

# La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins ?

## Perceptions sur les politiques d'exemptions de paiement des soins au Mali

Laurence Touré

**Le propos de cet article est de montrer que le contexte de « marchandisation » des services essentiels a été peu pris en compte lors de la définition de ces politiques de gratuité. Ainsi, ces politiques apparaissent autant comme facteur d'amélioration de l'accès aux soins que vecteur de dégradation, perçue ou réelle, de la qualité de prise en charge.**

**Mots clés :** Mali – Santé publique – Exemption de paiement



Au Mali, les conditions d'accès aux infrastructures de base creusent les inégalités et compromettent sérieusement l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement à l'horizon 2015. Dans le domaine de la santé, et malgré une amélioration sensible de la couverture sanitaire, le taux de fréquentation des structures de soins demeure très en deçà des attentes<sup>1</sup>. Ce résultat est largement attribué à la politique sectorielle de santé communément appelée « Initiative de Bamako », qui a généralisé le recouvrement des coûts sans que le volet « équité », prévoyant des mesures d'exemptions de paiement pour les plus démunis, n'ait été appliqué (Ridde, 2004). Dans ce contexte, le gouvernement malien a décidé d'introduire des politiques d'exemption de paiement ciblées autour de certains problèmes aigus de santé publique<sup>2</sup>.

On enregistre un nombre croissant d'études sur les politiques d'exemption de paiement, y compris depuis quelques années en Afrique de l'Ouest (Ridde, Morestin, Belaid, 2011). Elles s'intéressent notamment à leur impact sur la fréquentation et le financement des centres de santé (ATN, 2011 ; USAID, 2011 ; Fournier *et al.*, 2012) et font généralement ressortir la nécessité d'intégrer des mesures d'accompagnement sans lesquelles la qualité des soins

**Laurence Touré** est anthropologue et présidente de l'association Miseli, association malienne de recherche et formation en anthropologie des

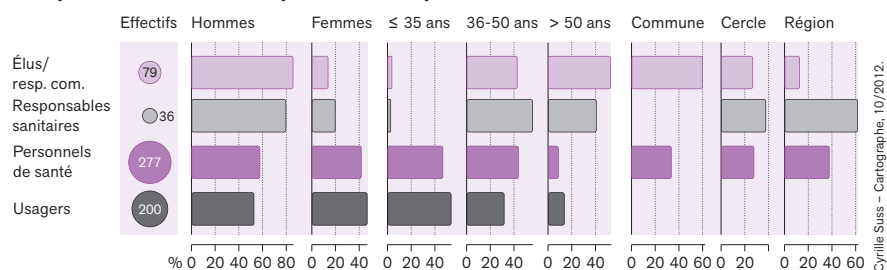
dynamiques locales. Dans le cadre de cette association, elle encadre et mène depuis 2007 des recherches sur les politiques publiques de santé

(décentralisation, exemption de paiement, etc.).

risque de se détériorer (Richard, Witter, De Brouwere, 2008 ; Ridde, Meessen, Kouanda, 2011). Elles font part également de la satisfaction des usagers quant à l'existence de ces politiques et du point de vue assez critique du personnel de santé sur le processus de décision et la mise en œuvre (Witter, 2007 ; Walker, 2004 ; Mbaye, 2011).

La réussite d'une politique de santé publique dépend en grande partie de ce qu'en pensent les acteurs directement concernés et de leur implication dans le processus de décision (Ridde, 2011). Nous avons donc jugé pertinent d'approfondir la façon dont les trois dernières politiques de gratuité ont été accueillies et perçues au Mali, quelques années après le début de leur mise en œuvre, en comparant de manière systématique les points de vue exprimés par quatre catégories d'acteurs qui, *a priori*, constituent des groupes stratégiques<sup>3</sup> autour de cette question : les usagers, les représentants communautaires et élus locaux, le personnel de santé et les responsables socio-sanitaires.

### Des profils diversifiés des personnes enquêtées



Cette étude quantitative a été réalisée en 2011 au Mali sur trois sites d'enquêtes. Un questionnaire a été envoyé. 592 personnes au total, 200 usagers, 277 personnels de santé, 36 responsables sanitaires et 79 représentants communautaires et élus ont ainsi été interrogés. La diversité des profils des enquêtés est effective (sexe, âge, place dans la pyramide sanitaire, etc.) avec néanmoins une surreprésentation des citoyens (79 %).

### Payer, garantie d'accès à des soins de santé ?

Le paiement comme condition d'accès aux soins est habituel, y compris pour la médecine traditionnelle, et il est jugé normal par presque 90 % des enquêtés (voir annexe).

Pour la majorité des personnes enquêtées, le paiement traduit la considération et la reconnaissance dues à celui qui guérit pour le service rendu. Il agit aussi positivement sur le comportement des usagers (meilleure observance).

1. La fréquentation de la consultation curative primaire est passée de 0,18 nouveau cas par habitant et par an (NC/hab./an) en 1998, à 0,35 NC/hab./an en 2010 (source MSP, 2010).  
2. Il s'agit de la gratuité des soins pour les malades du VIH/sida en 2004 (dépistage, ARV, suivi biologique, traitement des infections opportunistes), de la gratuité de la

césarienne (référence évacuation, hospitalisation, acte chirurgical et examens préparatoires, kit pour l'intervention chirurgicale et le traitement postopératoire) en 2005, et de la gratuité des traitements du paludisme (forme simple et grave) pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans en 2007.

3. Un groupe stratégique est une « agrégation d'individus qui ont, face à un même problème, globalement une même attitude, déterminée largement par un rapport social similaire à ce problème » (Olivier de Sardan, 2008, p. 81).  
4. Je remercie le Dr Drissa Sia pour cette analyse.

## Méthodologie d'enquête

Nous avons retenu trois sites d'enquête, la commune 1 du district de Bamako, le cercle de Sikasso dans la région cotonnière, souvent pilote en matière de santé, et le cercle de Kita dans la région de Kayes, dans laquelle une équipe canadienne mène déjà des études quantitatives de santé publique sur la santé maternelle et la gratuité de la césarienne. Dans chaque site, nous avons retenu deux centres de santé communautaires (CSCOM), le centre de santé de référence (CSREF) et l'hôpital (voir document page 59).

Nous avons privilégié une approche par questionnaire, afin d'obtenir une vision d'ensemble et des réponses standardisées sur les thèmes abordés. Pour permettre l'expression de la plus grande diversité possible de points de vue et leur comparaison, nous avons opté pour un échantillon raisonné, constitué de façon à prendre en compte différents échelons de la pyramide sanitaire ou de la décentralisation, différentes catégories de personnels de santé, différents groupes sociaux, et le clivage urbain/rural.

Ont été interrogés : 200 usagers, 79 représentants communautaires ou élus, 277 membres du personnel et 36 responsables sanitaires, soit 592 personnes au total. La diversité de profil des enquêtés est effective (sexe, âge, place dans la pyramide sanitaire, qualification et statut des professionnels de santé) avec néanmoins une surreprésentation des citadins (79 %), puisque la plupart de nos interlocuteurs vivent dans les capitales régionales ou de cercle (voir graphique page 50 et les tableaux 1 et 2 page 62-63).

Comme ces politiques d'exemption de paiement s'inscrivent à contre-courant de la politique de recouvrement des coûts en place, nous avons cherché à connaître l'opinion des quatre groupes d'acteurs sur ce contexte institutionnel. Nous avons analysé en outre la perception du principe de soins payants et soins gratuits, les modalités actuelles de paiement (incluant les pratiques informelles) et leurs conséquences au plan des inégalités. Enfin, nous nous sommes intéressés à la notoriété de ces politiques et à l'appréciation de leur pertinence, des conditions de leur mise en œuvre et de leur impact. Au-delà des analyses descriptives, l'analyse statistique<sup>4</sup> des résultats à l'aide du test de Chi-carré a permis de mettre en évidence l'existence de différences significatives entre les types d'acteurs.

Les résultats que nous présentons sont principalement issus de l'enquête quantitative réalisée en 2011 mais nous y avons adjoint quelques citations recueillies lors des enquêtes qualitatives que nous avons menées parallèlement dans les mêmes sites, par immersion prolongée (trois mois minimum de présence et d'observation) dans chaque structure de santé. Cent quatre-vingt-neuf entretiens formels ou informels ont été effectués avec les différentes catégories de personnel concernées par les politiques de gratuité. Nous avons également étudié la prise en charge de divers cas de paludisme et de césarienne, donc des situations d'interaction entre acteurs et nous avons recueilli à cette occasion le point de vue des usagers. Enfin, nous avons procédé à une étude de la documentation disponible.

Plus encore, le paiement des soins est perçu comme la meilleure garantie de la qualité des prestations et ouvre des droits aux usagers<sup>5</sup>.

Certaines pratiques illustrent d'ailleurs l'incidence du paiement sur la qualité, notamment la pratique généralisée de gratifications informelles dans les services publics, voire dans le privé. Les usagers et leurs représentants (élus, membres des associations de santé communautaire) sont d'accord à 90 % avec la proposition selon laquelle « dans les centres de santé, le fait de donner un cadeau ou un paiement parallèle à un agent donne droit à une meilleure prise en charge ». Plus de la moitié du personnel, et 47 % des responsables sanitaires, le confirme<sup>6</sup>.

À l'inverse, pour 78 % de notre échantillon (et près de 50 % des professionnels de santé), « les usagers peuvent difficilement exiger la qualité des soins lorsqu'ils ne payent pas ». L'idée de gratuité des soins est associée à une perte de qualité, tant sur le plan relationnel que sur l'efficacité des soins. Ainsi, plus de deux tiers des usagers, responsables communautaires et élus pensent qu'« une personne qui bénéficie de la gratuité officielle et une personne qui paie ne sont pas considérées de la même manière par le personnel », opinion partagée par 35 % des professionnels de santé. Enfin, entre 40 % et 60 % des enquêtés, selon les groupes, pensent qu'« un service officiellement gratuit ne peut valoir en qualité ce que vaut un service payant ». Les entretiens réalisés avec des usagers et des membres du personnel de santé montrent par ailleurs leur méfiance à l'égard de ce qui est gratuit<sup>7</sup>.

### Une gratuité justifiée pour certaines catégories de la population ?

Le paiement est aussi perçu comme une barrière à l'accès aux soins des plus démunis et donc facteur d'exclusion. L'offre privée est réservée aux riches et les

**5.** « Si tu payes, tu peux être bien soigné. Si tu ne payes pas, si tu es maltraité, tu ne peux rien dire car tu n'as pas dépensé » (femme, usager). « Comme les soins sont payants, les gens sont plus exigeants. Comme on fait payer, les gens ont droit aux résultats » (responsable sanitaire, milieu hospitalier).

**6.** L'intérêt de cette pratique est bien perçu par cette femme, rencontrée dans un centre de santé : « Le paiement officieux fait plus changer le comportement des agents que le paiement officiel. L'agent est obligé de bien s'occuper de toi car il ne veut pas que cela se sache. Or, si le patient est mécontent, il va faire des histoires. »

**7.** « Au début, réellement, les agents étaient un peu fâchés. La santé n'a pas de prix. Quand la santé devient

réellement gratuite, toi-même souvent tu te mets en tête que quand je vais chez quelqu'un et qu'il me traite gratuitement, est-ce qu'il m'a même fait une bonne prestation ? » (personnel, CSCOM). « Je ne savais pas du tout qu'il y avait la gratuité. Mais je trouve cela très bien et je suis contente, pourvu que ce soit de bons produits. Le gratuit ne me convainc pas. Dans toutes choses, il faut payer un peu, aussi minime soit-il » (usager, CSCOM).

**8.** « Pour le paiement informel, l'agent ne fixe pas un prix, cela se négocie en fonction des relations sociales et aussi en fonction du niveau de revenu de la famille. Le suivi d'une femme de patron sera plus cher mais également de meilleure qualité » (usager, CSREF).

**9.** Selon 42 % des enquêtés, la baisse de fréquentation des centres est une des conséquences négatives de l'introduction du recouvrement des coûts ; et pour 75 % de notre échantillon, la principale cause de la sous-fréquentation des infrastructures sanitaires est le manque de moyens financiers d'une partie importante de la population.

**10.** « Il faut faire à tout le monde pareil, privilégier l'harmonie sociale, ce qui veut dire pas d'avantages pour les pauvres. Les riches ne vont pas accepter de n'être pas prioritaires et mieux soignés. Et les pauvres n'ont pas de voix pour se faire entendre. L'idée est que si tu fais un régime de faveur aux plus pauvres, tout le monde va chercher à tricher et se faire passer pour plus pauvre » (usager, CSCOM).

soins payants publics sont orientés par des considérations marchandes (paiements informels). Ils sont aujourd'hui particulièrement inéquitables. L'offre exclut les plus pauvres des soins. Plus de 80 % des usagers et des élus et jusqu'à 40 % des professionnels de santé approuvent l'idée selon laquelle « les pauvres ne sont pas soignés dans les centres de santé s'ils ne peuvent pas payer ». Par ailleurs, les usagers qui le peuvent monnaient l'accès à des soins de meilleure qualité (paiements informels, recherche d'arrangements)<sup>8</sup> (voir document page 62).

Les conséquences de ce système sont clairement perçues par les enquêtés. Il y a d'abord une dépendance des plus pauvres envers la générosité des tiers pour être soignés (78 %). Ensuite, on enregistre une prise en charge tardive des patients pauvres (81 %), et des centres de santé peu fréquentés<sup>9</sup>.

Le désir que soient réduites les barrières financières à l'accès aux soins est également partagé par les acteurs. En revanche, les solutions à apporter sont perçues de manière polarisée. D'un côté, les professionnels de santé proposent de réguler l'accès aux soins par des dispositifs assuranciers (assurance médicale obligatoire, mutualité). De l'autre côté, les usagers envisagent soit des mesures de gratuité ou des facilités pour les pauvres, soit la réduction de certains tarifs jugés inaccessibles au plus grand nombre. Dans la plupart des cas, il s'agit d'aménagements prudents du système existant plutôt que sa remise en cause.

Les enquêtés approuvent largement l'idée selon laquelle « il est juste que certaines catégories de personnes ou de malades bénéficient d'une prise en charge gratuite ». Le principe de gratuité est alors perçu comme devant être réservé à trois catégories : les indigents exclus des services de santé, les enfants et les personnes âgées, trop fragiles pour supporter l'attente de soins.

On constate cependant une certaine réticence à une discrimination positive en faveur des pauvres. Selon 53 % des responsables sanitaires, 41 % du personnel et des élus et 27 % des usagers, « il est juste d'appliquer les mêmes tarifs aux pauvres et aux riches ». En effet, les inégalités sont le fait de Dieu et s'il paraît légitime de tenter de les corriger dans l'accès aux soins, le risque de perturber la paix sociale est évoqué. Par ailleurs, les enquêtés soulignent la difficulté qu'il y a, d'une part, à cibler les vrais pauvres (risque de tricherie), d'autre part, à ce que les riches renoncent à leurs privilèges<sup>10</sup>. Et les rares acteurs qui proposent comme solution la gratuité totale des soins pour tous les usagers justifient leur choix par le souci de n'introduire justement aucun régime de faveur.

### **Doute sur la capacité de l'État à assumer sa politique de gratuité des soins**

Les gouvernements socialiste, puis militaire, ont appliqué une politique de gratuité totale des soins de santé jusqu'au début des années 1990. Très peu de personnel de santé et encore moins d'usagers (22 % seulement pour ces derniers) gardent le souvenir de cette politique. Depuis, le domaine de la santé a fait l'objet de réformes importantes dont les principales sont, d'un côté, le double

mouvement de décentralisation, institutionnelle et sectorielle, qui s'est traduit par un désengagement financier de l'État, et une responsabilisation de nouveaux acteurs (associations de santé communautaires, collectivités décentralisées) au niveau local, et l'application de la politique de recouvrement des coûts (initiative de Bamako, IB), donc le paiement direct au point de service.

Les quatre types d'acteurs interrogés pensent que l'État a été amené à introduire le principe de paiement des soins et corrélativement la responsabilisation communautaire, pour deux raisons principales. La première est son incapacité à faire face aux besoins grandissants des populations (augmentation démographique, nouveaux standards de soins) ; cette raison est avancée plutôt par les professionnels de santé. La seconde est la faible performance du système en place (pénuries de médicaments, absentéisme du personnel) ; cette raison est privilégiée par les usagers et leurs représentants.

On note que 65 % de notre échantillon dit avoir été favorable à la réforme de l'IB qui s'inscrit dans la logique sociale selon laquelle le fait de payer ouvre des droits (voir graphique page 59). Mais des différences statistiques significatives sont observées selon les groupes.

Les personnes peu favorables à cette politique, parmi lesquelles les usagers sont les plus nombreux, invoquent les difficultés d'accès aux soins des usagers qu'elle engendre dans un contexte de pauvreté. Les partisans de la réforme IB, plus nombreux parmi les professionnels de santé, perçoivent le recouvrement des coûts comme seule garantie de la viabilité financière et de l'efficacité du dispositif sanitaire.

Dans ce contexte, l'État a mis en place des politiques d'exemptions de paiement. Pour les quatre catégories d'acteurs, l'introduction de ces gratuités est motivée par le souci de restaurer une certaine équité dans l'accès aux soins ou par des préoccupations de santé publique. Mais 20 % à 36 % des enquêtés, selon les groupes, évoquent des motivations purement politiciennes.

Bien qu'elles n'aient pas été spontanément citées comme solution au problème d'inégalité d'accès aux soins, ces politiques de gratuité ciblées recueillent près de 90 % d'opinions favorables. Les groupes d'acteurs restent néanmoins sceptiques sur la capacité de l'État à assurer cette prise en charge gratuite qui représente un défi financier et suppose une capacité d'organisation et de contrôle qu'on ne lui reconnaît pas. Les conditions de mise en œuvre de ces politiques viennent conforter cette opinion.

### Une difficile appropriation des dispositifs de gratuité par les acteurs

Les décisions des mesures sectorielles d'exemption de paiement des soins ont acquis une forte notoriété. On constate néanmoins que les usagers ne sont

11. « J'ai entendu parler de la gratuité à la TV mais c'est le Mali, rien n'est réel, je n'y croyais pas du tout.

Aujourd'hui j'en suis sûr et j'en suis content. Tu vois, dans ma poche, j'ai cinquante mille francs. Je pensais que

ça allait me coûter cher. Or je n'ai rien dépensé, à part les frais de consultation » (usager, CSREF).

pas convaincus de l'existence de ces gratuités tant qu'ils n'en ont pas fait l'expérience concrète, comme en attestent les propos de cet usager qui vient d'en bénéficier<sup>11</sup>.

Par ailleurs, les responsables sanitaires jugent la communication de ces mesures imparfaite, quel que soit le type de gratuité, du fait notamment de l'imprécision des informations véhiculées. En outre, 32 % du personnel de santé et jusqu'à 53 % des usagers pensent que les campagnes d'information n'ont pas permis aux plus pauvres d'avoir accès à cette information.

Enfin, la majorité des personnes informées de l'existence de ces mesures d'exemption, et notamment les usagers, méconnaissent encore largement leurs contours. La connaissance de la gratuité des traitements des maladies opportunistes de l'infection au sida varie significativement avec le statut des répondants. Les usagers (54,25 %) et les élus (66,67 %) sont les moins nombreux à savoir que le traitement est gratuit. Les usagers méconnaissent largement la gratuité de la prise en charge des cas de paludisme grave. Très peu d'acteurs savent que les complications de la prise en charge des césariennes, les examens et analyses complémentaires, et même l'hospitalisation, sont traitées gratuitement. Par exemple, trois usagers seulement sur dix savent que l'hospitalisation est gratuite en cas de césarienne, contrairement aux autres catégories d'acteurs qui sont mieux informés.

Plus de 70 % des enquêtés pensent que ces trois politiques sont effectivement appliquées au Mali, avec une différence significative entre la gratuité de la césarienne et celle du paludisme (tableau 3). Un quart des usagers et élus pensent que cette dernière gratuité n'est pas appliquée et l'on peut donc légitimement s'interroger sur les conditions de sa mise en œuvre.

Concernant le sida, peu de personnes contestent l'effectivité de la gratuité mais un grand nombre d'usagers déclarent ne pas être informés, ce qui s'explique sans doute par le caractère rare et confidentiel de la maladie.

Par ailleurs, les acteurs évoquent deux problèmes importants concernant l'application de ces politiques. Le premier est la définition imparfaite de leurs contours et l'imprécision des informations communiquées à ce sujet rend toute application confuse. Elles laissent une marge de manœuvre importante aux prescripteurs locaux et nuisent à toute tentative de suivi ou de contrôle par l'État. Le second correspond aux ruptures fréquentes de produits gratuits (médicaments, kits, consommables) qui sont observées, sans qu'il soit possible pour les usagers de situer les responsabilités.

Cette situation a des conséquences préjudiciables pour l'appropriation de ces politiques. Elle contribue à accentuer le déficit d'informations et de confiance des usagers et entame la capacité des usagers à faire valoir leurs droits. On note ainsi que seulement 34 % des usagers et 48 % des élus pensent que « les usagers n'hésitent pas à revendiquer la gratuité des soins face au personnel ». D'autant que, comme le souligne cet élu, « les gens ont peur des agents et ils ne disent rien. Dans la tête des usagers, l'agent n'a de compte à rendre à personne. Il faut donc être passif et chercher à calmer le jeu ».

## Une évaluation mesurée de l'impact des politiques de soins

Plus de 80 % des acteurs reconnaissent que ces politiques ont résolu certains problèmes ou entraîné des changements positifs. Elles favorisent notamment l'accès aux soins et permettent une meilleure gestion de la maladie, par un recours aux structures de santé dès les premiers symptômes de maladie et par la disponibilité des médicaments (notamment les ARV). 84 % de nos interlocuteurs affirment que ces politiques ont augmenté l'utilisation des services et 92 % soulignent qu'elles bénéficient aussi aux plus pauvres. On constate néanmoins que l'impact positif de la gratuité sur les pratiques de paiements informels ne fait pas l'unanimité car 75 % des usagers et presque 40 % des responsables sanitaires ne pensent pas qu'elles aient réussi à faire diminuer ces pratiques.

Plus encore, pour 40 % des acteurs, la mise en œuvre de ces politiques a provoqué de nouveaux problèmes ou en a aggravé certains. L'impact négatif des trois types de gratuité sur la qualité des soins est notamment perceptible. Ainsi, 74 % des usagers et près de 50 % des autres groupes ne pensent pas que ces politiques aient rendu plus faciles les relations entre usagers et personnels de santé. Plus de 50 % des usagers et du personnel soutiennent que « les politiques de gratuité ont entraîné une perte de confiance des usagers envers le personnel », contre seulement 8 % des responsables sanitaires. Le personnel est suspecté de provoquer les ruptures pour faire payer les usagers.

Par ailleurs, les politiques de gratuité entraînent une détérioration des conditions de travail du personnel (voir graphique page 59). Selon 69 % des enquêtés, et plus de 80 % du personnel, « le personnel de santé a un emploi de temps plus chargé depuis la mise en œuvre des politiques de gratuité<sup>12</sup> ».

Enfin, 63 % des enquêtés, de manière équivalente selon les groupes, pensent que « le personnel de santé a perdu certaines motivations financières du fait des politiques de gratuité ». Ceci semble entraîner comme conséquence indirecte la tentation du personnel « de se dégager des actes gratuits au profit du personnel subalterne ». 37 % du personnel, directement concerné, et près de 60 % des élus et des usagers le pensent contre seulement 14 % des responsables sanitaires<sup>13</sup>.

La perspective d'une éventuelle gratuité universelle des soins confirme la difficulté à concilier accessibilité et qualité des soins. 85 % des acteurs pensent que la gratuité universelle des soins aurait un impact positif sur l'accès aux soins mais qu'elle se traduirait aussi par une baisse de la qualité des soins, une fragilisation du système de santé, voire sa faillite (diminution des recettes et faillite, fin de l'autogestion), et un abandon, l'État étant jugé inapte à la maintenir.

**12.** À ce sujet, le personnel fait d'ailleurs preuve d'une certaine virulence. « La gratuité là, c'est de la merde. Ça me charge, surtout les rapports, c'est trop. Arrêtez avec cette gratuité et nous serons tranquilles » (personnel, CSCOM).

**13.** « On sait que la césarienne est gratuite alors qu'avant une césarienne pouvait coûter plus de 100 000 francs CFA. Aujourd'hui, l'État a rendu ça gratuit alors que le pratiquant pouvait gagner quelque chose par rapport à l'opération. S'il ne gagne pas, cela le pousse à mal agir.

Et cela peut faire que la bonne dame qui doit bénéficier peut en souffrir si son opération est mal faite » (élu).

**14.** Voir Jaffré et Olivier de Sardan (2005), pour une analyse de ces dysfonctionnements.



## Discussion

Notre mode d'échantillonnage n'autorise pas une extrapolation statistique des résultats à l'ensemble de la population. D'autre part, certaines questions, trop peu détaillées, ne permettent pas l'analyse comparée de la perception des trois types de gratuité (césariennes, antipaludéens pour les enfants de moins de cinq ans et ARV).

En revanche, la cohérence forte des données renforce la validité interne de l'enquête et confirme la pertinence des quatre groupes stratégiques choisis relativement à ces gratuités. Les professionnels de santé adoptent globalement un positionnement statistiquement différent de celui des usagers et de leurs représentants. Par ailleurs, les responsables sanitaires et les représentants communautaires ou élus se distinguent respectivement du personnel ou des usagers par un niveau d'information supérieur et un discours plus normatif.

L'analyse comparée des opinions met en évidence les intérêts divergents de ces catégories d'acteurs. Certes, les quatre groupes d'acteurs ont une vision partagée du contexte social ou institutionnel qui prévalait lors de l'introduction de ces poches de gratuité et sur le caractère inacceptable des inégalités dans l'accès aux soins. En revanche, leurs positions divergent lorsqu'on aborde certains principes de fonctionnement ordinaire des centres de santé. On constate ainsi un partage très net des opinions entre, d'une part, les usagers et leurs représentants, d'autre part, les professionnels de santé qui peinent à accepter les dysfonctionnements que les politiques de gratuité mettent une nouvelle fois en évidence<sup>14</sup>.

L'analyse confirme l'adhésion des usagers à ces politiques et leur souci d'améliorer leurs conditions d'accès aux soins, résultats déjà largement mis en évidence. Une étude réalisée en Afrique subsaharienne (Abiola *et al.*, 2008) montre ainsi qu'en matière d'amélioration des services de santé, l'opinion publique mesure l'engagement des gouvernements en premier lieu aux efforts qu'ils consentent pour faciliter l'accès aux soins. La plupart des études réalisées sur les politiques de gratuité (El Khoury *et al.*, 2011 ; El Khoury *et al.*, 2012, Witter *et al.*, 2007) font état de la satisfaction des usagers vis-à-vis de ces politiques. L'intérêt accordé par les usagers à la qualité des prestations offertes dans leurs formations sanitaires et son influence sur leur perception des mesures de gratuité sont moins mis en évidence. On montre pourtant que les usagers restent dubitatifs sur la capacité de l'État à imposer ces exemptions de paiement et plus encore sur leur acceptation par le personnel de santé. Ils sont particulièrement sensibles aux conséquences négatives que ces politiques peuvent avoir sur la qualité des soins, du fait de l'aggravation perçue de certains dysfonctionnements et d'une suspicion renforcée à l'égard des professionnels de santé.

Autre élément à souligner, l'adhésion des professionnels de santé à ces politiques semble assez superficielle. Une recherche menée à Kayes (Cissé, 2007) sur la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne souligne que pour les professionnels de santé, la décision des exemptions de paiement est considérée comme ayant été une « décision politique sans base scientifique ». Nous retrouvons dans notre étude la distance prise par les techniciens à l'égard des décideurs, auxquels

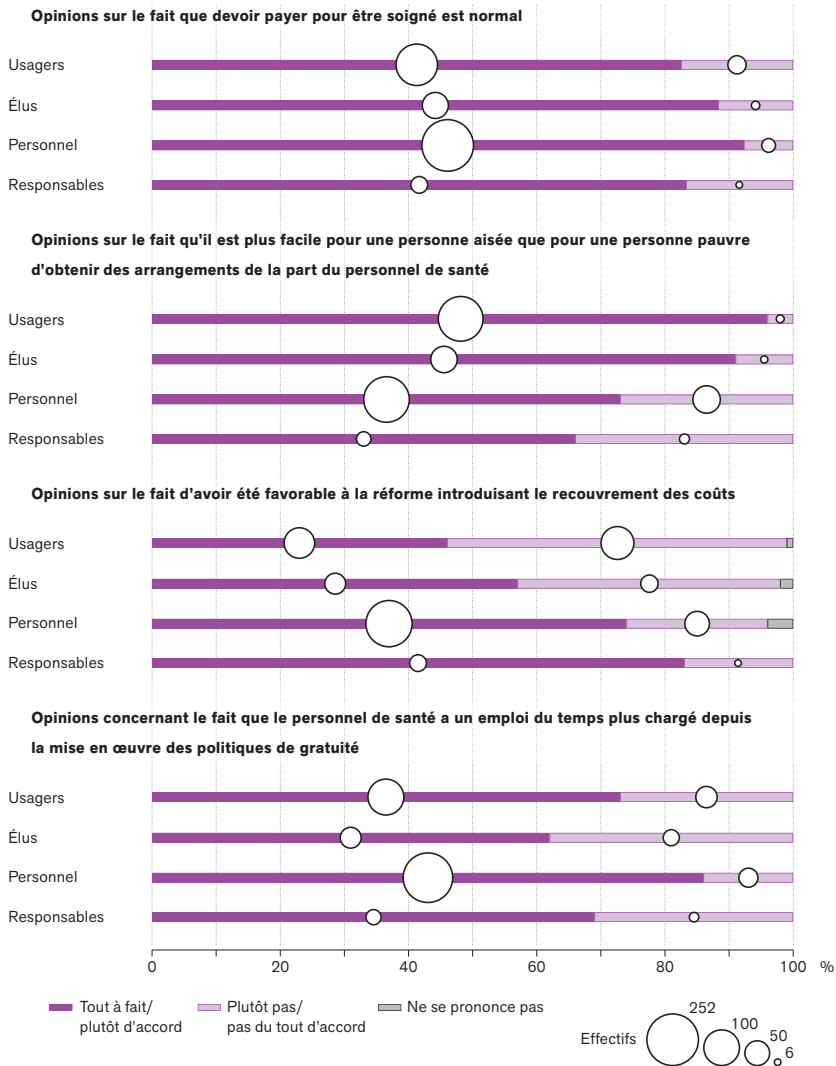
ils attribuent à juste titre la paternité de ces initiatives (Tchiombiano, Koné, Prévalet, M'baye, 2012) mais également la responsabilité de tous les problèmes rencontrés dans leur application. Leur positionnement dans cette étude est très ambivalent : ils approuvent ces politiques mais ressentent une profonde frustration vis-à-vis de l'État qui a imposé ces mesures. Ils plébiscitent la politique de recouvrement des coûts, souhaitent laisser à l'État, *via* des systèmes assurantiels qui peinent à se mettre en place, le soin de régler la question difficile de l'accessibilité aux soins de santé et pensent plutôt à améliorer leurs conditions de travail et de rémunération. Si l'opinion des professionnels de santé détermine leur implication, on peut légitimement s'interroger sur les conditions de mise en œuvre des mesures de gratuité. Les études que nous avons réalisées à ce sujet (Touré, 2011, 2012) mettent en évidence certaines stratégies du personnel visant à entraver ou limiter la portée de ces politiques et un souci constant d'orienter le fonctionnement des formations sanitaires, non pas dans l'intérêt des usagers mais dans celui des prestataires. Une étude réalisée au Sénégal sur la gratuité de la césarienne (Mbaye, 2011) montre aussi que les préoccupations de santé publique affichées par le personnel dans les discours tendent à masquer une quête de profit, quelquefois au détriment de la santé des femmes.

De nombreuses études, conscientes du manque d'implication du personnel de santé, concluent par la nécessité de prévoir des ressources supplémentaires, humaines et financières pour les satisfaire. Ces mesures d'accompagnement peuvent sans doute limiter certaines perturbations exercées par les politiques d'exemption sur les autres fonctions des systèmes de santé des pays concernés (Ridde, 2010) mais ne nous semblent pas en mesure de contrecarrer l'opposition fondamentale du personnel au principe même de gratuité. L'approche anthropologique de ces politiques publiques de gratuité (Eboko, 2005) montre comment elles sont progressivement intégrées au « dysfonctionnement ordinaire » des services de santé. Et si, comme le pensent certains auteurs (Meessen, Kouanda, Ridde, 2012), elles constituent une opportunité pour un renforcement des systèmes de santé, il importe de la saisir et de s'intéresser enfin à la source même de ces graves dysfonctionnements, et de chercher à y remédier. L'intérêt des usagers et l'intérêt des professionnels de santé ne peuvent continuer à s'opposer au quotidien dans les formations sanitaires, sans arbitrage fort de l'État et de ses partenaires, ce qui, compte tenu des conditions démocratiques qui prévalent en 2012 au Mali, n'est pas évident.

## Conclusion

L'appropriation par l'opinion des mesures d'exemption rencontre des freins structurels, qui relèvent autant du contexte dans lequel ces politiques prennent place (notamment l'ancre fort de la nécessité perçue du paiement et la persistance des pratiques informelles dans l'espoir d'améliorer la qualité des prestations) que des conditions mêmes d'émergence et de mise en œuvre des politiques publiques.

**Un accueil mitigé des politiques de gratuité des soins au Mali.  
Résultats de l'étude quantitative**



Cyrille Susas – Cartographie, 10/2012.

Cette étude quantitative a été réalisée en 2011 au Mali sur trois sites d'enquêtes, la commune 1 du district de Bamako, le cercle de Sikasso et le cercle de Kita. Dans chaque site, deux centres de santé communautaires (CSCOM), le centre de santé de référence (CSREF) et l'hôpital ont été retenus. Ces graphiques retranscrivent en partie les opinions exprimées par les enquêtés.

Source : résultats de l'enquête quantitative menée par Laurence Touré.

La rupture avec le système construit sur l'Initiative de Bamako a constitué un mouvement « à rebours » relativement brusque, non seulement au plan de l'évolution des normes et des pratiques médicales, mais aussi de discours idéologiques sur le rôle de l'État et du citoyen. Par ailleurs, ces mesures ont

été imparfaitement définies et imparfaitement communiquées, dans leur esprit comme dans leurs contours ; elles ont été aussi imparfaitement mises en œuvre, devenant ainsi porteuses de frustrations et de tensions. Enfin, ces mesures insécurisent les professionnels de santé et déstabilisent les usagers, qui n'ont pas une vision claire des enjeux et des conditions de mise en œuvre des exemptions, dans un contexte où les relations « État-corps médical-usagers » sont empreintes de méfiance et de suspicion.

Si la politique de recouvrement des coûts a favorisé la disponibilité des médicaments au détriment de l'équité, les politiques de gratuité améliorent l'accessibilité aux soins au détriment de la qualité perçue. Elles révèlent, et quelquefois aggravent, les dysfonctionnements du système de santé (déficit de contrôle et de supervision, gestion peu rationnelle des ressources humaines). Elles heurtent les professionnels de santé sans convaincre les usagers de leur pertinence dans le contexte actuel et de leur pérennité.

On peut se demander en conséquence si l'État n'est pas confronté à une double priorité : d'une part, le renforcement du système de santé, d'autre part, la recherche de combinaisons entre diverses formes de financements permettant d'aller vers une couverture universelle (assurance médicale obligatoire, régime d'assistance médicale, fonds d'appui, mutuelles), qui peuvent œuvrer à la défense de la qualité des soins, et dans lesquelles les politiques de gratuité doivent à terme s'enchâsser.

## Bibliographie

- Abiola, S.E., Gonzales, R., Blendon, R.J., Benson, J.** (2011), "Survey in Sub-Saharan Africa Shows Substantial Support for Government Efforts to Improve Health Services", *Health Affairs*, vol. XXX, n° 8, p. 1478-1487.
- ATN, USAID** (2011), « Étude de l'effet de l'introduction d'une prise en charge financière des enfants de moins de cinq ans dans les formations sanitaires publiques et privées au Mali ».
- Cissé, S.B.** (2007), « Analyse de la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne à l'hôpital Fousseyni Daou de Kayes au Mali », mémoire de master en population et santé, université de Ouagadougou, Burkina Faso.
- Eboko, F.** (2005), « Politiques publiques et sida en Afrique. De l'anthropologie à la science politique », *Cahiers d'études africaines*, n° 178, p. 351-387.
- El Khoury, M., Gandaho, T., Arur, A., Keita, B., Nichols, L.** (2011), « Améliorer l'accès aux services de santé maternelle qui sauvent la vie. Effets de l'exemption des frais liés à la césarienne au Mali. Bethesda », MD, Health Systems 20/20, Abt Associates Inc.
- El Khoury, M., Gandaho, T., Hatt, L.** (2012), "User Fee Exemptions and Equity in Access to Caesarean Sections. An Analysis of Patient Survey Data in Mali", *International Journal for Equity in Health*, n° 11, p. 49.
- Fournier, P., Philibert, A., Tourigny, C., Coulibaly, A., Traoré, M., Dumont, A.** (2012), « La gratuité de la césarienne sauve des vies, surtout dans les villes », note de synthèse.
- Jaffré, Y., Olivier de Sardan, J.-P.** (2003), « Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest », Paris, Apad-Karthala.
- Mbaye, E.M. et al.** (2011), « "En faire plus pour gagner plus." La pratique de la césarienne dans trois contextes d'exemption des paiements au Sénégal », *Santé publique*, vol. XXIII, n° 3, p. 207-219.
- Olivier de Sardan, J.-P.** (2008), « La rigueur du qualitatif », *Anthropologie prospective*, n°3, Academia Bruyant.
- Richard, F., Witter, S., De Brouwere, V.** (2008), « Réduire les barrières financières aux soins obstétricaux dans les pays à faibles ressources », *Studies in Health Services Organisation and Policy*, n° 25.
- Ridde, V., Robert, E., Meessen, B.** (2012), "A Literature Review of the Disruptive Effects of User Fee Exemption Policies on Health Systems", *BMC Public Health*, n° 12, p. 289.
- Ridde, V.** (2011), « Politiques publiques de santé, logiques d'acteurs et ordre négocié au Burkina Faso », *Cahiers d'études africaines*, vol. LI, n° 1, p. 115-143.
- Ridde, V., Meessen, B., Kouanda S.** (2011), « L'abolition sélective du paiement direct en Afrique subsaharienne : une opportunité pour le renforcement des systèmes de santé ? », *Santé publique*, vol. XXIII, n° 1, p. 61-67.
- Ridde, V., Morestin, F., Belaid, L.** (2010), « Politiques contemporaines de gratuité des soins en Afrique », in Y. Sanni, *Les Maux et les Choses de la santé. Acteurs, pratiques et systèmes de santé dans le tiers-monde*, Ottawa, Presses de l'université d'Ottawa, p. 207-241
- Tchiombiano, S., Koné, Y.F., Prévalet, A., M'baye, E.H.** (2012), « 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 », rapport de recherche.
- Touré, L.** (2011), « La mise en œuvre de la politique de gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes. Le cas de Bamako », rapport de recherche.
- Miseli** (2012), « La mise en œuvre de la politique de gratuité de la césarienne », étude comparative dans trois sites d'enquête, rapport de recherche.
- Walker, L., Gilson, L.** (2004), "'We are Bitter but we are Satisfied'. Nurses as Street Level Bureaucrats in South Africa", *Social Science and Medicine*, n° 59, p. 1251-1261.
- Witter, S., Kusi, A., Aikins, M.** (2007), "Working Practices and Incomes of Health Workers. Evidence from an Evaluation of a Delivery Fee Exemption Scheme in Ghana, *Human Resources for Health*, n° 5, p. 2.

**Tableau 1 – Description des personnes concernées par l'enquête et des procédures d'échantillonnage**

	<b>Service/collectivité</b>	<b>Mode échantillonnage</b>
Responsables sanitaires	DRS Direction hôpital CSREF (centre de santé de référence)	Choix raisonné des principaux responsables de chaque service Directeur régional de la santé Chefs des divisions santé, planification et pharmacie Directeur et directeur adjoint de l'hôpital Responsables syndicaux du personnel Points focaux gratuité Équipe cadre du district (CSREF)
Personnels de santé	Hôpital CSREF Deux CSCOM par site	Liste actualisée du personnel de chaque structure Sélection aléatoire, par catégorie de personnel (statut et fonction) de vingt à trente personnes selon l'effectif total À l'hôpital, les services concernés par la gratuité et deux services non concernés Tout le personnel des CSCOM Tous les chefs de poste du district présent lors d'une réunion au CSREF
Élus et représentants communautaires	Assemblée régionale Conseil de cercle Commune Association de santé communautaire et leur fédération régionale et locale Conseil de gestion CSREF Conseil d'administration de l'hôpital	Choix raisonné Bureaux des collectivités (président et chargés des questions santé) Présidents et trésoriers des structures communautaires Président/vice-président du CA de l'hôpital et des conseils de gestion des CSREF
Usagers effectifs et potentiels	Usagers hôpital, CSREF et deux CSCOM par site Marché (vendeuses) École (enseignants) « Grin » de jeunes Association communale d'artisan Association de producteurs	Choix aléatoire parmi les usagers (patients ou accompagnants) dont la date d'entrée correspondait à la veille du jour d'enquête Pour les usagers potentiels, une personne sur quatre rencontrée et correspondant au profil recherché

**Tableau 2 – Entretiens réalisés dans le cadre des enquêtes qualitatives**

Entretiens réalisés Sites d'enquête		Nombre entretiens		Études de cas usagers	
		Acteurs santé	Élus	Paludisme	Césarienne
Bamako	CSREF/commune	15	2	8	12
	CSCOM 1	9	2	10	
	CSCOM 2	6	1	6	
Sikasso	Hôpital/région	17	3		9
	CSCOM 1/ commune	6	3	12	
	CSCOM 2/ commune	5	2	10	
Kita	CSREF	8	1	4	12
	CSCOM 1	5	2	7	
	CSCOM 2	4	2	6	

**Tableau 3 – Pourcentage d'acteurs affirmant l'application effective de chaque politique de gratuité**

	Ensemble	Usagers	Élus	Personnel	Responsables
La gratuité de la prise en charge des malades du sida	80 %	55 %	85 %	88 %	92 %
La gratuité de la prise en charge de la césarienne	86 %	79 %	80 %	91 %	92 %
La gratuité du traitement du paludisme pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans	74 %	59 %	61 %	84 %	92 %