



Les politiques
d'exemption du
paiement des
soins au **Mali**

LAURENCE TOURÉ

RÉSUMÉ

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Au Mali, les politiques publiques nationales de gratuité des soins sont fortement influencées par des enjeux et des contraintes internationaux. Sur le plan national, les processus de décision sont l'expression d'un régime présidentiel fort et la formulation de ces politiques s'est faite sans consultation réelle des techniciens de la santé. De fait, on constate que le montage est pénalisé par une faible intégration à la réalité du système de santé malien, qui engendre de nombreux dysfonctionnements des mesures de gratuités: gouvernance des fonds, gestion du personnel, faible capacité de contrôle du niveau opérationnel, etc. Pour autant, ces politiques ont eu un impact positif bien documenté sur l'accessibilité des soins, sans détérioration des finances des structures de santé, et notamment celles du premier niveau. Néanmoins, les pratiques parallèles persistent au sein du système de santé. Les agents de santé ont adapté le système pour intégrer la gratuité, mais de façon partielle et en profitant d'opportunités nouvelles qu'elle a créées. Enfin, ces politiques ont aggravé certains dysfonctionnements du système de santé, sur lesquels il est indispensable d'attirer l'attention des chercheurs et des décideurs.

LEÇONS APPRIS

Pour la mise en œuvre de politiques d'exemption de paiement,

- Décentraliser la gestion de la gratuité afin de responsabiliser les acteurs locaux
- Privilégier éventuellement le remboursement des intrants et actes à la mise à disposition d'intrants gratuits par le niveau national
- Simplifier les contours du paquet de gratuité
- Revoir la gestion des ressources humaines : horaires et disponibilité du personnel titulaire, gestion des stagiaires/bénévoles,
- Accorder une importance égale à la qualité des soins et à l'accessibilité aux soins tout en veillant à l'amélioration de cette qualité
- Mettre en place un dispositif de suivi évaluation et de contrôle efficace
- Permettre une meilleure information des usagers pour leur permettre d'imposer le respect de la gratuité





CONTEXTE

Le Mali se veut globalement, depuis 1991, une vitrine de la démocratie en Afrique et un État phare en matière d'efficacité de l'aide, via les principes d'harmonisation des procédures, d'alignement sur les stratégies nationales, d'harmonisation des outils de suivi, de gestion axée sur les résultats et de paquet commun de financement alimenté par les partenaires techniques et financiers. À ce titre, le pays a bénéficié d'appuis financiers importants. Pour autant, il est classé 175^e sur 187 selon l'Indice de Développement Humain (IDH) du PNUD (2011), et 44% de la population vit toujours en dessous du seuil de pauvreté (ELIM, 2010). Les plans d'ajustement structurel y ont renforcé les inégalités d'accès aux services de base. Le développement communautaire ne profite pas à tous et les systèmes de solidarité perdent en efficacité. Dans ce contexte, la doctrine du développement a évolué, d'une vision systémique où l'ensemble de la population bénéficierait de la croissance nationale, vers des politiques plus tactiques en direction spécifique des pauvres, afin de lutter contre la vulnérabilité et de réduire les inégalités.

CARACTÉRISTIQUES DU SYSTÈME DE SANTÉ ET ORGANISATION

Le Mali a hérité de la colonisation un système de santé pyramidal et hospitalo-centré, d'une part, et d'autre part organisé autour des types de pathologie, ce qui se traduit par la mise en œuvre de programmes verticaux. Les gouvernements, socialiste puis militaire, ont appliqué une politique de gratuité totale des soins de santé jusqu'au début des années 1990. Les faibles performances du système de soins (faible taux d'utilisation des services, médiocre qualité des soins et surtout indisponibilité des médicaments) ont conduit le pays à amorcer des réformes en profondeur du système de santé :

- Au plan institutionnel, un double mouvement de décentralisation, sectorielle (1990) et institutionnelle (2002) a fait émerger de nouveaux acteurs (associations de santé communautaires, collectivités décentralisées) dans la gestion des formations sanitaires au niveau local. La réforme hospitalière (1992) a donné aux hôpitaux le statut d'établissements publics hospitaliers qui leur confère une certaine autonomie de gestion.
- Au plan financier, la contribution de l'État à la santé a augmenté (8,4% du budget en 2011) et de nouvelles ressources ont été mobilisées avec la politique dite « Initiative de Bamako » qui instaurait le recouvrement partiel des coûts (le paiement direct des soins par les patients) et promouvait une rationalisation de la gestion, de type entrepreneurial.

De fait, et malgré l'amélioration sensible de la couverture sanitaire et la généralisation de l'usage des médicaments génériques, les taux de fréquentation des centres de santé demeurent très faibles. La question de l'accessibilité financière aux soins a été posée dès l'introduction du recouvrement des coûts, mais les dispositions prévues dans le volet équité de l'IB (exemption des indigents) n'ont jamais été appliquées. Les politiques de protection sociale (assurance médicale obligatoire pour les salariés, mutuelles et régime d'assistance médicale pour les indigents) ont mal fonctionné et certaines sont toujours en cours de planification.

L'horizon 2015 des OMD, qui a rendu l'accès des populations au système de santé prioritaire, explique l'émergence de la notion de gratuité après l'engouement pour l'IB : les politiques de gratuité deviennent aujourd'hui le levier central d'appui à l'accessibilité aux systèmes de santé dans les PVD.

PRÉSENTATION DES POLITIQUES PUBLIQUES DE GRATUITÉ

Des exemptions de paiement existaient déjà dans le contexte du recouvrement des coûts, liées à des programmes verticaux largement subventionnés (vaccination) ou concernant des pathologies graves et contagieuses (lèpre, tuberculose).

Les politiques de gratuité mises en place en 2004 pour le sida, en 2005 pour la césarienne et 2007 pour les traitements contre le paludisme ont un caractère national et concernent des pathologies plus courantes et touchant plus de personnes. Elles ont donc plus d'impact sur le fonctionnement ordinaire et quotidien des systèmes de santé.

Pour ces trois mesures de gratuité, l'État a retenu le principe de pré-positionnement d'intrants gratuits. Le schéma directeur d'approvisionnement et de distribution des médicaments essentiels (SDADME), réactualisé en 2009 dans une perspective d'intégration des politiques de gratuité (harmonisation des supports de gestion et du circuit d'approvisionnement), a été retenu en vue d'assurer la disponibilité permanente en médicaments, réactifs et consommables médicaux. La pharmacie populaire du Mali joue un rôle central pour l'achat, la réception, le stockage et le transport des intrants jusqu'au niveau régional.

Le système de suivi de la gratuité, parallèle au système d'information sanitaire existant, est lourd et contraignant (comptes-rendus hebdomadaires et mensuels, multiplicité des supports, etc.). Il est assuré par des points focaux choisis dans chaque structure de soins. Pour la gratuité de la césarienne qui, outre le pré-positionnement des intrants, prévoit un remboursement des actes aux formations sanitaires (30 000 FCFA pour une césarienne simple et 42 000 FCFA pour une césarienne compliquée), celles-ci relèvent de procédures complexes pour toute demande de remboursement.

Les contours de ces politiques sont souvent sinueux et quelquefois imprécis, qu'il s'agisse par exemple de la liste des infections opportunistes (pour le VIH) ou des complications post opératoires de la césarienne.

Ces trois politiques se différencient sur quatre points :

- **Le dispositif juridique qui les encadre :**
 - Pour le sida, la loi du 29 juin 2006 révèle une volonté évidente d'officialiser et de standardiser cette politique
 - Pour la césarienne (2005), divers documents normatifs sont produits successivement mais c'est un arrêté ministériel du 3 avril 2009 qui fixe finalement les modalités de remboursement des coûts et explicite l'existence et le contenu des deux kits césarienne.
 - Pour le paludisme, un simple décret d'application (fin 2010) portant gratuité des moyens de prévention et de traitement contre le paludisme encadre cette nouvelle politique.
- **Les sources de financement :**
 - Pour le sida, une dépendance presque exclusive du Fonds mondial, notamment pour l'achat des ARV ; les ressources internes mobilisées ne sont pas négligeables mais baissent régulièrement, de 26% en 2006 à 18% en 2009.
 - Pour la césarienne, le seul budget national, avec un taux d'augmentation annuel moyen de 40% entre 2005 et 2009, soit un budget de 461 millions F CFA en 2004 et de 1,8 milliard en 2009.
 - Pour le paludisme, le Fonds mondial et le Presidential Malaria Initiative (PMI).

Actes gratuits	Sida	Césarienne	Paludisme
Consultation/ acte chirurgical	Consultation	Acte chirurgical	-
Traitement	ARV	Kit césarienne Traitement post op.	CTA Kit de paludisme grave
Analyses	Dépistage ; Bilan initial Comptage CD4 ; Charge virale Suivi biologique	Examens préopératoires	Test de dépistage rapide
Prévention	Traitement des IO Substituts lait maternel		Moustiquaire imprégnée SP (sulfadoxine pyrimétamine)
Autres	Accompagnement psychosocial	Hospitalisation Système de référence-évacuation	

- **Les mesures d'accompagnement prévues**

- Pour le sida, elles sont globalement importantes : recrutement de personnel (chargés de suivi, conseillers psychosociaux) ; mise en place d'un très important programme de formations/voyages d'études, mais variant selon le type de structure de prise en charge : grille de salaire supérieure à celle de la fonction publique pour le personnel employé dans les structures associatives, système de primes pour certaines personnes (pôles d'excellence des hôpitaux, structures associatives)

- Pour la césarienne, aucune mesure d'accompagnement n'est prévue malgré l'augmentation prévisible du volume d'activité dans les formations sanitaires concernées

- Pour le paludisme, des formations ont été organisées concernant le changement de protocole mais la politique n'a été accompagnée ni de recrutement de personnel, ni de dédommagement des Asaco pour compenser les pertes éventuelles liées à l'absence de bénéficiaires sur la vente des médicaments

- **La complexité du dispositif à mettre en œuvre**

- La prise en charge de la gratuité sida est encore peu décentralisée (100 sites de prise en charge fin 2011) et concerne un nombre restreint de malades, même s'il est en constante augmentation (près de 30 000 fin 2011).

- La gratuité de la césarienne concerne un nombre restreint de sites (59 centres de santé de référence (CSREF), 12 hôpitaux régionaux et nationaux et les centres militaires), et représente un volume d'environ 25 000 kits par an. Les kits sont cependant composés de nombreux intrants et requièrent une forte logistique.

- La gratuité du paludisme est particulièrement ambitieuse puisqu'elle concerne la principale cause de consultation au Mali (près de 45%) dans l'ensemble des formations sanitaires publiques et communautaires du pays. De plus, elle s'accompagne d'un changement de protocole thérapeutique qui induit de nouvelles pratiques et bouleverse les habitudes des personnels de santé. Enfin, les intrants gratuits à pré-positionner sont nombreux (CTA, kit palu grave, TDR).

ÉMERGENCE

L'émergence de ces trois gratuités a bénéficié d'un environnement international favorable, la gratuité venant *a priori* au secours de l'atteinte des ODM. Au niveau national, chaque politique de gratuité se caractérise par un « facteur déclenchant » spécifique :

- **La mobilisation du tissu associatif pour le sida.**

La conjoncture internationale, la volonté présidentielle de poser un acte fort en matière de lutte contre le sida, l'exemple du Sénégal et la perspective de financements importants (Fonds Mondial) ont créé un contexte suffisamment favorable pour que les associations et la communauté médicale soient entendues et que la gratuité soit généralisée en 2006.

- **La présence de personnes déterminantes pour la césarienne**

Tout autant que le contexte international, ce sont des éléments du contexte national, et notamment l'implication de la première dame et de la ministre de la Santé, qui ont motivé la décision de gratuité en 2005. Les pouvoirs publics maliens ont mis en place la gratuité de la césarienne en espérant en récolter les fruits sur le plan politique et électoral. Les partenaires techniques et financiers (PTF), qui ont soutenu cette politique (plaidoyer), ont souligné le caractère souverain de cette décision, en l'absence de mobilisation internationale ou même nationale importante.

- **L'accès à des financements importants pour le paludisme.**

Les fonds internationaux, qu'ils soient disponibles réellement (PMI, FM, BM) ou potentiellement (FM), ont directement facilité la décision d'instauration de la gratuité en 2007, apportant une réponse à un plaidoyer déjà ancien au Mali.



La décision de chacune des politiques a été prise

- de manière plutôt consensuelle pour la gratuité sida avec concertation de l'État avec la société civile et les PTF
- au plus haut niveau de l'exécutif pour la césarienne, mais sans concertation.
- sous la pression internationale et sans concertation nationale pour le paludisme. Selon un cadre du ministère de la santé, la décision de gratuité constitue

« un cadeau de fin d'année du Président aux femmes et aux enfants lors des vœux de décembre 2006 ».

Ces deux dernières politiques ont été globalement imposées à l'ensemble des acteurs concernés, cadres du ministère de la Santé, techniciens de santé, acteurs communautaires, élus.

Dans tous les cas, ces décisions ont été perçues par les professionnels de santé comme :

- politiques, pour ne pas dire politiciennes
- impromptues, sans préparation ni socle technique, sans études préalables. Un membre du comité de pilotage de la gratuité de la césarienne se souvient :

« On ne nous a pas demandé de réfléchir à la faisabilité mais comment appliquer ».

- introduisant des brèches conséquentes dans le système de recouvrement des coûts
- sans articulation avec les différentes politiques sociales visant une meilleure accessibilité aux soins. On note par exemple la quasi inexistance d'implication des services sociaux et systèmes assurantiels en cours de mise en œuvre (AMO, RAMED, mutuelles), qui n'ont jamais été cités par nos interlocuteurs comme ayant participé à des réflexions collectives sur la gratuité.

Ces politiques de gratuité suscitent avant tout de la part des professionnels de la santé de l'inquiétude, du scepticisme et pour le cas du paludisme surtout, une véritable défiance. La population exprime une réelle satisfaction à l'égard de ces politiques mais également un certain scepticisme concernant la pérennité de telles mesures, tant sur la capacité de l'État à garantir leur application que sur la volonté du personnel de les appliquer dans les formations sanitaires.



MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre de ces politiques, notamment vu la complexité des contours, a été précipitée, avec un manque de préparation.

En ce qui concerne l'annonce et la communication, les professionnels de santé chargés d'appliquer ces politiques n'ont pas été informés avant les annonces médiatiques, ce qui a suscité de multiples tensions quand les premiers usagers ont revendiqué leurs droits et se sont vu opposer des refus.

Au plan financier, le démarrage a nécessité beaucoup d'approvisionnement du niveau local, à qui il était demandé de pallier, sur ses ressources propres, aux éventuels dysfonctionnements de la politique (défauts ou retards d'approvisionnement en intrants gratuits par exemple). Cette impréparation a conforté les professionnels de santé dans l'idée que ces politiques de gratuité étaient des décisions politiques sans réelle volonté de l'État de résoudre durablement ces problèmes de santé publique.

Si les formations sanitaires ont immédiatement appliqué la gratuité de la césarienne, elles ont été bien plus réticentes pour la gratuité le paludisme voire ont refusé de mobiliser leur propre stock en attendant les approvisionnements en intrants gratuits.

Les études sur la mise en œuvre de ces politiques dans trois sites permettent d'établir le bilan suivant, quelques années après leur démarrage. Un certain nombre de constats émergent transversalement aux trois politiques :

- Un manque de communication claire et une diffusion souvent insuffisante de l'information, y compris entre le niveau national et le niveau local concernant la disponibilité d'intrants (stocks ou items disponibles).

- Le dispositif d'approvisionnement est le pilier central de la mise en œuvre des gratuités, mais sa complexité amène de nombreux dysfonctionnements :

- bien que prétendument intégrées dans le SDADME, la gestion et la distribution des intrants gratuits sont organisées de manière parallèle pour des questions organisationnelles, et sur des supports de gestion différents afin de respecter les contraintes spécifiques imposées par les bailleurs respectifs.

- le nombre important d'intrants et les difficultés d'évaluation des besoins imposent une planification et une gestion très rigoureuses ; les comités de quantification des besoins mis en place pour chaque politique ne parviennent pas à éviter le problème récurrent de la péremption de médicaments ou de réactifs.

- les capacités matérielles de gestion de la Pharmacie Populaire du Mali (PPM) ont été renforcées grâce au soutien des bailleurs soutenant les politiques de gratuité ; mais les conditions de transport et de stockage sont toujours problématiques, et les coûts afférents rarement budgétisés ; l'absence de budget de déplacement en périphérie nuit à la réactivité des formations sanitaires pour venir chercher les stocks ; les capacités de stockage, donc de sécurisation des intrants, sont souvent insuffisantes dans les DRS et formations sanitaires.

- on observe une fluctuation constante du paquet d'intrants gratuits disponibles, toujours inférieur aux prévisions en quantité et en nombre d'items, et sans homogénéité d'un site à l'autre, ce qui entraîne la rupture de confiance des patients et des tensions entre le niveau national et les sites.

- le système de kit complique la gestion des approvisionnements et la traçabilité des intrants :

- il est difficile d'établir des kits homogènes adaptés et de quantifier des besoins qui, dans la pratique, sont individualisés

- les intrants (césarienne comme paludisme) arrivent en vrac dans les formations sanitaires, qui doivent reconstituer les kits ; mais les dotations des sites sont discontinues et irrégulières et les kits sont le plus souvent incomplets

- certains intrants des kits césarienne, qui ne sont pas utilisés lors des interventions par les formations sanitaires décentralisées, sont gaspillés sans être ni répertoriés, ni rajoutés de manière documentée aux stocks non gratuits, ni retournés à la PPM.

L'instauration de chaque politique de gratuité a suscité la mise en place de systèmes de suivi évaluation spécifiques, avec l'introduction de quelques indicateurs et le suivi de ces données, parallèlement au système d'information sanitaire (SIS).

- Le personnel concerné par les politiques de gratuité semble globalement mécontent : plaintes concernant l'augmentation de la charge de travail, le manque de primes ou de mesures compensatoires.

De plus, deux tendances apparaissent transversalement :

- Une application paradoxalement moins rigoureuse de ces politiques à Bamako qu'en région. La capitale prend plus de liberté avec les règles, les Cscom y sont plus affranchis des normes et leur gestion est moins rigoureuse (la plupart des Csoms bamakois n'ont pu produire des documents comptables à jour et certains ont refusé de donner des informations).

- Une restriction progressive du périmètre de la gratuité, partout attestée et pour les trois politiques. La responsabilité en est partagée entre le niveau national et local :

- pour le VIH, cette situation dépend clairement du problème de disponibilité et de gestion des financements au niveau national avec la baisse progressive des financements internationaux disponibles et le scandale du FM en 2011 ; pour les deux autres politiques, le niveau national est responsable d'une évolution en dents de scie des approvisionnements

- pour la gratuité de la césarienne et plus encore du paludisme, la restriction du périmètre de la gratuité dépend avant tout des stratégies développées par les acteurs locaux pour compenser ce qu'ils considèrent être comme des manques à gagner, pour eux (paiements informels) ou pour la formation sanitaire ; ils s'autorisent une liberté grandissante compte tenu de la faiblesse et de la superficialité des supervisions, et utilisent notamment les failles du système d'approvisionnement pour faire payer les usagers.

Les études réalisées permettent en outre d'établir un bilan spécifique de la mise en œuvre par politique :

Sida : une gratuité bien acceptée et appliquée par le personnel mais vulnérable du fait de sa trop forte dépendance au financement FM

DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE:

- La décentralisation de la prise en charge est effective avec une augmentation progressive du nombre de sites de prise en charge et du nombre de patients sous ARV
- Le financement de cette politique, pour important qu'il soit, n'est pas extensible. La part croissante consacrée à l'achat d'ARV impose progressivement des restrictions pour d'autres dépenses, jugées secondaires (traitement IO par exemple). Les scandales de mauvaise gouvernance concernant la gestion des fonds alloués au Mali ayant entraîné une interruption du financement depuis décembre 2011, l'État a dû intervenir en urgence pour la prise en charge du volet pharmaceutique. Cette situation a suscité une réflexion générale sur la pérennité de cette politique de gratuité.
- La gestion locale des ruptures de stock d'ARV semble particulièrement efficace : outre les changements de molécule et de schéma thérapeutique, un réseautage efficace permet de mobiliser le réseau associatif parallèlement au réseau public et notamment de faire des échanges entre les différentes structures de prises en charge.
- Les mesures d'accompagnement (prime au personnel par exemple) créent des disparités et sont sources de tensions entre le public et le milieu associatif. Néanmoins, les responsables des centres de prise en charge associatifs envisagent actuellement un rapprochement avec la sphère publique afin de mieux intégrer le dispositif VIH dans le système de santé, ce qui suppose une certaine harmonisation des conditions offertes au personnel et donc une disparition des mesures d'accompagnement.
- Étant donné l'importance du Fonds mondial dans la mise en œuvre de cette politique, les acteurs centraux exercent une pression importante sur le terrain pour que les « rapports de progrès » soient documentés régulièrement.

PAQUET DE GRATUITÉ :

- La disponibilité des ARV étant cruciale, tout est fait pour éviter les ruptures. Le dépistage, les ARV, les consultations médicales, le diagnostic et traitement de la tuberculose sont systématiquement gratuits. Le comptage des CD4 et la charge virale sont gratuits mais ils ne sont pas pratiqués

dans tous les sites de prise en charge. L'application de la gratuité pour certains réactifs et surtout pour le traitement des IO est moins rigoureuse et dépend des financements disponibles au moment de la commande des intrants.

- Le périmètre de gratuité est variable selon le type de site : les sites associatifs proposent généralement à leurs patients un paquet de gratuité plus large et plus constant
- Le périmètre de gratuité se réduit progressivement, sous les effets conjugués de l'augmentation des besoins et de la crise actuelle. Le changement de schéma thérapeutique suite à la rupture de certaines molécules est de plus en plus fréquent, ainsi que le paiement par les patients des ordonnances pour le traitement des IO et l'espacement les bilans de suivi biologique.

Césarienne : une gratuité complexe mais effective qui donne lieu cependant à des ajustements locaux mal étudiés

DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE:

- L'augmentation constante des besoins nuit à la capacité de l'État à assumer financièrement cette politique. Cela se traduit par des retards de remboursements, une diminution des kits et la disparition des kits césarienne grave.
- La PPM est responsable du système d'approvisionnement, donc de la disponibilité des intrants. Les retards systématiques de paiement par le Trésor des commandes de l'État (kits césarienne essentiellement) et le non financement des frais de transport fragilisent la PPM, ce qui entraîne certaines perturbations et des irrégularités d'approvisionnement. Les ruptures sont cependant compensées localement avec le pré-positionnement systématique des intrants des dépôts des formations sanitaires.
- Les indemnités de garde initialement envisagées lors des discussions n'ont finalement pas été incluses dans le paquet gratuité. Certains sites redistribuent parfois une partie du remboursement des actes de césarienne au personnel concerné ou à l'ensemble du personnel. Quelle que soit la solution retenue, le personnel exprime son insatisfaction et revendique un système de primes. Conséquemment, on observe une faible disponibilité et un manque d'implication du personnel qualifié qui se décharge sur des stagiaires ou sur du personnel subalterne.
- Le gaspillage est partout dénoncé : les kits fournis par l'État sont jugés trop fournis et sont sous-utilisés au profit de « kits allégés », le reste des produits n'étant pas réintroduit dans le circuit de la gratuité.

- Cette politique ne donne lieu paradoxalement à aucune supervision, faute de financement. Le suivi est orienté sur la production d'indicateurs et les dossiers de remboursements. Il ne permet pas de rendre compte de la façon dont sont utilisés les kits, ni du gaspillage de leurs intrants.

PAQUET DE GRATUITÉ :

- Cette gratuité est pénalisée par la faible fonctionnalité du système de référence-évacuation : le déplacement au centre de référence reste souvent payant
- Cette gratuité apparaît effectivement appliquée, quel que soit le type de structure, et ce malgré, d'une part, l'augmentation sensible du nombre de césariennes, d'autre part, les efforts demandés de pré-positionnements des intrants et les retard des remboursements. On observe cependant des disparités locales dans l'application de la gratuité, qui s'expliquent par un niveau variable de compréhension et d'acceptation par les responsables locaux.
- Depuis 2011, on assiste partout à une application de plus en plus restrictive de la gratuité, pour les raisons précédemment évoquées, mais également du fait de la frustration grandissante du personnel chargé des césariennes, qui semble prendre certaines libertés. On assiste ainsi aujourd'hui à un paiement presque systématique d'ordonnances pour chaque césarienne et les explications invoquées sont impossibles à vérifier. Les usagers en ont d'ailleurs bien conscience et ne revendiquent même pas l'exemption de paiement.

Paludisme : une gratuité très ambitieuse et mal appropriée par le niveau opérationnel qui tente d'en limiter la portée

DISPOSITIF DE MISE EN ŒUVRE :

- Le financement de cette politique, relativement diversifié, a souffert du retrait temporaire du Fonds mondial, pourtant en partie relayé par PMI. La lourdeur de décaissement de certains financements entraîne une disponibilité des intrants très irrégulière.
- Cette politique, particulièrement ambitieuse, nécessite la planification, la quantification et la distribution d'un énorme volume d'intrants dans l'ensemble des formations sanitaires. Cela suppose une organisation sans faille, et une collaboration et une communication entre acteurs, qui aujourd'hui ne sont pas réalisées.

- Cette politique n'a donné lieu à aucune mesure d'accompagnement. Le premier niveau de la pyramide ne supporte pas très bien que l'État, qui s'est largement désengagé du financement des Cscom, impose des mesures qui peuvent nuire à leur équilibre financier. Un dédommagement du préjudice prétendument subi est partout réclamé.
- Cette gratuité impose de nouvelles pratiques, mal acceptées et encore mal suivies, notamment la confirmation biologique du diagnostic. Celle-ci se fait encore trop rarement et lorsqu'elle est pratiquée, des résultats négatifs n'empêchent pas toujours la prescription d'antipaludéens.
- Le dispositif de suivi-évaluation est gêné par le montage institutionnel (le PNLN n'a pas de pouvoir hiérarchique sur les niveaux opérationnels et dépend de la DNS). Il est en outre brouillé par la mauvaise volonté dont font preuve les formations sanitaires pour remplir les fiches et pour les commandes, tant sur la forme (justesse et précision des informations) que sur le respect des délais.

PAQUET DE GRATUITÉ :

- La gratuité est appliquée selon le rythme des approvisionnements par le niveau national : les nombreuses ruptures d'intrants ne sont pas compensées localement par les formations sanitaires. Les usagers paient les ordonnances et ne savent jamais à l'avance s'ils vont ou non pouvoir bénéficier de cette gratuité.
- Les aléas de l'approvisionnement servent aussi d'alibi aux acteurs locaux pour justifier tout manquement à la gratuité. Les stratégies des acteurs locaux visent en effet à limiter la portée de cette politique :
 - des « oublis » d'appliquer la gratuité ou des initiatives de restriction volontaire de la gratuité
 - une limitation de la gratuité aux heures (6h/24H) et jours ouvrables



LES EFFETS DES POLITIQUES

La qualité des soins est une préoccupation constante des usagers, au moins autant qu'une meilleure accessibilité financière aux soins. Tous les acteurs associent la gratuité à une amélioration sensible de l'accessibilité aux soins mais aussi à une baisse de la qualité de la prise en charge, qui se décline de plusieurs manières :

- Impact négatif sur les conditions de travail du personnel : emploi du temps plus chargé, perte de motivations financières, affectation des actes gratuits au personnel subalterne
- Impact négatif sur les relations usagers/soignants : tensions et conflits, perte de confiance, relations plus difficiles depuis la gratuité

Nos enquêtes montrent que les gratuités révèlent et quelquefois aggravent effectivement les dysfonctionnements pré existants, au détriment de la qualité des soins :

- Le manque d'informations et les contours complexes des paquets de gratuité ont créé de nouveaux « espaces de soupçons » et accentué la méfiance entre patients et soignants.
- La charge de travail supplémentaire (augmentation constante de la file active des personnes sous traitement ARV, de la fréquentation des enfants de moins de 5 ans, du nombre de césariennes) imposée à un personnel faiblement motivé, notamment du fait des barèmes de rémunération, accroît la « défausse » sur les stagiaires et bénévoles.
- Les pratiques de paiements informels n'ont pas été éliminées. Elles resurgissent dès que possible et reprennent progressivement leur place.
- Le dispositif de suivi des politiques de gratuité constitue une charge de travail importante pour le personnel, pour une très faible fiabilité des données collectées et leur sous-utilisation. Ce suivi, orienté sur la production d'indicateurs d'activités et d'intrants et un dispositif de supervision/contrôle superficiel et rarement mis en œuvre, a créé des conditions favorables à l'impunité.

Les abus signalés et constatés dans la gestion des intrants gratuits contribuent à opacifier encore le suivi de ces politiques, avec pour conséquences, aujourd'hui, une incapacité à documenter systématiquement l'application effective des consignes, la prescription des intrants gratuits, et l'ampleur des ruptures, et une impossibilité de situer les responsabilités.

« Rien n'est pris au sérieux ici au Mali, ce qui justifie la négligence, le manque de volonté, le manque de sérieux dans la fourniture de l'ASACO en CTA suffisants et complet. Les superviseurs qui viennent du CSREF pour nous contrôler viennent s'asseoir sous le hangar et remplissent leurs rapports et s'en vont sans des fois voir même les registres qui permettent de justifier le nombre de patients qui ont bénéficié. Nous sommes tous conscients que la politique de gratuité est bonne pour la population mais chaque dirigeant veut profiter et remplir sa poche, c'est dommage. C'est mettre la poudre aux yeux de la population. »

Personnel CSCOM

- La gratuité révèle de manière particulièrement claire la logique entrepreneuriale qui anime les CSCOM et les hôpitaux, avec une tendance claire à en faire des entreprises, plus au service de leurs employés que des usagers. Dans cette logique, les centres doivent dégager des bénéfices, redistribués au personnel pour le fidéliser. Les politiques de gratuité, et notamment celle concernant le paludisme, sont perçues par le personnel comme par les Asaco comme portant atteinte à cette maximisation des profits et de ce fait sont particulièrement décriées.



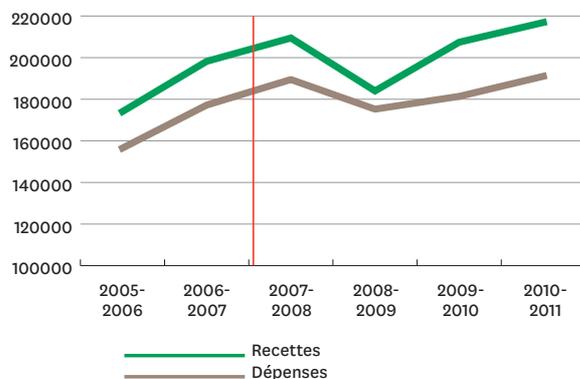
Dans ce contexte, il apparaît ainsi clairement que le paludisme constituait pour les centres de santé une véritable « rente de situation » qu'ils ne souhaitent pas voir disparaître. Dans le cadre de la politique de gratuité, la mise à disposition de tests rapides, l'obligation d'y recourir et le souci de limiter au maximum le coût payé par les publics cibles, s'insère dans un contexte de diagnostic abusif du paludisme et aux de sur-prescriptions auxquelles il donne cours.

« Ici, les CTA sont donnés dans un désordre total. Il suffit qu'une femme se présente avec son enfant, sans attendre les résultats du test ou de la goutte épaisse, on lui donne les CTA. Alors que quelquefois le résultat de la goutte épaisse est négatif. Les produits sont déjà partis et cela augmente la fréquence des ruptures. »

Personnel CSCOM

- Le mode de gestion entrepreneurial représente néanmoins un acquis en matière de gestion des ressources humaines et matérielles. La comparaison de la mise en œuvre des gratuités dans les CSREF, les CSCOM et les hôpitaux montre que certains dysfonctionnements autrefois généralisés (vol de médicaments, absentéisme incontrôlé), ont fortement diminué dans les formations sanitaires disposant d'une gestion autonome, et étant soumises à obligation de résultat. Elle montre également qu'une exception s'installe pour les produits gratuits, objets de toutes les convoitises et gaspillages sur lesquels le contrôle ne s'exerce que très peu et de manière très lâche.

L'exploitation des documents comptables et financiers de 18 CSCOMs de trois districts (Bamako, Kita et Sikasso) montre que la politique de gratuité du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans ne semble pas avoir eu d'effets négatifs sur la capacité financière des CSCOM. Leur trésorerie reste saine et l'activité dégage des bénéfices. La dotation en médicaments pour la prise en charge du paludisme n'a pas réduit significativement les recettes des formations sanitaires. Au contraire, la gratuité a dynamisé la fréquentation des centres et ainsi les recettes de la tarification ou issues de la vente des médicaments.



Sources : Kafando et al. 2012

Figure 1: Évolution des dépenses et des recettes moyennes mensuelles des CSCOM de 2005 à 2011

Par ailleurs, des séries chronologiques de la fréquentation de 98 Cscom de quatre districts où aucune ONG n'intervient (Commune I ; Kita ; Koulikoro ; Sikasso) ont été constituées. Ces données couvrent 4,5 ans avant la gratuité des traitements contre le paludisme et 3,5 ans après son introduction. Pour les consultations des enfants de moins de cinq ans, on constate un effet (+8%) de la politique nationale de gratuité mais surtout lors de la période de haute transmission palustre (soit de juillet à décembre). De plus, quatre ans après la mise en œuvre (2010), on estime que la fréquentation des services lors de la haute transmission palustre a été multipliée en moyenne de 30% (une fois avoir tenu compte des effets spécifiques aux districts, aux semestres, à la tendance naturelle avant la politique et au nombre d'habitants).

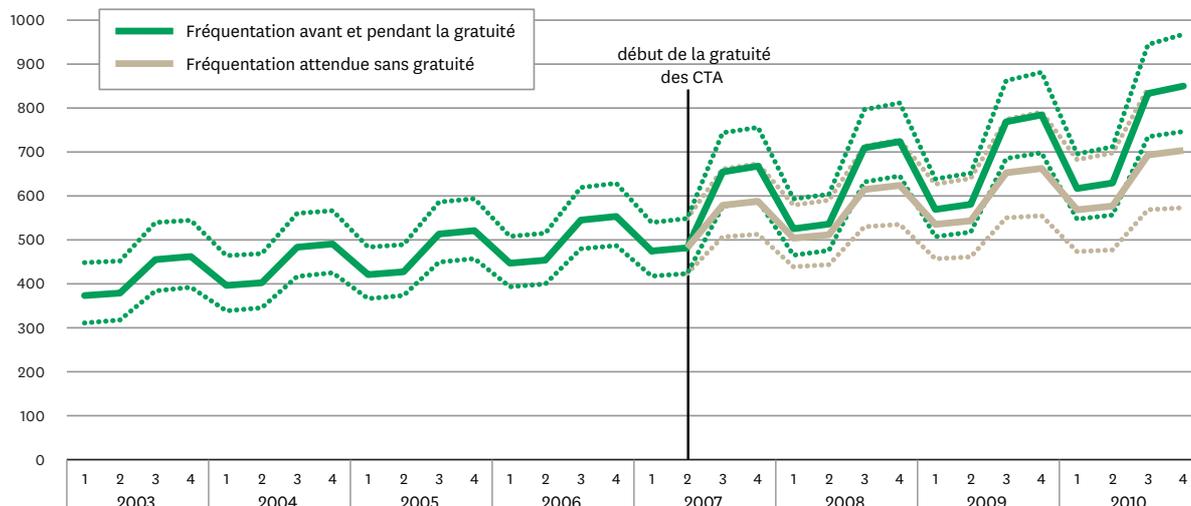
La Figure 2 présente l'évolution du nombre de consultations trimestrielles d'un centre moyen dans les quatre districts. Un modèle statistique permet de comparer l'évolution de ces chiffres tel que cela s'est déroulé réellement avant et après la politique de gratuité (en rouge = réalité) avec ce qui se serait passé si les traitements contre le paludisme étaient restés payants pour les enfants (en bleu = si paiement). On constate que l'amplitude des hausses spécifiques lors de la haute transmission palustre (trimestres 3 et 4) augmente à la suite de la gratuité. Autrement dit, cela confirme visuellement et statistiquement le constat précédent d'un effet certain lors de ces périodes, ce qui est évidemment essentiel pour prendre en charge les enfants dans la période de l'année la plus critique. La figure montre aussi une tendance vers la hausse à partir de 2008, les intervalles de confiance (95%) de la courbe bleue n'incluent plus la moyenne attendue sans la gratuité (courbe bleue épaisse). Les courbes représentent le développement dans un *Cscom moyen* des quatre districts étudiés. Elles caractérisent l'essentiel des constats pour une majorité des centres. En revanche, le degré de succès de la politique varie entre les districts et entre les *Cscom* (voir le rapport détaillé).

Le tableau 2 résume les tendances de cette figure et précise les augmentations concernant la fréquentation des centres de santé pour les enfants de moins de 5 ans (de janvier à juin 2007 les CTA étaient encore payants).

Année	Nombre	(Intervalle de confiance à 95 %)	% augmentation
2003	1670	(1405 ; 1985)	
2004	1773	(1526 ; 2060)	5.2
2005	1883	(1647 ; 2153)	5.5
2006	1999	(1760 ; 2271)	5.8
2007	2279	(2007 ; 2588)	13.9
2008	2495	(2218 ; 2805)	10.7
2009	2703	(2409 ; 3034)	10.4
2010	2930	(2585 ; 3320)	11.3

Sources : Heinmüller et al. 2012

Tableau 2 : Nombre annuel de consultations d'enfants de 0-4 ans dans un centre moyen des 4 districts du Mali



Sources : Heinmüller et al. 2012

Figure 2: Évolution de consultations d'enfants de 0-4 ans par trimestre dans un centre moyen des 4 districts du Mali de 2003 à 2010

Développement de la fréquentation par les enfants de 0-4 ans

La courbe verte épaisse représente le développement de la fréquentation d'un centre moyen des quatre districts. Les courbes vertes minces indiquent les intervalles de confiance à 95%, selon le modèle statistique. Les courbes en beige montrent le développement attendu sans la gratuité des CTA. On constate que l'amplitude des pics lors de la haute transmission palustre (trimestres 3 & 4) augmente, suite à la gratuité. Il y a également une tendance vers la hausse : à partir de 2008, les intervalles de confiance de la courbe beige n'incluent plus la moyenne attendue sans la gratuité (courbe beige épaisse).

CONCLUSIONS

Ces politiques publiques nationales ont nécessité des financements importants qui ont renforcé la dépendance financière vis-à-vis de l'extérieur et imposent le respect des exigences des différents bailleurs. Sur le plan national, les processus de décision de ces politiques sont l'expression d'un régime présidentiel fort, avec une exclusion manifeste du législatif. En outre, elles ont été formulées sans consultation réelle des techniciens de la santé.

- Leur mise en œuvre a été effectuée avec quatre niveaux de contraintes :
- le facteur temps, puisque ces politiques ont été annoncées avant d'être préparées et organisées
- le facteur financier, puisqu'il convenait de trouver et d'adapter le budget après la décision
- les (dys)fonctionnements ordinaires du système de santé, que ce soit les questions d'approvisionnement, ou les pratiques des agents de santé, dans lesquelles elles devaient s'intégrer
- l'absence de cadre juridique normatif

Malgré de telles conditionnalités, et avec l'aide des PTF, l'État a mis en place des dispositifs qui permettent aujourd'hui l'application de ces politiques. On constate néanmoins que le montage est pénalisé par une faible intégration à la réalité du système de santé malien, dont certains dysfonctionnements sont la source des problèmes auxquels les gratuités sont aujourd'hui confrontées :

- la gouvernance et l'affectation rationnelle et transparente des fonds alloués par les bailleurs (FM particulièrement)
- la capacité du système de santé à supporter, d'une part, et à accepter, d'autre part, les modalités qui permettraient une pleine effectivité de ces politiques, c'est-à-dire la possibilité pour les patients d'être exemptés des soins considérés.



Pour autant, ces politiques ont eu un vérifiable impact positif, dont la dimension la plus saillante est l'amélioration de l'accessibilité des soins, sans détérioration des finances des structures de santé, et notamment celles du premier niveau. Néanmoins, il conviendrait de relativiser ce « succès financier » pour les populations du fait des pratiques parallèles qui persistent au sein du système de santé. Au niveau où la santé est prodiguée, et où la mise en œuvre des gratuités est tangible, les agents de santé ont adapté le système pour intégrer la gratuité et la rendre effective, mais de façon partielle et en profitant d'opportunités nouvelles qu'elle a créées (ex. stocks de médicaments gratuits). Enfin, ces politiques ont quelquefois aggravé les dysfonctionnements du système de santé, sur lesquels il est indispensable d'attirer maintenant l'attention des chercheurs et des décideurs.

PISTES DE RECHERCHE

Il nous paraît intéressant de développer des recherches approfondies sur les thèmes suivants :

- *Les dysfonctionnements des formations sanitaires et notamment la gestion du personnel*
- *Les systèmes assuranciers tels que l'AMO et le Remed*

LISTE DES ÉTUDES RÉALISÉES AU MALI DANS LE CADRE DE CE PROGRAMME

Le traitement de la question de la gratuité des soins par la presse malienne, 2005 – 2009, F. Escot, 2010

Les politiques de gratuité dans leur contexte. La perception des acteurs maliens. Laurence Touré, Septembre 2010

Émergence, formulation et mise en œuvre au niveau national des politiques d'exemption de paiement des soins de santé au Mali : synthèse du volet institutionnel, Stéphanie Tchiombiano, Yaouaga Félix Koné, Amélie Prévalet, El Hadji M'baye, juin 2012

La mise en œuvre de la politique de gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Le cas de Bamako. Laurence Touré avec la participation de Souleymane Koné, assistant de recherche, octobre 2011;

La mise en œuvre de la politique de gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Le cas de Sikasso. Youssouf Tiekoura Sanogo, avril 2012;

La mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne. Etude comparative dans 3 sites d'enquête. Laurence Toure, avec la collaboration de S. Koné, Y. T Sanogo, S. Fofana. Mai 2012

La mise en œuvre de l'exemption du paiement des soins de santé à Kangaba. Après médecins sans frontières (MSF), l'alliance malienne de lutte contre le paludisme (AMCP). Yaouaga Félix Kone, Boubacar Sidiky Fofana, juin 2012

La politique de gratuité du paludisme n'a pas eu d'effets sur les finances des CSCom au Mali, Kafando Y., Touré L., Ridde V. Juillet 2012

Évaluation des effets de la politique de subvention des ACT au niveau de l'utilisation des services chez les enfants de moins de 5 ans, R. Heinmüller, V. Ridde, K. Traoré, I. Traoré et L. Touré

POLICY BRIEF

*Positionnement de la presse vis-à-vis des politiques d'exemption de paiement au Mali et au Niger, note de synthèse rédigée par Fabrice Escot, à partir de deux rapports : *Le traitement de la question de la gratuité des soins par la presse malienne, 2005-2009, F. Escot, 2010* et *La presse du Niger face à la gratuité, A. Ousséini, 2009.**

La perception de la gratuité des soins au Mali, L. Touré et F. Escot