Au niveau des recettes de la vente de médicaments génériques, on note des pics démesurés dont l'ASACO peine à justifier.
- L'analyse des deux droites de tendances montre que l'évolution des recettes de la tarification semble légèrement parallèle à celle de la vente de médicaments dans ce centre. Ce qui ne semble pas logique si on sait que les initiateurs de cette politique fondaient l'espoir qu'elle entraîne l'affluence dans les centres avec effets immédiats de l'augmentation des recettes.

Donc, les hypothèses d'une affluence des usagers au centre et l'hypothèse de la décapitalisation de la caisse sous les effets de l'implantation de la gratuité du traitement du paludisme chez les enfants de 0 à 5 ans ne sont pas vérifiées dans ce CSCOM urbain.

- Centre rural

Bien que très similaire à celle du CSCOM urbain, la situation centre rural comporte des particularités, si on se réfère au graphique ci-dessous.



Source : cahiers des recettes de tarification et de vente des MEG du CSCOM

Graphique n° 2 : Evolution mensuelle des recettes de la tarification et de vente des MEG (centre rural)

Nous tirons les constats suivants :

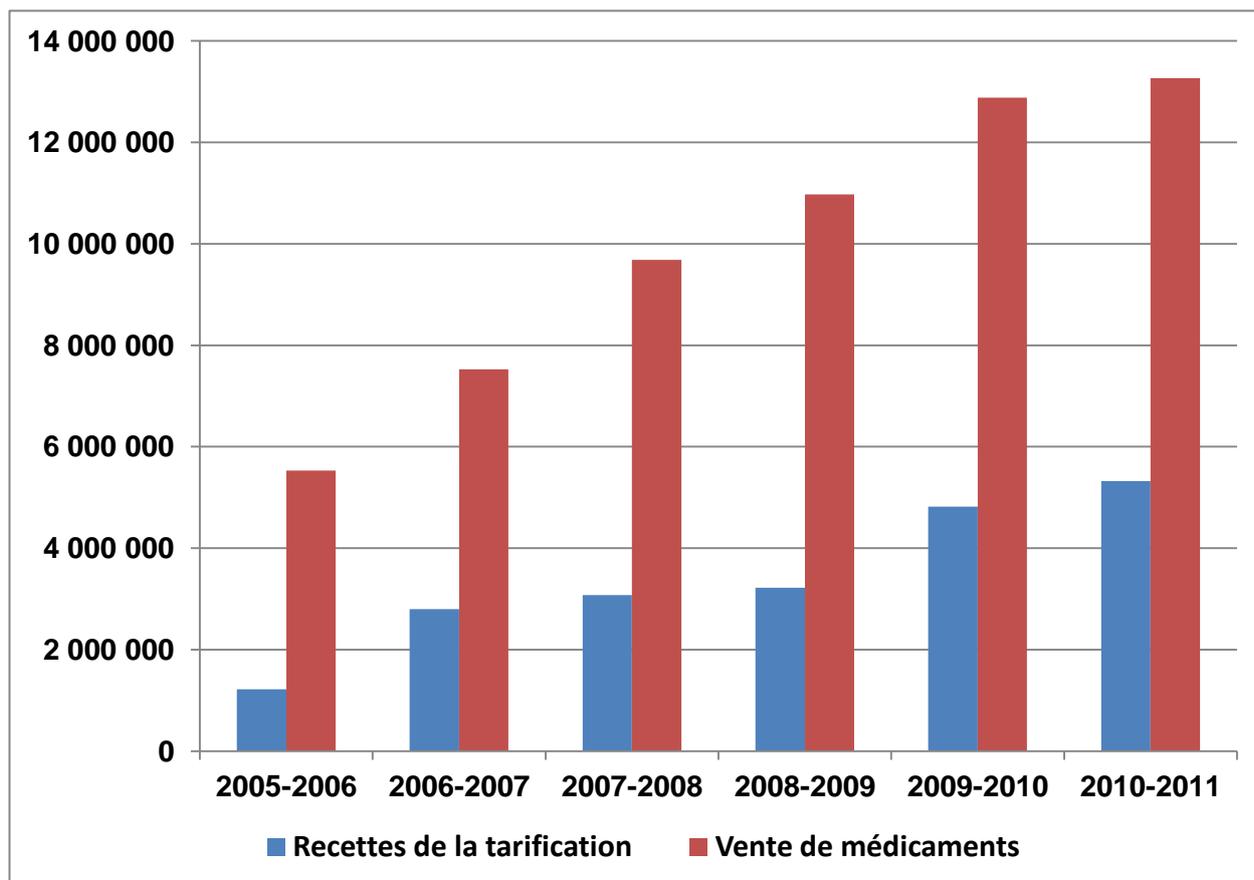
Durant les deux années précédant la gratuité, les courbes des recettes de la tarification et de la vente des médicaments génériques évoluent au même rythme. Après la gratuité, c'est-à-dire partir de 2007, la courbe des recettes de vente des médicaments génériques s'envole, pendant que celle de la tarification reste stationnaire et a tendance à baisser.

L'implantation de gratuité du traitement du paludisme en faveur des femmes enceintes et des enfants de 0 à 5 ans n'a donc pas entraîné, comme prévu, la croissance des recettes de la tarification dans aucun des deux CSCOM observés. Par contre, nous constatons une croissance soutenue des recettes de ventes des médicaments génériques dans les deux cas.

En somme, la gratuité n'a pas eu d'impact sur les recettes de la tarification dans les deux CSCOM. Cependant, contre toute attente, nous constatons la hausse des recettes de ventes des médicaments génériques.

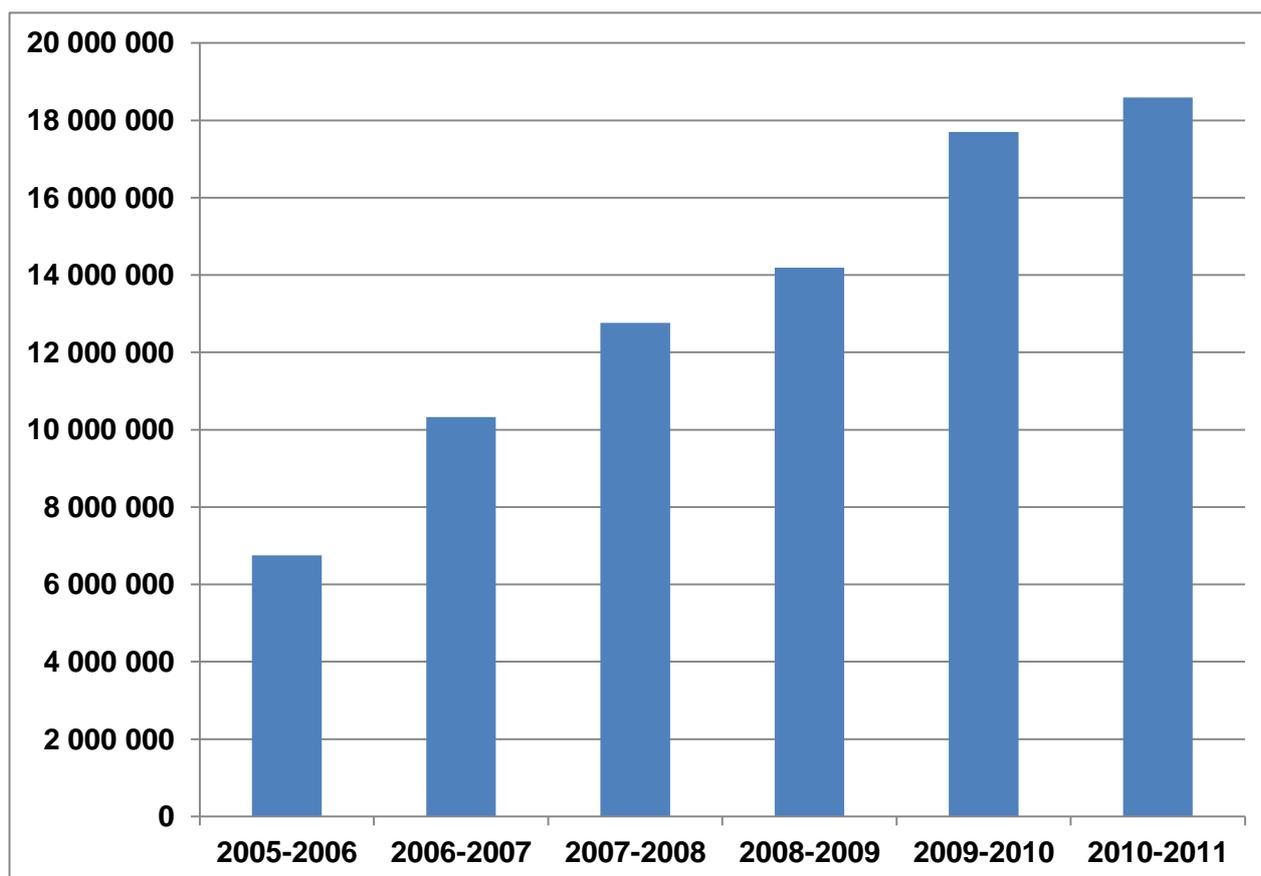
IV.3 EVOLUTION ANNUELLE DES RECETTES DE LA TARIFICATION ET DES MEG

- Le cas du CSCOM urbain



Source : Source : cahiers des recettes de tarification et de vente des MEG du CSCOM

Graphique n°3 : Evolution annuelle des recettes de la tarification et de la vente des MEG (centre urbain)



Source : cahiers des recettes de tarification et de vente des MEG du CSCOM

Graphique n°4: Evolution annuelle des recettes totales (centre urbain)

Moyenne annuelle des recettes de tarification et de vente des MEG (CSCOM urbain)

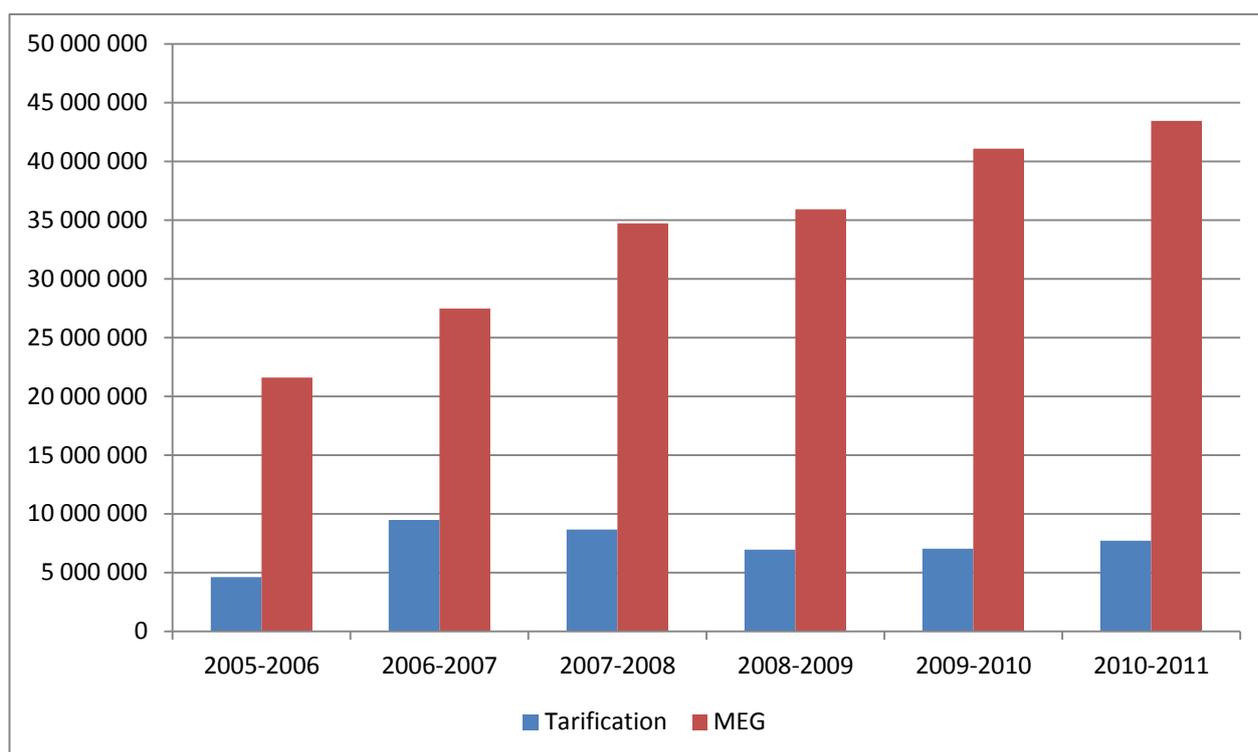
	Tarification	MEG
AVANT LA GRATUITE		
Total	4 019 150	13 059 092
Moy annuelle	2 009 575	6 529 546
APRES LA GRATUITE		
Total	16 439 564	46 804 190
Moy annuelle	4 109 891	11 701 048

Source : cahiers des recettes de tarification et de vente des MEG du CSCOM

Tableau n°11: recette moyenne annuelle de la tarification et de la vente de MEG (CSCOM urbain)

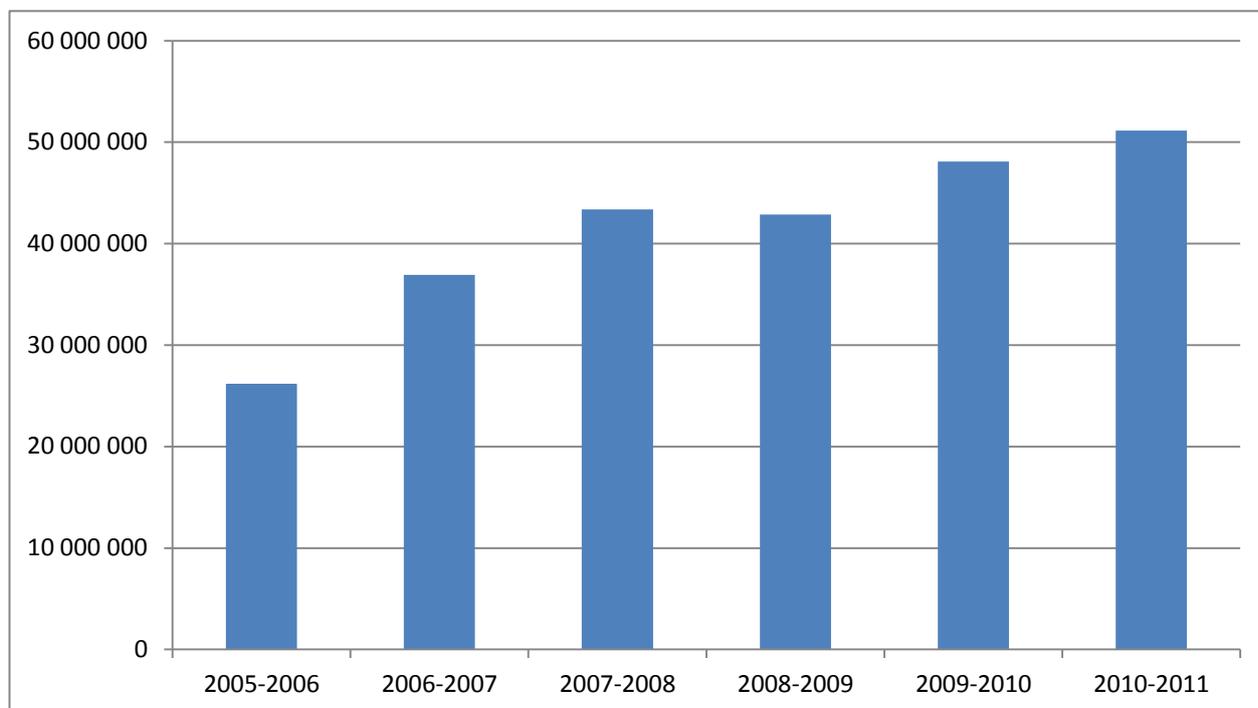
Nous constatons qu'avant la gratuité, la moyenne annuelle de la tarification qui était de 2 009 575 F CFA a presque doublé pour atteindre 4 109 891F CFA, ce qui est positif. La même situation de hausse des recettes s'observe au niveau de vente de MEG.

- Au centre rural, la situation est très différente comme on peut le constater sur les figures suivantes



Source : cahiers des recettes de tarification et de vente des MEG du CSCOM

Graphique n°5 : Evolution annuelle des recettes de la tarification et des MEG (Centre rural)



Source : cahiers des recettes de tarification et de vente des MEG du CSCOM

Graphique n°6 : Evolution annuelle des recettes totales (centre rural)

Commentaire : On constate une baisse des recettes pendant les deux premières années du démarrage de la gratuité. Après les recettes connaissent une nouvelle croissance.

Moyenne annuelle des recettes de tarification et de vente des MEG (centre rural)

	Tarification	MEG
AVANT LA GRATUITE		
Total	14 774 900	50 924 398
Moy annuelle	7 387 450	25 462 199
APRES LA GRATUITE		
Total	30 321 620	155 137 498
Moy annuelle	7 580 405	38 784 375

Tableau n°12 : Moyenne annuelle des recettes de tarification et de vente des MEG (centre rural)

Nous constatons que la moyenne annuelle des recettes de la tarification stagne en passant de 7 387 450 f CFA avant la gratuité à 7 580 405 f CFA. En même temps, les recettes de la vente des MEG connaissent une croissance en passant de 25 462 199 F CFA avant la gratuité à 38 784 375 F CFA après son implantation.

Globalement, la gratuité n'a pas entraîné une augmentation des recettes de la tarification dans ce centre. Elle n'a pas non plus occasionné une baisse des recettes de ventes de médicaments génériques qui sont en croissance avant l'introduction de la gratuité. Cela donne une impression bizarre sur l'effectivité de l'application de la gratuité dans ce centre.

En somme, si la gratuité a entraîné une croissance légère de la recette de la tarification dans le CSCOM urbain, cette recette stagne au niveau du centre rural. Mais de toute évidence, dans les deux centres de santé, les recettes de la vente des médicaments génériques sont en croissance malgré la mise en œuvre gratuité.

IV.4. IMPACT SUR LA FREQUENTATION DES SERVICES PAR LES POPULATIONS

Les deux centres connaissent une hausse des taux d'utilisation après la gratuité. Cependant, il est difficile d'attribuer cette hausse aux effets de la gratuité.

- Le tableau ci-dessous décrit la situation du CSCOM urbain

	population	<5 ans	Taux	>5 ans	Taux	Total	NC/an//Hbts
2005	15 846	151	0,05	278	0,02	429	0,03
2006	16 290	102	0,03	245	0,02	347	0,02
2007	14 164	1 855	0,77			5 517	0,39
2008	14 560	2 319	0,94			7 019	0,48
2009	14 968	1 185	0,47			3 601	0,24
2010	14 968	1 185	0,47			3 601	0,24

Source : SILS, Sikasso

Tableau n°13 : Taux des consultations curatives entre 2005-2010 au centre urbain

On observe, qu'après la gratuité, le taux de consultation curative chez les enfants de moins de 5 ans est passé de 0,77 à 0,94, puis a chuté à 0,47 sur les deux dernières années 2009 et 2010. D'autres facteurs comme le renforcement du personnel en nombre et qualité à partir de 2007 (l'affectation du chef de poste actuel le 02 mai 2006 puis de deux infirmières obstétriciennes, d'une technicienne supérieure et deux sages-femmes) ont du contribuer à l'amélioration de ces taux.

- Au niveau du centre rural, on constate également la croissance du taux des consultations curatives avec la gratuité.

	Population	<5 ans	Taux <5 ans	>5 ans	Taux	Total	NC/an//Hbts
2005	19 296	1870	0,54	3510	0,22	5380	0,28
2006	19 836	319	0,09	1013	0,06	1332	0,07
2007	12 089	1 469	0,72			5 704	0,47
2008	12 427	1 370	0,65			4 925	0,40
2009	12 775	412	0,19			1 471	0,12
2010	12 775	412	0,19			1 471	0,12

Source : SLIS, Sikasso

Tableau n°14 Tableau des consultations curatives entre 2005 à 2010 au centre rural

Nous pouvons faire le constat suivant : les taux de consultations curatives sont instables depuis l'avènement de la gratuité dans ce centre en 2007. Chez les enfants de moins de 5 ans (cf : 4^{ème} colonne du tableau), le taux des consultations curatives pour cette catégorie a connu une hausse importante en passant de 0,09 à 72 en 2007 puis à amorcer une baisse en passant à 0,65 ; ensuite est retombé à 0,19 en 2009 et 2010. Cette situation s'observe également au niveau du taux des nouvelles consultations curatives par habitant qui est passé de 0,07 à 0,47 en 2007 puis stagne entre 2009 et 2010 à 0,12.

IV.5 IMPACT SUR L'AVENIR DE LA POLITIQUE

Le scepticisme se développe de plus en plus chez les soignants et une partie des usagers sur les perspectives de la gratuité du paludisme. La récurrence des ruptures et la faible quantité des intrants gratuits font que le personnel sanitaire doute de la pérennité de la politique, d'où la récurrence des propos de désenchantement *«Est ce que ni ko be nan taga ηε ? Autrement dit, cette affaire est-elle pérenne ? On ne peut pas maîtriser le paludisme en Afrique, il faut apporter le stock d'intrants nécessaire, sans quoi, aujourd'hui tu as x (10) cas de paludisme et demain tu auras 30 cas. Donc c'est difficile de maîtriser les consommations. Le paludisme c'est la pathologie dominante en Afrique [...]. Tout ce que je sais, c'est que même si tu amènes des cargos de médicaments gratuits, ça ne serait jamais suffisant parce que, tu leur distribueras ce stock, malgré tout certains prétendront qu'il en reste.... Tu leurs distribues le stock, mais après tu ne peux décider de la gestion qu'ils en feront»*(EC34).

Les autorités sanitaires locales sont également très septiques quant à l'avenir de cette politique à cause de la pesanteur des pratiques immorales des soignants à la base, d'où cette confiance. On assiste à la détérioration de la relation entre les soignants et l'équipe de district à cause des soupçons de mauvaise gestion. Dans cet espace conflictuel, certains agents de l'encadrement se considèrent, de par les positions, comme des victimes d'une politique qui n'a pas les moyens de sa politique. Toutefois, ils n'entendent plus dissimuler leur désarroi comme l'illustre ce propos *«Pour tout te dire, la gratuité fait trop chier. Je l'ai dit lors d'un staff de service. Je dis, je ne veux pas qu'on m'emmerde pendant que tout est lié à l'insuffisance de stock. Disons le clairement, le stock mis à notre disposition est toujours insuffisant, alors comment veulent-ils que je dispose d'un stock que le niveau supérieur ne nous a pas envoyé. Je suis désolé, la gratuité j'en ai marre. Qu'on arrête la gratuité c'est mieux.»*(EC37).

CONCLUSION GENERALE

Dans les parties précédentes de ce texte, nous avons décrit le fonctionnement ordinaire des CSCOM dans le contexte du système du recouvrement des coûts, l'actualité de la mise en œuvre de la politique de gratuité du paludisme dans ces deux CSCOM et procédé à l'analyse de ses effets sur les centres. Ces descriptions ont révélé des pratiques spécifiques chez les acteurs engagés dans la gestion quotidienne des CSCOM et dans la mise en œuvre de la politique de gratuité.

Il ressort que les actions de certains acteurs impliqués dans la politique ont conduit à des dysfonctionnements importants qui ont négativement influencé sa mise en œuvre et ses effets de la politique dans nos deux CSCOM.

En outre et contre toutes attentes, il n'y a pas eu décapitalisation des recettes des ASACO et les taux de consultation n'ont pas connu de hausse significative. Pour expliquer ce paradoxe, il est impératif de dresser la typologie des pratiques observées les différents groupes stratégiques et selon les différentes étapes de la mise en œuvre. Il apparaît ainsi cinq types de pratiques :

Les pratiques liées à la délivrance des soins gratuits : Ces pratiques ont trait aux attitudes des soignants des deux CSCOM dans la délivrance des soins gratuits, en ce qui concerne l'identification des cibles et la prescription des médicaments gratuits aux bénéficiaires. Le ciblage des bénéficiaires est fondé sur les dires des accompagnants et au faible recours de confirmation biologique des diagnostics cliniques. Des « oublis » de prescription de la gratuité à la cible sont fréquents du fait probablement de la sous information des usagers des deux centres de santé;

Les pratiques liées à l'évaluation des besoins des centres en médicaments gratuits : Ces pratiques ont trait aux attitudes des membres de l'équipe cadre de district et des acteurs du niveau central (DNS, PNLP et DPM) dans la mise des intrants à la disposition des aires de santé du district. Il s'agit de l'évaluation des besoins des districts en intrants gratuits selon des règles imprécises, tantôt sur la base des rapports PEC, tantôt en fonction de la disponibilité des intrants au niveau central.

Les pratiques liées à la gestion des ruptures : elles évoquent les attitudes des soignants dans la gestion des ruptures totale ou partielle des médicaments gratuits ou l'absence de composant du kit du paludisme. Il s'agit du retour systématique au paiement par les usagers des

médicaments privés du centre ou de la délivrance d'ordonnances externes ; du recours souvent à la monothérapie et des initiatives d'adaptation des CTA ado aux enfants de moins de 5 ans.

Les pratiques de suivi interne aux centres : Il s'agit des attitudes des soignants et des membres des ASACO dans la gestion des intrants gratuits, du remplissage des supports de gestion des gratuits et du rapportage des données des CSCOM vers le district sanitaire. Ici, il s'agit de l'ignorance volontaire des médicaments gratuits dans les inventaires mensuels ; de l'exclusion des membres communautaire des cérémonies de réception des intrants gratuits ; du rapportage tardif et irrégulier des rapports PEC par les DTC vers le district; de la lassitude des DTC et gérants dans le remplissage des supports de gestion de la gratuité

Les pratiques de supervisions de la gratuité : il s'agit des attitudes des superviseurs (membre de l'équipe cadre, de la DRS et du niveau central) sur le terrain et par rapport au suivi des recommandations assorties des supervisions.

Cependant, une simple description des pratiques ne permet pas de saisir leur sens profond, donc de comprendre les résultats de notre étude. Pour y parvenir, nous avons procédé à l'analyse stratégique du sens profond des pratiques identifiées. Ainsi, en considérant, la mise en œuvre de la politique de gratuité comme un jeu¹⁷ (dans le sens dont les principaux acteurs sont les soignants, les usagers, les ASACO, les membres de l'équipe cadre de district et de la DRS et les acteurs du niveau central (DNS, PNLP, DPM), on peut mieux comprendre les résultats de notre étude. Partant de là, faisons le postulat selon lequel « *tout système d'action se constitue à travers des relations de pouvoir entre des acteurs cherchant à contrôler les zones d'incertitudes pertinentes par rapport aux problèmes à résoudre* » (Crozier et Friedberg, 1977 :453), et admettons également que dans la poursuite de leurs stratégies, les acteurs utilisent ces zones d'incertitudes. Au regard de la description du fonctionnement ordinaire et de la mise en œuvre concrète de la gratuité dans les deux CSCOM, retenons comme zones d'incertitude pertinentes :

- La confirmation du diagnostic
- Le ciblage des bénéficiaires
- L'évaluation des besoins des CSCOM et des districts en intrants gratuits
- La gestion des ruptures des intrants gratuits dans les centres
- Les supervisions dans les centres et la mise en œuvre des recommandations.

¹⁷ Le sens que Crozier donne à ce mode

Cela permet de poser les interrogations suivantes : S'agissant de la mise en œuvre de la politique de gratuité du paludisme dans les deux CSCOM du district sanitaire de Sikasso, quelles sont les principales stratégies déployées ? Par quels acteurs et en fonction de quelle zone d'incertitude ?

Autour de ces zones d'incertitudes : soignants, ASACO, membre de l'équipe cadre de district et de la DRS, les acteurs du niveau central développent des pratiques qui relèvent, à notre avis, de leur volonté soit de se protéger (stratégies dont le but est soit de se protéger des effets de la politique) ou de la contrôler à leur profit. Ce sont ces pratiques que nous appelons stratégies. Au nombre de ces stratégies, nous avons « *la brouille ou camouflage des faiblesses qui relèvent du niveau central ou du district* », *la restriction de l'accès à la gratuité, la perturbation du dispositif d'approvisionnement en gratuité*. Une élucidation de la manifestation des stratégies ci-dessus est nécessaire pour les comprendre afin de saisir la réalité de la gratuité dans les deux CSCOM ainsi que ses effets sur les finances et l'accès des usagers, c'est-à-dire la quatrième partie du document.

La stratégie de brouillage des responsabilités : Ce que nous appelons *brouillage* concerne deux pratiques identifiées principalement chez les membres de l'équipe cadre de district, de la DRS et des acteurs du niveau central dans l'évaluation des besoins des CSCOM en intrants gratuits et les pratiques de supervision au niveau du district ou des CSCOM. Par rapport à l'évaluation des besoins du district, il s'agit par exemple pour le niveau central de ne fixer aucun principe clair et à faire parachuter par contre les intrants tantôt en fonction des données du district souvent en fonction de la disponibilité au niveau central. Alors pour couvrir ses faiblesses, le niveau central évite de faire toute pression sur le niveau district. De leur côté, les membres de l'équipe cadre en charge de la distribution des intrants gratuits et de la supervision des CSCOM répartissent ces intrants entre les centres de santé suivant le principe d'équité s'écartant ainsi de la norme qui voudrait que la distribution soit faite en fonction des rapports PEC. Ainsi, les distributions d'intrants gratuits au district ne tiennent pas compte de l'attitude des DTC dans le rapportage des rapports PEC pourtant indispensable à l'évaluation efficace des besoins de chaque centre particulier et du district en général en intrants gratuits. Cette stratégie de brouillage de leurs responsabilités réciproques cache mal les faiblesses du dispositif d'approvisionnement en médicaments gratuits mis en place par les autorités nationales dans le cadre de cette politique. Ces faiblesses ont été mises en évidence dans

d'autres centres de santé du pays¹⁸ et ailleurs en Afrique sur les politiques de gratuité de soins. Ailleurs en Afrique, d'autres auteurs comme, Kajula souligne la détérioration de la qualité des soins de prise en charge du paludisme dans les formations sanitaires due à la récurrence des ruptures de médicaments survenues après l'abolition du paiement en Ouganda en 2004 à cause du manque de leadership du gouvernement dans l'approvisionnement des centres mais également à cause de certaines pratiques immorales des personnels de santé (Kajula, Kintu et al., 2004 :15). Dans le même sens, Estelle Chollet (2011) révèle que dans les pays pauvres, la mise en œuvre des politiques de gratuité des soins crée de nouveaux risques en matière d'approvisionnement en médicament dus au fait que l'achat et l'acheminement des médicaments doivent être financé par l'Etat dont les capacités budgétaires et logistiques sont limitées. Ainsi que des difficultés de gestion du flux soudain d'usagers par les personnels soignants et de leur démotivation à cause de la disparition des bonus sur les salaires que procurent le système du recouvrement des coût (Chollet, E., 2011 :266).

Les stratégies de restriction de l'accès à la gratuité : Ce que nous appelons stratégies de restriction de l'accès à la gratuité sont des actions menées par les soignants ou les ASACO dans la délivrance des soins gratuits ou dans le rapportage des données des CSCOM vers le district dont le but réel est de réduire la portée de la politique de gratuité. La première stratégie, la restriction de l'accès à la gratuité consiste à la rétention d'information par les soignants et les ASACO (les soignants évitent d'expliquer les limites et les conditions d'accès à la gratuité aux usagers, les ASACO évitent de relayer l'information sur la politique de gratuité aux usagers des aires de santé, les soignants font effectivement bénéficier les usagers mais évitent de les informer sur la gratuité), aux « oublis » de prescription de la gratuité dont la finalité est de ne pas étaler la gratuité afin de continuer à faire payer les usagers.

Les ruptures volontaires concernent la rétention de données due à la réticence des DTC à produire et à envoyer ou faire remonter, à temps, les données indispensables à la prévision des besoins en produits gratuits pour les centres. Il s'agit du rapportage tardif et irrégulier des données sur la gestion et la planification des besoins des CSCOM, à transmettre au district sanitaire. Mais il s'agit également des irrégularités dans le remplissage des supports de distribution des intrants gratuits au district dans le but d'empêcher leur traçabilité. Toutes ces

¹⁸ Dans les deux sites (Bamako et Kita), le programme « L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest (Burkina Faso, Mali, Niger) » a mis en évidence les mêmes problèmes de disponibilité des médicaments gratuits et de dysfonctionnement de la politique de gratuité à Kita et Bamako, les deux autres sites d'enquête.

stratégies s'observent également à Bamako et Kita (Touré, L. et Sanogo, Y T., 2013 à paraître) où la situation est pire.

Au-delà d'une simple mise en évidence des principaux dysfonctionnements de la mise en œuvre de la politique de gratuité du paludisme, nous nous interrogeons sur leurs causes profondes ainsi que du jeu des acteurs qui les génère.

Quel est le sens profond des stratégies identifiées chez les acteurs de la mise en œuvre au niveau CSCOM ? Dans la perspective de l'analyse stratégique, nous affirmons que les acteurs utilisent des zones d'incertitudes pertinentes de la politique et de l'initiative de Bamako pour défendre leurs intérêts. Mais de quels intérêts s'agit-il en réalité? Les acteurs du niveau central et opérationnel de la mise en œuvre de la politique n'ont pas les mêmes intérêts. Les stratégies des membres de l'équipe cadre district visent soit à se protéger des conséquences de la politique, soit à tirer profit de la gestion des intrants gratuits.

Par ailleurs, il convient, au préalable, de se situer dans le contexte de la gestion et du fonctionnement des services publics en général au Mali pour mieux appréhender l'impunité des DTC non diligents dans le rapportage des données, entravant ainsi la planification des besoins du district. En effet pour l'un des membres de l'équipe cadre de district, sanctionner, même en toute légitimité, un DTC récalcitrant peut se retourner contre le sanctionneur ce qui n'est pas une donnée nouvelle dans le cadre de l'action publique. Avant nous, Lascoumes et Le Galès ont démontré que « *les acteurs locaux peuvent aussi obtenir des arbitrages locaux favorables en ayant recours aux autorités politiques de rang supérieur, contourner la volonté d'un directeur d'administration départementale par le soutien d'un élu territorial, celle d'un préfet par l'appel à un ministre ou un parlementaire* » (Lascoumes & Le Galès, 2010 :42). De pareils exemples ne manquent pas dans l'histoire du district de Sikasso avant la gratuité. En 2009 le personnel d'un CSCOM et son premier responsable avaient tous eu recours à des autorités au-delà du niveau communal dans la gestion d'un conflit autour de la gestion de la pléthore d'infirmières dans ledit centre (Touré L & Sanogo, Y T., 2009). La gestion de ce conflit révèle l'interférence des sphères politiques et administratives (Lascoumes et Le Galès., 2010). Dans le cadre de la gratuité du paludisme, et à propos de leur rapport avec les DTC, il semble que les responsables du district tiennent compte des recommandations faites par une équipe du PNLP en 2010, leur demandant de continuer à sensibiliser les DTC récalcitrants, au lieu d'appliquer le principe: pas de rapport mensuel PEC rendu au district pas de dotation en intrants gratuits.

Que ce soit la stratégie de restriction de l'accès à la gratuité ou de rupture volontaire des intrants gratuits, elles visent toutes à limiter la portée de la politique de gratuité. Nous avons abouti à la même conclusion dans les deux autres sites (Bamako et Kita) du programme d'exemption de paiement des soins (Touré, L. & Sanogo, Y T., 2013 à paraître). Mais pour quel intérêt les ASACO et les soignants et même certains fonctionnaires du district sanitaire ont intérêt à limiter la portée de la gratuité sur le système du recouvrement des coûts ?

Le chapitre sur les perceptions de la politique par les ASACO et les personnels de santé montre, que ces acteurs ne sont pas favorables à la politique de gratuité basée sur la mise à disposition des intrants dans les CSCOM. L'argument de la décapitalisation des caisses des ASACO qu'ils brandissent mais qui a été malheureusement démentie par notre étude (les graphiques (1&2), n'est pas à écarter totalement. Néanmoins, au-delà de ce qui peut paraître comme une volonté de sauvegarde des acquis de l'Initiative de Bamako, les stratégies des acteurs visent surtout à sauver leurs intérêts singuliers, notamment les ristournes officieuses qu'ils tirent du contournement du SDADME dans le cadre de l'approvisionnement ordinaire des centres en médicaments. Ce contournement du SDADME, devenu une nouvelle norme d'approvisionnement des CSCOM, offre des avantages que les acteurs des CSCOM ne veulent pas perdre. Ainsi, ils utilisent, les non-dits ou les zones d'incertitude de la politique de gratuité du paludisme comme pour limiter sa portée. De cette analyse se dégagent deux constats majeurs :

- les responsabilités des acteurs dans les dysfonctionnements de la mise en œuvre de la gratuité du paludisme sont partagées entre acteurs du niveau opérationnel et central qui sont dans une relation d'interdépendance;
- tous les acteurs, à savoir les ASACO, les personnels soignants, les membres de l'équipe de district, les acteurs du niveau central, disposent de parcelle de pouvoir qu'ils utilisent en fonction des occasions que crée leur interaction pour défendre leurs intérêts.

Nous pensons qu'il ne saurait y avoir de gratuité des soins du paludisme pour la cible sans une disponibilité permanente des médicaments gratuits au niveau des formations sanitaires. Alors, le constat de l'évolution des recettes de la vente des médicaments et la tendance à la baisse de celles de la tarification des deux CSCOM (Cf : graphique 1 &2) confirmé par une étude portant sur plusieurs CSCOM montrant que la gratuité n'a pas eu d'effets négatifs sur les finances des CSCOM du Mali (Kafando, Y., Touré, L. & Ridde, V., 2012) ne peut s'expliquer

en faisant fis des stratégies ci-dessus et de leur effets potentiels. Dès lors, il apparaît que l'annonce de la gratuité ne suffit pas pour protéger la cible de la gratuité des dépenses de santé. Ce constat n'est pas seulement valable pour la gratuité du paludisme. En effet une étude sur la politique de gratuité de la césarienne démarrée au Mali en 2005 a révélé que le principal coût de traitement obstétrical diffère peu entre une femme ayant bénéficiée de la gratuité de la césarienne dépensant en moyenne US\$107.00 et une accouchée sans césarienne qui dépense US\$93,40 en moyenne (Arsenault, C., Fournier, P. & al., 2013).

En l'absence de dispositifs efficaces d'évaluation des intrants gratuits, d'approvisionnement adéquat en médicaments, d'un suivi rigoureux de la gestion des médicaments à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, de stratégies de motivation du personnel sanitaire, les politiques d'exemption de paiement sont insuffisantes pour lever la barrière financière pour beaucoup d'usager des centres de santé. Au regard de la hausse peu spectaculaire des taux d'utilisation dans nos deux centres malgré la déclaration de la gratuité du paludisme comparée à la hausse constatée des taux d'utilisation des centres de santé concernés par l'expérience de gratuité des soins de Médecins Sans Frontière à Kangaba (Ponsar, F., Van Herp, M. & al., 2011), on peut s'interroger sur les conditions indispensables à une politique de gratuité efficace. Vu les conditions créées par cette ONG pour atteindre ces résultats spectaculaires, on comprend mieux que dans le contexte malien, la réussite de la politique de gratuité exige des préalables et des conditions que l'Etat, initiateur de la gratuité du paludisme, n'a pas réalisés.

Malheureusement, sans avoir corrigé les insuffisances des politiques de gratuité (paludisme et césarienne), et en tirant toutes les leçons possibles, le gouvernement malien, dans une logique de course en avant, a lancé en 2011 de nouvelles initiatives de financement de la santé : l'Assurance Maladie obligatoire (AMO) et le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) qui, depuis, oppose les acteurs sociaux à l'Etat. Cette nouvelle initiative de financement des services de santé publique au Mali suscite de nouvelles interrogations qui méritent des réponses.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

1. Arsenault, C., Fournier, P. & al. 2013. Emergency obstetric care in Mali : catastrophic spending and its impoverishing effects on households. *Bulletin of the World Health Organization*; (91): 207-216.
2. Balique H., Ouattara O., et Ag Iknane., 2001. Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali, *Santé publique*, N° 13, P.35-48.
3. Cholet E., 2011. La gratuité des soins : Une solution nationale pour la santé des plus pauvres ?, in Kerouedan Dominique (dir.), *Santé internationale : Les enjeux de santé au Sud*. Paris : Presse de Sciences Po, (Collection Santé).
4. Crozier M et Friedberg E., 1977, L'acteur et le système, Paris, Editions du Seuil.
5. Coulibaly B., 2008. Pour une meilleure mise en œuvre de la gratuité des combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisine dans la prise en charge du paludisme simple chez les enfants de zéro à cinq ans au Mali, Rapport, première année de Master Science Technologie de la Santé, ISPED.
6. Jaffré Y et Olivier de Sardan J.-P. 2003. Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest. Marseille : APAD-Kartala.
7. Kafando Y., Touré L., Ridde V. Juillet 2012, La politique de gratuité du paludisme n'a pas eu d'effets sur les finances des CSCCom au Mali, Rapport d'étude Miseli, Bamako.
8. Kajula P.W., et al. 2004. Political analysis of rapid change in Uganda's health financing policy and consequences on service delivery for malaria control. *International Journal of Health Planning and Management*. 19(S1): p. 133-153.
9. Lascoumes P., et Le Gales P., 2010. Sociologie de l'action publique », 2^{ème} édition, Paris : Armand Colin 126 pages.
10. Ministère de la Santé, 2007. Les décrets 07-022/P-RM du 18/07/2007, portant création du programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), rattaché au Secrétariat général du Ministère de la Santé. Bamako : Ministère de la santé, République du Mali.
11. Ministère de la santé, 2007. Décret n°07_253/P-RM du 02/08/2007 fixant l'organisation et les modalités de fonctionnement du PNL. Bamako : Ministère de la santé, République du Mali.
12. Ministère de la Santé, 2007. PNL, plan stratégique de lutte contre le paludisme 2007-2011. Bamako : Ministère de la santé, République du Mali.

13. Ministère de la Santé, 2007. Lettre n° 1774 – MG-SG du 18 décembre 2006 sur remplacement de la chloroquine par les CTA comme traitement de première intention à partir du 1^{er} juin 2007. Bamako : Ministère de la santé, République du Mali.
14. Ministère de la santé, 2007. Plan d'accélération des activités de lutte contre le paludisme, avril 2007. Bamako : Ministère de la santé, République du Mali.
15. Ministère de la santé, 2007. Lettre 597 MS-DG du 21 mai 2007 sur le traitement du paludisme simple à base de combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine. Bamako : Ministère de la santé, République du Mali.
16. Ministère de la santé, 2007. Lettre N°- 876 du Secrétariat Général du Ministère de la santé du 2 juillet 2007 pour la Prise en charge du paludisme chez l'enfant de 0 à 5 ans et chez la femme enceinte. Bamako : Ministère de la santé, République du Mali.
17. Ministère de la santé, 2007. Directive nationale pour la prise en charge gratuite du paludisme chez l'enfant de 0 à 5 ans et chez la femme enceinte-Draft 1 du 15 juin 2007. Bamako : Ministère de la santé, République du Mali.
18. Ministère de la santé, 2010. Le décret n°10-628/P-RM du 20 novembre 2010 portant gratuité des moyens de prévention et de traitement du paludisme chez l'enfant de moins de 5 ans et chez la femme enceinte dans les établissements de santé. Bamako : Ministère de la santé, République du Mali.
19. Nabyonga J, Desmet M, Karamagi H. et al. 2005. Abolition of cost sharing is pro-poor: Evidence from Uganda. *Health Policy Plan*; **20**: 100–08.
20. Paganini A., 1995, L'Initiative de Bamako : Reconstruire les systèmes de santé, Unité de gestion pour l'Initiative de Bamako, *UNICEF, New York, USA*.
21. Paillé P et Mucchielli A, 2010. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, Paris: Armand Colin 126 Pages.
22. Ponsar F., Van Herp M. & al. 2011. Abolishing user fees for children and pregnant women trebled uptake of malaria-related interventions in Kangaba, Mali, *Health Policy and Planning*; **26**:ii72–ii83.
23. Ridde V. et Florence M. 2011. A scoping review of the literature on the abolition of user fees in health care services in Africa. *Health policy and planning*; **26**(1):1-11.
24. Ridde V et Diarra A. 2009. «A process evaluation of user fees abolition for pregnant women et children under five years in two districts in Niger (West Africa)». *BMC Health Service Research*, **9**(89).

25. Ridde V. et Florence M. 2009. Une recension des écrits scientifiques sur l'abolition des frais aux usagers dans les services de santé en Afrique:[<http://www.medsp.unmontreal.ca/vesa-tc/ress.htm>].
26. RIDDE, V. and J.E. Girard, 2004. Douze ans après l'initiative de Bamako : constats et implication politique pour l'équité d'accès aux services de santé pour les indigents africains. *Santé publique*. 2004. 15(1) : P.37-51.
Olivier de Sardan, J.-P.,
27. 2008. La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique, *Academia-Bruylant*.
28. 2007. «De la nouvelle anthropologie du développement à la socio-anthropologie des espaces publics africains», *Revue Tiers-Monde*, 191 : 543-552.
29. 2001. «Les trois approches en anthropologie du développement », *Revue Tiers-Monde*, 168 : 737-762.
30. Van Lerberghe W et Vincent De Brouwere V, 2000. « État de santé et santé de l'État en Afrique subsaharienne », *Revue, Afrique contemporaine*, N° 195 :pp.175-190
31. Touré L. et Sanogo Y T. 2009. Interactions des acteurs locaux autour de la gestion de deux centres de santé communautaires. Commune de Sikasso. Rapport d'étude Miseli, Bamako, Mali.
32. Witter S. and Adjei S., 2007. Start-Stop funding, *its Causes and Consequences: A Case Study of the Delivery Exemptions policy in Ghana*. *International Journal of Health Planning & Management*, 22: p. 133-143.
33. Witter S. et al. 2007. The experience of Ghana in implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. *Reproductive Health Matters*, 15(30):p. 61-70.
34. Yates R., 2009. Universal health care and the removal of user fees. *The Lancet* 373: 2078–81.

Table des matières

INTRODUCTION	1
PREMIERE PARTIE :	3
CONTEXTE, PROBLEMATIQUE, CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE	3
I.1- CONTEXTE ET JUSTIFICATION	4
I.2 - PROBLEMATIQUE.....	8
I.2.1. Questions de recherche	9
I.2.2 - Objectifs.....	10
I.2.3 - Hypothèses de travail.....	10
I.3- ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LE SUJET	10
I.4- CADRE THEORIQUE	18
I.5. LA METHODOLOGIE	21
I.5.1 Choix des sites	21
I.5.2-Méthodes et outils d'enquête	21
I.5.3- Problèmes rencontrés.....	23
DEUXIEME PARTIE :	24
PRESENTATION DES SITES ET DE LA POLITIQUE DE GRATUITE DU PALUDISME	24
II.1.PRESENTATION DES SITES	25
II.1.1. Le CSCOM urbain.....	25
II.1.1.1. <i>Le personnel du CSCOM et sa gestion par l'ASACO</i>	26
II.1.1.2. <i>Multiplcité des sources d'approvisionnement en MEG : Description du processus</i>	27
L'approvisionnement régulier	27
L'Approvisionnement irrégulier.....	28
II.1.1.3 <i>Un suivi interne assez rigoureux</i>	29
II.1.1.4. <i>Un suivi externe intense : une vitrine de la santé communautaire au niveau du district</i>	29
II-1.2. Le centre rural	30
II.1.2.1. <i>Un CSCOM rural médicalisé de première heure</i>	32
II.1.2.2. <i>Le personnel du CSCOM et sa gestion par l'ASACO</i>	33
II.1.2.3. <i>Source d'approvisionnement en médicaments génériques</i>	34
II.1.2.4. <i>Un suivi interne régulier</i>	38
II.1.2.5. <i>Suivi externe timide : centre enclavé</i>	38
Conclusion partielle.....	40
II-2 PRESENTATION DE LA POLITIQUE DE GRATUITE DU PALUDISME	41
II.2.1. Le dispositif institutionnel et organisationnel.....	41

II.2.2. Le nouveau protocole de prise en charge des cas de paludisme	42
II.2.3. Le dispositif de l'initiative de gratuité	43
II.2.4. Les contours de la gratuité	44
Conclusion partielle.....	45
TROISIEME PARTIE :	46
LE PROCESSUS DE MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DANS LE DISTRICT SANITAIRE DE SIKASSO.....	46
III -1. LA MISE EN ŒUVRE DE CETTE POLITIQUE DANS LES DEUX CENTRES.....	47
III.1.1. Une diffusion restreinte de l'information de la gratuité	47
III.1.2. La rétention de l'information de la gratuité dans les aires de santé.....	47
III.1.3.Réception des intrants gratuits et mise à disposition aux CSCOM	48
III.1.4. Réactions face aux médicaments gratuits.....	49
III.1.4.1 <i>Au centre urbain</i>	50
III.1.4.2. <i>Au centre rural</i>	51
III.1.5. Un démarrage difficile de la gratuité.....	52
III.1.5.1. <i>Le suivi interne au niveau du CSCOM urbain</i>	52
III.1.5.2. <i>Le suivi interne au niveau du CSCOM rural</i>	52
III.1.5.3. <i>L'inefficacité des activités de supervision de la gratuité au niveau des CSCOM</i>	53
III.1.7. Des réajustements et dispositions au niveau district et DRS.....	54
III-2 LA CONNAISSANCE DES CONTOURS DE LA GRATUITE.....	55
III.2.1.Au niveau des soignants	55
III.2.2. Au niveau des ASACO.....	55
III.2.3. Au niveau des usagers des CSCOM.....	57
III.2.4. Délivrance des soins gratuits	59
III.2.4.1 <i>Identification de la cible</i>	59
III.2.4.2 <i>L'identification des bénéficiaires</i>	59
III.2.4.3 <i>Le test : De la présomption à la confirmation</i>	60
III.3. LE SUIVI DE LA GRATUITE DANS LES CSCOM	61
III.3.1. Le contrôle interne.....	61
III.3.2 Un Contrôle externe inopérant	62
III.4. LA DISPONIBILITE DES INTRANTS GRATUITS	65
III.4.1.L'estimation des besoins des aires de santé en médicaments gratuits.....	65
III.4.3. Ruptures des intrants gratuits dans les centres	68
III.4.3.1. <i>Une disponibilité en pointillés</i>	68

III.4.3.2 <i>Causes des ruptures</i>	70
III.5. STRATEGIES DE GESTION DES RUPTURES ET KITS INCOMPLETS	74
III.5.1. Gestion des ruptures de CTA et intrants du paludisme grave	74
III.5.2. Gestion des ruptures de Tests de diagnostic Rapide (TDRs)	75
III.6. GRATUITE FOURNIE AUX BENEFICIAIRES : UNE « APPARENCE » DE GRATUITE	76
6.1 Une gratuité bien partielle	76
III.6.2 Une gratuité noyée.....	77
III.7. PERCEPTION DE LA GRATUITE CHEZ LE PERSONNEL SANITAIRE, LES SOIGNANTS, ASACO ET USAGERS.....	79
Largement opposés à la politique de gratuité du paludisme, le personnel sanitaire et les ASACO des deux CSCOM sont tous inquiets des conséquences sur le système du recouvrement des coûts en vigueur.....	79
7.1. Les ASACO et agents des centres : La gratuité comme facteur de décapitalisation des caisses des CSCOM.....	79
<i>La position du district : une opposition larvée à la politique de gratuité du paludisme</i>	81
7.2 Les usagers	81
III.8. LES RESPONSABILITE DES ACTEURS DES DANS CETTE « APPARENCE DE GRATUITE »	83
III.8.1. Les directeurs des centres	83
III.8.2. L'équipe cadre de district	83
III.8.3. Les Responsabilités du niveau central :.....	84
Conclusion partielle.....	85
QUATRIEME PARTIE :	86
CONSEQUENCES DE L'APPLICATION ACTUELLE DE LA GRATUITE DANS LES CSCOM	86
IV. IMPACT SUR LES FINANCES DES ASACO	87
V.1. IMPACT REEL SUR LES FINANCES DE L'ASACO	88
IV.2. EVOLUTION MENSUELLE DES RECETTES DE LA TARIFICATION ET DES MEG ...	89
IV.3 EVOLUTION ANNUELLE DES RECETTES DE LA TARIFICATION ET DES MEG	92
IV.4. IMPACT SUR LA FREQUENTATION DES SERVICES PAR LES POPULATIONS	97
IV.5 IMPACT SUR L'AVENIR DE LA POLITIQUE.....	99
CONCLUSION GENERALE	100
REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE.....	107

ANNEXE

MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS
 SECONDAIRE SUPERIEUR ET DE
 LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

REPUBLIQUE DU MALI
 Un Peuple-Un But-Une Foi

.....
 UNIVERSITE DES SCIENCES JURIDIQUES ET POLITIQUES

INSTITUT SUPERIEUR DE FORMATION

ET DE RECHERCHE APPLIQUEE

(ISFRA) – BAMAKO

Projet de recherche : la mise en œuvre de l'exemption de paiement du traitement du paludisme dans deux CSCOM du district sanitaire de Sikasso

GUIDE D'ENQUETE

I- LES SERVICES DE SANTE

1) Création et organisation du CSCOM

- Historique de création du CSCOM/ASACO
- Nombre de services,
- Listing du personnel ; avec poste occupé, statut
- Listing des stagiaires/bénévoles par service
- L'ASACO : différents organes : composition, activité, rapports d'activité, plan d'activité.
- Rapports de supervision des activités du centre

L'approvisionnement

- Circuit d'approvisionnement du centre en médicament? Différentes sources d'approvisionnement en médicaments? Périodicité des commandes ? par qui ?
- Paiement de ristournes ? Officiel ou officieux ? Quel montant ? A qui ? Quelle périodicité ?
- La tarification
- Tarifs des différents actes proposés par le centre avant et maintenant (observés si la gratuité a entraîné un changement).
- La fréquentation
- Données sur le taux de fréquentation du centre (observé l'évolution du taux des consultations externes notamment chez les enfants de 0 à cinq avant et après gratuité)
-

2) CSREF/DRS

- Nombre de services : services chargés de la supervision des CSCOM : rapports d'activité.
- Données sur les taux de fréquentation des CSCOM de 2005 à 2011.
- Rapports de supervision des activités des CSCOM par l'équipe cadre de district et DRS
-

II-MISE EN ŒUVRE DE LA GRATUITE DANS LE CENTRE

- 1) Historique de l'arrivée de cette politique dans le district de Sikasso et les deux CSCOM
 - La préparation de la mise en œuvre
 - Quelle préparation ? Quelle information reçue ? Par qui (équipe cadre, personnel de santé, membres ASACO, usagers, élus ? Quelle documentation ?
 - La mise en œuvre
 - Date de démarche d'application de la gratuité dans le CSCOM ?
 - Quel accueil ?
 - Les réactions ?
 - Quelles réactions au départ ? perception efficacité des médicaments gratuits
- 2) Les acteurs et leurs rôles concernés par la gratuité dans les deux CSCOM : membres équipe cadre de district, de la DRS, membres ASACO, personnels de santé des CSCOM, usagers des CSCOM, fonctionnaire PPM régionale, personnels fournisseurs privés de médicaments
 - Le rôle de chaque acteur concerné par cette politique ?
 - La gestion des produits gratuits
 - Gestion du stock physique : évaluation des besoins, réception, stockage, distribution, prescription et délivrance des médicaments gratuits ; rapportage
 - Tâches administratives inhérentes à la gratuité au niveau CSREF, au niveau du centre ? par qui ?
 - Difficultés/gestion des difficultés :
 - Rupture des médicaments et TDR gratuits
 - Incomplétude des kits
 - Perception de l'efficacité des médicaments gratuits, TDR par les usagers, le personnel soignant
 - Cause des difficultés : acteurs/structures concernés par ces ruptures
 -

Les acteurs et leurs relations

- Interactions patients/accompagnants/soignants
 - Accueil des patients : conditions d'accueil, temps d'attente, organisation du passage, explication de la politique,
 - Identification de la cible : enfants de 0 à cinq ans, femmes enceintes
 - Durée des consultations : diagnostic confirmation ou non du diagnostic par TDR, GE, attente des résultats.
 - Délivrance des médicaments : explication de la politique
 - Conflits/tensions : belligérants, objets, modes résolution etc...
 - Paiement informels des médicaments gratuits
 - Coût traitement paludisme chez la cible et hors cible; coût traitement complémentaire
 - Satisfaction des bénéficiaires/prestations/coût traitements
 - Observation de la charge de travail du personnel dans les centres, au district

- 3) Les modes de suivi et contrôle de la gratuité
 - Suivi interne au centre ; suivi interne au CSREF
 - Supervisions : dispositifs et rapports de supervision
 - Rapportage des justificatifs de la gestion des intrants gratuits de la base vers le sommet de la pyramide sanitaire.
- 4) Résultats de la gratuité en termes de conséquence sur le fonctionnement du centre notamment sur les recettes, le circuit d'approvisionnement
 - Taux fréquentation : observer l'affluence, taux des consultations externes des deux centres au niveau Système d'information sanitaire local.
 - Situation des recettes de la tarification et de la vente des médicaments avant et après la mise en œuvre de la gratuité.
- Perspectives pour l'avenir de la politique