

# LES POLITIQUES DE GRATUITE DANS LEUR CONTEXTE.

## La perception des acteurs maliens



Laurence Touré

**MISELI**

PROGRAMME DE RECHERCHE

« L'ABOLITION DU PAIEMENT DES SERVICES DE SANTÉ EN AFRIQUE DE L'OUEST »

MARS 2011

# Objectifs



- Registre des perceptions des principales catégories d'acteurs
  - Rendre compte du contexte dans lequel ces politiques prennent place :
    - ✦ Perceptions et pratiques du paiement comme condition d'accès aux soins et ses conséquences en termes d'inégalités
    - ✦ Réformes successives du système de santé
  - Rendre compte de la notoriété de ces politiques auprès des principales catégories d'acteurs
  - Rendre compte de l'appréciation qu'ils ont des politiques actuellement mises en œuvre au Mali
    - ✦ Pertinence
    - ✦ Mise en oeuvre
    - ✦ Impact

# Méthodologie



- Sites d'enquête
  - Commune 1 de Bamako,
    - ✦ Un site dans la capitale,
    - ✦ Des quartiers de standing différents
    - ✦ Des CSCOMs plus ou moins récemment implantés et fréquentés
  
  - Cercle de Sikasso :
    - ✦ Sud Mali, région cotonnière,
    - ✦ zone pilote en matière de santé (mutualité, etc.);
    - ✦ choix de CSCOM, urbain ou rural réalisant de belles performances (fréquentation, qualité des soins, etc.)
  
  - Cercle de Kita
    - ✦ Fait migratoire dans la région de Kayes qui s'étend vers le cercle de Kita ces dernières années
    - ✦ Site sentinelle /gratuité paludisme dans la région de Kayes
    - ✦ CSCOMs moyennement opérationnels et fréquentés

# Méthodologie



- **Échantillonnage**
  - Quatre groupes stratégiques dont on peut penser qu'ils ont des points de vue et des intérêts spécifiques/à ces politiques
    - ✦ Usagers, Elus/responsables communautaires, Responsables sanitaires, Personnel de santé
  - Un échantillonnage sur une base empirique et par choix raisonné
    - ✦ Cas contrastés pour favoriser l'expression d'une diversité points de vue : différentes catégories de personnel, différents niveaux de la pyramide sanitaire ou de la décentralisation, différents groupes sociaux
- **Outils**
  - Élaboration d'un questionnaire plutôt qualitatif (questions d'opinion, réponses ouvertes) pour obtenir une vision d'ensemble et des réponses standardisées sur les thèmes de la gratuité
  - Analyse statistique : évaluer l'existence d'une association significative entre les différentes variables et la variable statut des répondants
- **Bilan**
  - Peu de problèmes de passation en dépit de la longueur du questionnaire (sauf auto administration)
  - 592 questionnaires administrés dont 279 usagers et leurs représentants communautaires ou élus, et 313 professionnels de santé
  - Un échantillon effectivement très diversifié (âge sexe, fonction, etc.) mais une forte majorité (79%) de citadins (Bamako et villes secondaires Sikasso et Kita)

## Note : Une cohérence réelle des résultats, qui prouve la validité interne de l'enquête



- Une logique des réponses au sein d'un même groupe (pas de réponses contradictoires)
- Des réponses divergentes selon les groupes
  - On constate, sans trop de surprise, et l'analyse statistique le confirme, que les réponses des professionnels de santé sont souvent similaires et différent de celles des profanes, élus ou usagers.
  - Ces divergences semblent moins traduire des opinions fondamentalement contraires qu'un niveau de connaissances variable sur toutes ces questions. En effet, les opinions des uns et des autres se forment différemment :
    - ✦ Les responsables sanitaires disposent plus facilement de l'information théorique sur ce qui doit être.
    - ✦ Les usagers, le personnel (l'information circulant difficilement du haut en bas de la hiérarchie) et mêmes les élus construisent leurs connaissances sur la base d'expériences plus concrètes. Pour ces derniers, ce qui n'est pas directement expérimenté est méconnu.
  - Ces divergences peuvent également être expliquées par la plus ou moins grande obligation de réserve des enquêtés.
    - ✦ Les responsables sanitaires et dans une moindre mesure les élus, ont ainsi tendance à adopter des positions personnelles plus modérées
    - ✦ Les usagers sont peu soucieux du politiquement correct.

## Conclusions



- Un contexte, social et institutionnel, peu favorable à la mise en œuvre de ces politiques
- Le niveau de connaissances des acteurs, notamment à la base, ne facilite pas cette mise en œuvre
- L'application de ces politiques et leurs conséquences perçues tendent à renforcer le scepticisme ambiant

## Conclusion 1



Un contexte peu favorable à la mise en œuvre de ces politiques

## Un contexte social peu favorable à la mise en œuvre de ces politiques



- Le paiement comme condition d'accès aux soins n'est pas remis en cause.
- Par principe :
  - Le fait de payer est normal (87%) et habituel, protège les soignants,
  - Il traduit la considération et la reconnaissance dues légitimement à celui qui guérit pour le service rendu
  - Il donne des droits aux usagers : accès aux soins, exiger la qualité, obtenir une meilleure qualité
  - Enfin, le fait de payer agit positivement sur le comportement des usagers
- Les pratiques sont sous tendues par ce principe
  - Une pratique habituelle de paiement même pour la médecine traditionnelle
  - Des pratiques illustrent le lien qui est fait entre coût d'une prestation et qualité :
    - Recours à la médecine privée pour tous ceux qui le peuvent
    - Pratique de paiement informel généralisée dans les services publics, mais également dans le privé



## Un contexte institutionnel peu favorable à la mise en œuvre de ces politiques



- Une longue expérience de gratuité, largement méconnue
  - Très peu d'usagers et de personnel en ont gardé le souvenir
  - Les responsables sanitaires ou élus, en sont mieux informés (plus âgés, connaissance théorique)
    - application effective ?
- Depuis, un contexte de réformes successives dans le domaine de la santé
  - Quelques exemples : SSP, décentralisation sectorielle santé, transfert de compétence de la santé aux collectivités locales, réforme hospitalière
  - Dont l'IB avec l'introduction de la gestion communautaire de la première ligne, les médicaments génériques et le recouvrement des coûts
- Motivations de l'Etat à adopter cette politique donc à introduire le recouvrement des coûts
  - Incapacité de l'Etat à faire face à des besoins grandissants (augmentation démo, etc.)
  - Faible performance du système en place

# Un contexte institutionnel peu favorable à la mise en œuvre de ces politiques



- Appréciation de la réforme de l'IB par les enquêtés
  - 65% d'avis favorables
    - ✦ mais des différences statistiquement significatives selon les groupes (un peu moins de la moitié des usagers et jusqu'au ¾ des responsables sanitaires)
  - Arguments des partisans (les mêmes dans tous les groupes)
    - ✦ Nécessité d'améliorer l'existant
    - ✦ Nécessité d'appuyer l'Etat dans la prise en charge des besoins
    - ✦ Désintérêt pour ce qui est gratuit au Mali
  - Arguments des détracteurs (le même dans tous les groupes)
    - ✦ Difficultés d'accessibilité aux soins dans un contexte de pauvreté et d'inégalités
  - Changements perçus, introduits par cette réforme
    - ✦ Amélioration sensible de la qualité des soins
    - ✦ Baisse accessibilité financière.
- L'IB (dont le recouvrement des coûts) est présenté comme une solution aux problèmes qui se posent : problème de l'Etat qui ne peut seul faire face à l'ampleur des besoins  
Néanmoins, une plus grande difficulté d'accès aux soins à laquelle les usagers et élus semblent plus sensibles que les professionnels de santé

## Une conscience aigüe et partagée des inégalités d'accès aux soins



- Une inégalité d'accès aux soins qui s'applique à l'ensemble des offres de santé mais à des degrés différents
  - Certains traitements traditionnels ne sont accessibles que pour les riches (sacrifices)
- Une médecine moderne particulièrement inéquitable
  - Elle exclut les plus pauvres des soins
  - Elle propose dans le privé une offre réservée aux riches
  - Dans le public, les usagers monnayent l'accès à des soins de meilleure qualité (paiement informel, recherche d'arrangements )
  - Ces inégalités sont accentuées par l'IB qui a introduit le recouvrement des coûts
- Une perception claire des conséquences d'un système inéquitable
  - Une prise en charge tardive des patients (81%)
  - Des très pauvres dépendants du bon vouloir des tiers, pour être soignés (78%)
  - Des centres de santé peu fréquentés
    - ✦ questions d'accessibilité financière et géographique notamment

Mais également

  - ✦ référence à un déficit d'information ou à des blocages d'ordre culturel (option privilégiés par les professionnels santé)
  - ✦ référence à la mauvaise qualité des soins/mauvaise gestion centres

## Un contexte peu favorable à la mise en œuvre de ces politiques



- Des inégalités contre lesquelles il faut lutter
    - Inégalités dues à la différence de moyens financiers : une évidence pour tous
    - Inégalités dues à la distance géographique ou à la nature de la pathologie
    - L'inégal niveau d'information des usagers
  
  - Le meilleur moyen de lutter contre les inégalités
    - Ni une remise en cause du système de santé (gratuité universelle, baisse tarifs)
    - Ni des solutions à rechercher en dehors du système de santé, dans la sphère économique et sociale (améliorer les revenus, mutualité, FAM, AMO)
- Mais plutôt
- un aménagement du dispositif actuel visant les catégories les plus vulnérables
    - ✦ gratuités ciblées sur les pauvres
    - ✦ Option surtout privilégiés par les usagers qui maîtrisent mal les solutions sociales
- Pour fonctionner le système a besoin de faire payer (à l'échelle du système, l'état ne peut pas faire face seul) et dans les pratiques (payer donne droit à la qualité) et mais il faut aider les plus pauvres à faire face aux dépenses.
- Les catégories devant prioritairement bénéficier de la gratuité des soins
    - Les indigents, exclus du système de santé
    - Les catégories de personne dont la fragilité est incompatible avec une prise en charge tardive : les vieilles personnes et jeunes enfants
- Priorités qui ne sont pas guidées par des considérations de santé publique

## La gratuité des soins comme solution à ce problème d'accessibilité ?



- Il apparaît ainsi assez nettement que la question de la gratuité n'est envisagée que pour les pauvres, et dans un champ éthique... Il est question de réduire les inégalités et non de revenir à une médecine gratuite ou de remettre en cause le système. Pour fonctionner, celui-ci doit bénéficier d'une contribution des patients, même s'il faut aider les plus pauvres à faire face aux dépenses.
  - Cette contribution des patients s'impose au niveau système, puisque l'Etat est incapable de faire face aux besoins (réduire les distances, améliorer la disponibilité des médicaments et du personnel) sans la contribution des patients.
  - Elle est également requise dans les pratiques dans les centres de santé, où la qualité des prestations du personnel varie en fonction du paiement (soins payants versus soins gratuits ; paiement de bakchich ou non).

## Conclusion 2



Le niveau de connaissances des acteurs, notamment à la base,  
ne facilite pas la mise en œuvre de ces politiques

## Les modes et sources d'information sur les politiques de gratuité :



- Les modes d'information des enquêtés
  - Les connaissances et opinions des usagers, et même du personnel, semblent se construire largement sur la base d'expériences concrètes ( ce qui n'est pas expérimenté est mal connu) en plus des infos diffusées par les canaux officiels
  - Les responsables sanitaires, communautaires ou politiques semblent se baser sur des informations plus théoriques auxquelles ils ont accès plus facilement
- Or, outre l'information officielle véhiculée par les médias, les conditions d'accès à l'information sont variables selon la « pathologie » :
  - La politique de gratuité qui concerne la prise en charge du paludisme touche potentiellement un public très large. Les usagers en font une expérience fréquente sur laquelle ils peuvent communiquer sans tabou.
  - La césarienne constitue un acte assez peu répandu dont peu de femmes donc de familles en font l'expérience directe. En revanche, aucun tabou n'existe à ce sujet ce qui permet une libre circulation de l'information sur le sujet.
  - Le sida touche un nombre limité de personnes et ne constitue pas une information vécue comme utile et positive : faible expérience directe, absence d'échanges d'information informels sur le sujet. La médiatisation officielle reste la principale source d'information sur cette politique.

## Une bonne notoriété de ces politiques mais des contours qui restent flous



- Les gratuités les mieux connues sont celles de l'actualité politique actuelle donc césarienne, palu et sida
- La notoriété de ces gratuités est globalement bonne.
  - Maîtrise moins grande de la gratuité de la prise en charge du sida, assez logique, compte tenu de ce qui précède
  - Toutes les conditions sont remplies pour la gratuité concernant le paludisme soit la mieux connue. De fait, elle l'est moins. Application non systématique ?
- La maîtrise des contours de ces politiques
  - Elle est variable selon les catégories d'acteurs
    - ✦ Les responsables sanitaires disposent d'une meilleure maîtrise mais restent néanmoins imprécis sur certains points
    - ✦ Les usagers, et même le personnel de santé chargés de faire appliquer ces politiques, disposent d'une faible maîtrise de cette information.
  - Elle varie selon le type de gratuité
    - ✦ Gratuité sida : méconnaissance contours prise en charge infections opportunistes
    - ✦ Gratuité césarienne dont les contours sont les plus sinueux : méconnaissance concernant gratuité complications, hospitalisation, examens et analyses complémentaires
    - Gratuité palu : méconnaissance gratuité prise en charge palu grave, essentiellement



## Conclusion 3



L'application de ces politiques et leurs conséquences perçues  
tendent à renforcer le scepticisme des acteurs

## L'appréciation générale des politiques de gratuité



- L'introduction de ces politiques de gratuité : les motivations que les enquêtés prêtent à l'Etat
  - C'est en grande majorité le souci de restaurer une certaine équité dans l'accès aux soins et des préoccupations de santé publique
  - On note quand même qu'entre 20 et 36% des enquêtés évoquent une préoccupation avant tout politique du chef de l'Etat
- Les enquêtés se prononcent très majoritairement en faveur des trois dernières politiques de gratuité mises en œuvre au Mali (89%)
  - Les responsables sanitaires sont les moins favorables à ces politiques
- Néanmoins, lorsque les réponses sont moins directement impliquantes, les opinions sont plus nuancées
  - On observe une concordance entre les opinions personnelles exprimées par les usagers (88%) et leur avis sur la proposition suivante : « *les usagers sont largement favorables à cette politique* »
  - Le personnel interrogé se déclare favorable à ces politiques à 91% mais 50% de ce groupe approuve la proposition suivante : « *Le personnel de santé n'est pas très favorable à ces politiques de santé* »
  - 56% des élus enquêtés pensent que « *les Asaco ne sont pas favorables à la gratuité des CTA* » alors que 96% des élus interrogés s'étaient déclarés en faveur de cette politique

## L'appréciation de la mise en œuvre de ces politiques de gratuité



- Selon les professionnels de santé, le manque de précision des informations diffusées sur les contours de ces politiques constitue la grande lacune des politiques de communication
- De l'avis général, les trois politiques sont largement appliquées aujourd'hui au Mali.
  - Quelques interrogations subsistent :
    - ✦ sur l'effectivité de la prise en charge gratuite du sida
    - ✦ ¼ des usagers et des élus pensent que la gratuité du palu n'est pas appliquée
- L'application de ces politiques est néanmoins doublement contrariée par :
  - La définition imparfaite des contours, donc une application variable selon les lieux
  - Les ruptures fréquentes d'intrants

## Les effets perçus de ces politiques



- Les effets positifs sont largement perçus : amélioration de l'accessibilité aux soins, y compris pour les pauvres et augmentation de la fréquentation des centres
  - Et clairement plus concernant la gratuité de la césarienne que pour le paludisme
  - L'appréciation de l'impact de la gratuité sida reste limitée par le faible niveau d'information dont disposent ou que veulent bien reconnaître les enquêtés
  - L'impact positif est toujours plus largement perçu par les professionnels de santé que par les deux autres catégories
  - En revanche, l'impact de la gratuité sur une diminution des pratiques de paiement informels ne fait pas l'unanimité.
- Les enquêtés voient comme principale conséquence négative de ces politiques 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, désengagement des actes gratuits au profit personnel subalterne
  - Impact négatif sur les relations usagers/soignants : tensions et conflits, perte de confiance, relations moins faciles depuis la gratuité

# Une gratuité imprévisible et toujours incomplète réduit singulièrement la portée de la politique



- Cette application en pointillés, du fait de l'imprécision des contours et des ruptures, a des conséquences non négligeables :
  - Elle limite la portée de ces politiques en termes de facilitation de l'accès aux soins puisque des prestations restent payantes.
  - Elle contribue à accentuer le déficit d'informations et de confiance des usagers
  - Elle est présentée comme une source de tensions et de conflits constants
    - ✦ puisque les usagers ne peuvent pas réellement savoir si ce paiement est ou non légitime
  - Elle renforce le scepticisme ambiant sur la pérennité de telles mesures, par incapacité de l'Etat à :
    - ✦ définir des contours clairs,
    - ✦ veiller à la mise en œuvre
      - approvisionnement suffisant
      - contrôles des dysfonctionnement plus localisés
- De fait, cette politique, comme d'autres avant elles, montre la difficulté qu'il y a à concilier accessibilité et qualité des soins.