



Au Mali, la mise en œuvre du Régime d'Assistance Médicale (RAMED) est confrontée à des difficultés largement imputables à son montage institutionnel et technique initial.



Laurence Touré & Valéry Ridde

Mis en œuvre depuis 2011, le RAMED prend place dans un contexte difficile et une certaine indifférence. Il éprouve des difficultés dans l'identification et l'immatriculation des plus pauvres. La prise en charge médicale des bénéficiaires reste anecdotique. Les réformes engagées pour améliorer les performances du RAMED doivent intégrer une révision du dispositif initial.



Faits saillants

- La complexité du montage institutionnel du RAMED rend sa mise en œuvre difficile et joue négativement sur ses performances
- L'engagement des acteurs souffre d'un déficit d'information et de financement et d'un cahier des charges imprécis.
- Le montage du RAMED ne prend pas en compte la perception et les contraintes des personnes très vulnérables.



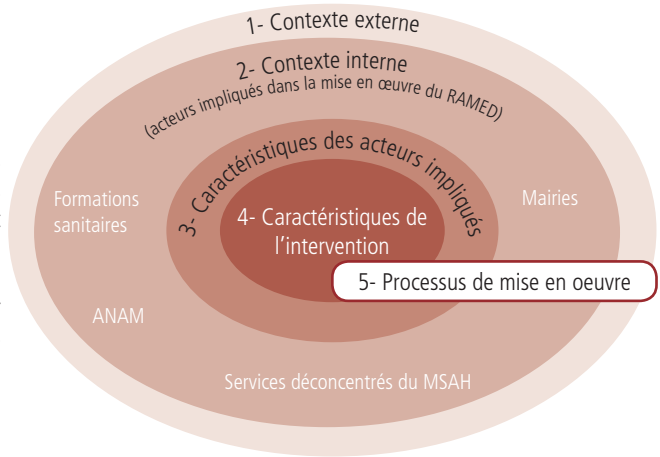
Introduction

Le RAMED (Régime d'assistance médicale) est un des trois dispositifs de protection sociale au Mali. Il est destiné à la prise en charge médicale gratuite des plus pauvres et autres admis de droit (orphelins, enfants des rues, détenus, victimes de guerre). Dix ans après la promulgation de ses textes législatifs, le dispositif affiche des résultats peu satisfaisants. Cette note vise à montrer i) comment les différents acteurs assurent sa mise en œuvre, ii) si les choix qui ont présidé à sa formulation sont adaptés aux structures institutionnelles, iii) l'accessibilité et l'adaptation des services à ses populations cibles.



Approche

Le recueil des données, d'octobre 2016 à mars 2017, repose sur la réalisation de 64 entretiens avec des personnes ressources impliquées dans la mise en œuvre (agents de l'ANAM et des services sociaux déconcentrés, élus des mairies, professionnels de santé) dans les districts de Dioila, de Koulikoro et Quelessebougou. L'exploitation de la documentation existante et des phases d'observation ont permis de compléter et de mettre en perspective les discours recueillis. Le cadre conceptuel mobilisé pour l'analyse est le Consolidated Framework For Implementation Research (CFIR). Il permet d'étudier cinq dimensions pour comprendre la mise en œuvre d'une intervention (voir Figure 2).



Résultats

Le contexte externe à l'intervention est resté indifférent à la mise en œuvre du RAMED

Le démarrage du RAMED en 2011 s'est fait dans un contexte de forte instabilité politique et sécuritaire. Ces graves événements détournent l'attention des acteurs internationaux, de l'Etat et de l'opinion publique. Ils renforcent le scepticisme concernant la capacité de l'Etat à faire face à cette innovation sociale. La mise en œuvre concomitante de l'assurance médicale obligatoire (AMO), politique phare, au départ controversée, contribue à laisser dans l'ombre ce dispositif destiné aux plus pauvres.

Les caractéristiques structurelles de cette initiative plébiscitée sont peu novatrices et imprécises

Le RAMED est une initiative de l'Etat appréciée car elle montre, enfin, l'intérêt des plus hautes autorités pour les catégories les plus défavorisées de la population. La création de ce dispositif est un besoin ressenti par tous les acteurs des services socio-sanitaires et des collectivités. Ils partagent une égale conscience de l'exclusion d'un nombre croissant de personnes. Les solutions antérieures au RAMED, qualifiées de « bricolage dérisoire », reposaient sur la bonne volonté de ces acteurs et leurs contributions financières. La mise en œuvre du RAMED est une « épine de moins dans le pied ».

“ Si le RAMED n'existait pas, il faudrait le créer, très honnêtement. ”
(Professionnel de santé, CSREF)

L'ANAM est la nouvelle agence chargée d'immatriculer les indigents/admis de droit, et de rembourser les prestations aux formations sanitaires. De par le montage institutionnel multi-acteurs du RAMED, l'ANAM dépend des autres intervenants pour l'identification des bénéficiaires, la constitution des dossiers en vue d'une immatriculation et de la prise en charge médicale. Or, l'ANAM n'a aucune autorité sur ces acteurs, et aucune structure de coordination n'est prévue. La formulation du RAMED n'a pas fourni l'occasion de clarifier le montage préexistant et de régler ses

dysfonctionnements. Les textes législatifs/réglementaires ne précisent, ni la définition de l'indigence, ni les modalités d'identification de ses cibles, ni l'articulation avec les autres mécanismes d'aides.

Le dispositif a été largement reconduit sans questionner son adéquation au ressenti et aux conditions de vie des personnes vulnérables : acceptation du risque de stigmatisation, soumission à une enquête sociale souvent peu soucieuse de confidentialité, capacité à constituer le dossier requis.

Les clivages institutionnels et sectoriels rendent difficiles l'opérationnalisation d'un montage interne multi acteurs et la mutualisation des ressources

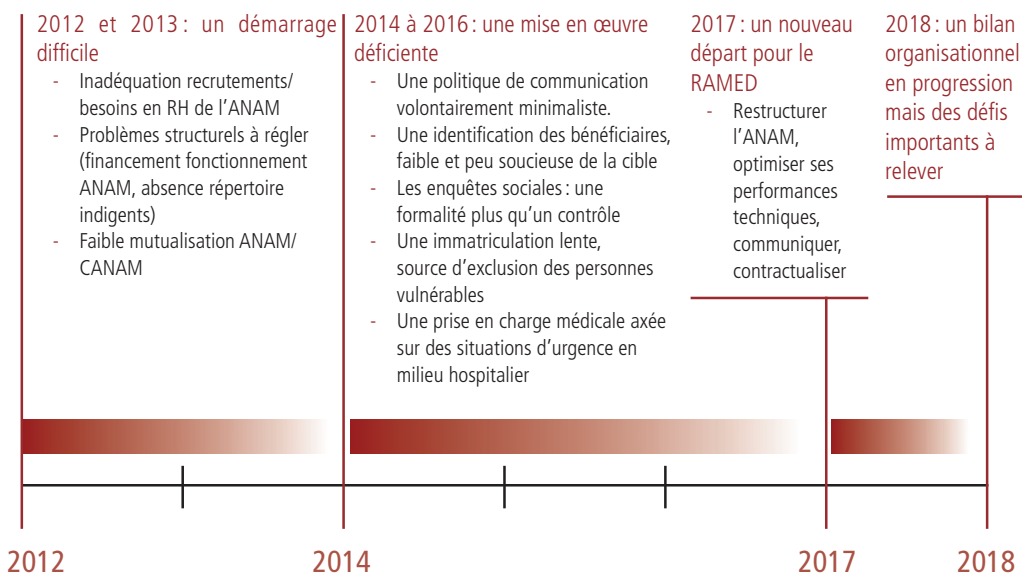
Le fonctionnement des services publics ou parapublics est routinier et bureaucratique. On note un déficit de communication intra et interservices et une gestion peu contrôlée des abus. Les meilleures conditions de travail et de rémunération à l'ANAM ne facilitent pas la collaboration des services étatiques partenaires.

Il existe des tensions institutionnelles, historiquement constituées, entre secteur santé et secteur social, entre services déconcentrés de l'Etat et élus des collectivités. Cela se traduit par une faible synergie d'action et de mutualisation des moyens nécessaire à une approche globale et intégrée de la grande pauvreté.

“Le RAMED, c'était salubre. Mais là, il faut voir comment mettre tout le monde vraiment dans la partition.”

(Elu, mairie)

Le démarrage est difficile et la mise en œuvre chaotique jusqu'en 2016



La perception du dispositif et l'engagement des acteurs restent ambivalents et ambigus

Les acteurs sont encore insuffisamment informés. Ils révèlent un positionnement ambivalent vis-à-vis du RAMED. Favorables sur le principe, et convaincus de son utilité, ils manifestent un certain scepticisme quant au montage institutionnel et financier retenu. Ils ont toujours des réticences difficilement avouables :

- L'ANAM doute de sa capacité à faire face à un afflux de bénéficiaires.
- Les élus locaux, en quête de retombées politiques plus directes, craignent en outre de perdre des ressources fiscales (les indigents étant exonérés d'impôts).
- Les agents des formations sanitaires anticipent une surcharge de travail et une perte de ressources consécutives à toute forme de gratuité.

- Les services sociaux déconcentrés sont démotivés par l'absence de changements dans leurs conditions de travail et de rémunération.

Devant le faible engagement des acteurs dans l'identification des plus pauvres, on s'interroge sur le profil des bénéficiaires actuels du RAMED.

“Souvent on oublie les vrais indigents au profit de ceux qui sont indigents entre guillemets”

Cadre ANAM



Conclusions

Le RAMED constitue un dispositif ambitieux et pionnier dans la sous-région. Il dispose d'atouts indéniables : financement étatique, besoin réel reconnu, contexte national et international sceptique mais favorable à l'initiative. Sa mise en œuvre reste néanmoins problématique. Plusieurs dimensions du CFIR illustrent les faibles performances du dispositif réglementaire adopté par l'Assemblée nationale il y a près de 10 ans :

- Le contexte interne traversé par de multiples tensions ;
- Des acteurs peu informés, démotivés, rivaux ;
- Un dispositif flou, inachevé et peu adaptée à la situation critique des plus pauvres.



Recommandations

- Désigner une structure de coordination du RAMED et élaborer une planification commune des objectifs et résultats attendus.
- Élaborer un manuel de procédure fixant les rôles et obligations de chaque acteur.
- Replacer les cibles au centre des dispositifs d'identification qui doivent être précisés.
- Communiquer et atteindre une masse critique de personnes clairement informées.
- Mettre en synergie les différentes politiques sociales en faveur des plus pauvres.

miseli

l'anthropologie dans le développement