

## **Chapitre 10**

### **La gratuité comme révélateur des dysfonctionnements ordinaires du système de santé au Mali.**

#### **Approche comparée des exemptions de paiement concernant le sida et la césarienne**

### **Introduction**

Les études que nous avons réalisées sur l'effectivité de la mise en œuvre des politiques de gratuité au Mali montrent qu'après un démarrage difficile, elles ont en quelques années été fragilisées et que leur pérennité est menacée. La gratuité concernant le paludisme constitue un véritable défi financier et organisationnel pour le niveau national et la résistance qu'elle suscite au niveau opérationnel freine considérablement son application (cf. Touré, *infra*, chapitre 12). Les deux autres politiques relatives au Sida (décidée en 2004) et à la césarienne (décidée en 2005) sont elles aussi complexes à mettre en œuvre. Elles ne se heurtent pas aux mêmes freins que la gratuité du paludisme, mais on constate une baisse de la qualité des prestations et une diminution progressive du paquet de gratuité. Ces deux politiques sont intéressantes à comparer puisque, du fait de leurs dispositifs, l'une, celle du Sida, constitue une « insubordination institutionnelle » (Eboko et al, 2011, alors que l'autre, celle de la césarienne, est au contraire très intégrée au système de santé. Les facteurs qui expliquent pour chacune d'elles leur fragilité relèvent des dysfonctionnements du système de santé, dans lequel elles sont l'une et l'autre enchâssées, de manière pourtant très différente.

### **Note méthodologique**

Nous avons commencé la recherche par une approche quantitative sur la perception des politiques de gratuité par les acteurs locaux (Touré, 2012)<sup>1</sup>. Différentes études ont été réalisées sur l'émergence de ces politiques et sur leur mise en œuvre par le niveau national et le niveau local (Tchiombiano et al, 2011). Nous avons étudié la prise en charge des césariennes dans trois formations sanitaires, le CSREF de la commune 1 de Bamako, le CSREF du cercle de Kita et l'hôpital régional de Sikasso.

La prise en charge des malades du sida a été étudiée dans le seul district de Bamako, mais dans trois sites de prise en charge de statut différent : le CESAC<sup>2</sup>, centre de prise en charge associatif d'ARCAD-Sida, l'USAC<sup>3</sup> du CSREF de la commune 1, unité de soins spécialisée dans le sida et financée par ARCAD mais adossée au CSREF, et le CSREF de la commune 2, centre public offrant une prise en charge complètement intégrée de la maladie.

Une observation de trois mois dans chaque formation sanitaire et la réalisation d'entretiens formels et informels ont permis de rendre compte des interactions entre acteurs et des conditions de prise en charge des malades, au-delà du discours convenu des professionnels de santé sur leurs pratiques.

### **La politique de gratuité des traitements du Sida : une mise à distance et sous contrôle du service public**

---

<sup>1</sup> 592 questionnaires ont été administrés, dont 200 aux usagers, 79 aux élus et responsables communautaires, 277 au personnel de santé, 36 aux responsables sanitaires locaux

<sup>2</sup> CESAC : centre d'écoute, de soins, d'animation et de conseil

<sup>3</sup> USAC : unité de soins ambulatoires et de conseil

### **Une politique peu contestée et efficace**

Cette politique ouvre des droits importants à une seule catégorie de patients et de ce fait pourrait donner lieu à contestation. Le faible nombre de personnes concernés, et le caractère dramatique de la maladie, qui suscite tout à la fois crainte, rejet et compassion face à l'épreuve tant sociale que médicale qu'elle représente, expliquent sans doute son acceptation. De fait, expression d'une certaine réussite, on note la progression exponentielle du nombre de patients mis sous traitement. En décembre 2011, selon les chiffres officiels<sup>4</sup>, le Mali comptait 100 sites de prise en charge (délivrant des antirétroviraux gratuits) et 29.237 patients régulièrement suivis sous antirétroviraux sur 42.000 ayant besoin d'un traitement, selon une estimation de l'ONU-SIDA. (Tchiombiano, 2012).

### **Une politique fortement soutenue par les partenaires internationaux**

Cette politique dispose d'un large soutien financier des partenaires extérieurs, et particulièrement du Fonds mondial.

*« Le financement des ARV des 27.000 patients sous traitement est en grande majorité assuré par le Fonds mondial. Quelques autres partenaires ont été également impliqués pendant toutes ces années, notamment la Banque mondiale, la Banque africaine de développement, la fondation Clinton, UNITAID, mais aussi l'Etat malien. Selon le rapport REDES 2010, les ressources internes ont respectivement représenté entre 26% et 18% du budget global entre 2006 et 2009. »* (Tchiombiano, 2012 : 52-53).

Ce financement international place ses bénéficiaires dans une situation de dépendance et d'obligation de résultats qui impliquent des décaissements à tout prix et occasionnent un manque de transparence sur les difficultés rencontrées.

Depuis le démarrage, cette politique bénéficie également d'un soutien technique important, situation assez rare pour être signalée. Ce soutien porte sur différents aspects de la politique :

- La gestion des approvisionnements : logiciel spécifique, assistants techniques, formations, logistique : *« Cette gratuité a plus de partenaires que les autres. Ces partenaires apportent même un appui logistique pour la distribution des ARV au niveau des régions. L'efficacité du sida se situe au niveau des partenaires. »* (DRS)
- Le système de suivi : très élaboré, donc contraignant, il est imposé avec des moyens financiers conséquents qui permettent le recrutement d'agents de suivi dotés d'un poste informatique dans chaque formation sanitaire organisant la prise en charge des PVVIH.
- La formation
- Le système d'évaluation, particulièrement rigoureux : *« La gratuité du sida a plusieurs bailleurs qui obligent quelque part à une meilleure organisation de cette gratuité. Ces bailleurs internationaux ont l'œil sur ça. »* (pharmacien).

### **Une mise en œuvre opérationnelle largement pilotée par le milieu associatif**

Le dispositif de prise en charge curative des malades du VIH-Sida a été mis sur pied à l'initiative du milieu associatif, à une époque où l'Etat se limitait à proposer une approche préventive de la maladie. Le dispositif de lutte s'est donc largement construit parallèlement aux structures publiques, autour et avec des associations spécialisées dans la prise en charge médicale de cette maladie, ce qui constitue une situation inédite au Mali. Autre innovation, il a été prévu une prise en charge globale des patients avec le recrutement de conseillers

---

<sup>4</sup> Rapport d'activités 2011 CSLS /Ministère de la Santé

psychosociaux, y compris dans les formations sanitaires publiques. Enfin, sur financement du Fonds mondial, des mesures d'accompagnement de cette gratuité ont été négociées et en particulier des conditions de rémunération spécifiques pour les agents intervenant dans les structures associatives et les conseillers psychosociaux (ces derniers pouvant ainsi bénéficier de revenus supérieurs ou équivalents à ceux des médecins titulaires du public). L'Etat est maintenant fortement impliqué dans la lutte mais le milieu associatif gère toujours plus de 50% de la file active. Enfin, le leader incontesté de la lutte contre le VIH-Sida au Mali, issu du milieu associatif, s'est imposé sur le plan institutionnel puisqu'il est aujourd'hui, et depuis sa création, le directeur de la Cellule nationale de lutte contre le VIH Sida.

Les conditions de prise en charge des patients PVVIH sont plutôt satisfaisantes, comparativement à celles d'autres pathologies, si on excepte le turnover important du personnel. Le dossier médical assure une certaine continuité mais les PVVIH sont particulièrement soucieux de bénéficier d'un suivi médical personnalisé et de consultations en tête à tête, afin de préserver au maximum leur anonymat. Dans les faits, que ce soit dans le public ou dans les centres de prise en charge associatifs, ils doivent composer avec de nouvelles personnes, au fil des rendez-vous, et pas toujours avec du personnel formé à cette prise en charge. La principale raison à cela, valable aussi bien pour le public que pour les centres associatifs, est le grand nombre de formations et de rencontres auxquelles est convié le personnel qualifié.

*« Le coordinateur est toujours en séminaire. Ce sont les deux jeunes, son assistant et l'interne, qui assurent les consultations. D'habitude, ils le secondent mais ils assurent seuls quand il n'est pas là. Le problème c'est qu'ils font aussi des gardes au CSREF et sont souvent très fatigués. »* (pharmacien Usac).

Les professionnels qualifiés sont donc moins en contact avec les patients, d'autant qu'ils sont aussi accaparés par les tâches administratives imposées par le lourd système de suivi.

Dans le public, cette tendance est accentuée par le fait que le personnel ne bénéficie d'aucune « motivation » (système de primes par exemple). Les consultations sont souvent assurées par des stagiaires, qui justifient certains manquements aux règles (disponibilité, etc.) par le fait de n'être pas payés, par des médecins non spécialistes du VIH, ou par des accompagnants psychosociaux qui renouvellent les ARV et demandent aux patients de revenir en cas de problème de santé particulier.

Dans les centres de prise en charge associatifs, le personnel est mieux payé mais soumis à des horaires de travail lourds, ce qui induit une certaine routinisation de la prise en charge.

*« Nous travaillons de 8 à 16h. Au début, on arrêtait à 14h dès qu'il n'y avait plus de patients, mais la Banque mondiale veut qu'on reste jusqu'à 16h. »* (Personnel, Usac)

Ces centres associatifs accueillent un nombre important de stagiaires bénévoles, futurs responsables de nouveaux centres de prise en charge décentralisée. On note enfin que le temps d'attente y est généralement de plusieurs heures.

C'est à toutes ces contraintes que les « patients VIP » cherchent à échapper. Contre rémunération, ils demandent et obtiennent d'être consultés et approvisionnés en ARV et autres intrants à domicile.

### **Une gratuité généreuse, variable selon les sites mais partout en recul**

La gratuité concernant le VIH-Sida, tel que définie par la loi de 2006, prévoit l'accès aux antirétroviraux et aux préservatifs masculins et féminins, la prise en charge du coût des

analyses, des dépistage et du suivi biologique, la prise en charge du coût des consultations, des analyses et du traitement des maladies opportunistes (sans définir cependant une liste précise de celles-ci) et la prise en charge de l'alimentation des bébés nés d'une mère séropositive par les substituts du lait maternel.

*«Je sais que pour le VIH sida, tout est gratuit. La grande gratuité est là.»* (personnel de santé)

A l'initiative du secteur associatif, cette gratuité s'est élargie à d'autres prestations. Les PVVIH bénéficient de dons alimentaires ou de vêtements, de la prise en charge des frais de transport pour les plus démunis, et de l'octroi de micro-crédits pour le développement ou renforcement d'activités lucratives. Ces aides sont financées par des bailleurs internationaux, généralement des ONG avec lesquels le secteur associatif malien a noué des relations de partenariat privilégiées.

Progressivement néanmoins, on note une diminution du périmètre de la gratuité, y compris dans les centres associatifs de prise en charge. Les besoins augmentent à l'échelle mondiale et les financements deviennent plus sélectifs, ciblant en priorité le traitement ARV. Les prestations communautaires ou d'accompagnement tendent à diminuer. Dans les centres de prise en charge, on observe une disponibilité non continue des réactifs, ce qui conduit généralement à allonger le délai entre deux bilans, avec la tentation, pour certaines catégories de soignants, de profiter de la gestion de la pénurie

*«Il y a une infirmière bénévole dans le service, depuis plus de 10 ans. Les malades sont son gagne pain. C'est elle qui introduit les malades chez le médecin et elle en profite pour leur soutirer de l'argent pour des choses qui sont censées être gratuites, par exemple le test des CD4. Quand le produit arrive en faible quantité, elle appelle certains patients pour les en informer. Ils peuvent être mis sur la liste à condition qu'ils paient quelque chose pour elle.»* (PVVIH)

Les ruptures de médicaments permettant de prévenir ou de traiter les infections opportunistes sont de plus en plus fréquentes, sauf dans les centres associatifs qui parviennent à assurer une certaine continuité grâce à des financements parallèles.

*« Il y a une rupture de médicaments pour les infections opportunistes maintenant. Mais notre force, c'est ça. Nous adressons des bons de commande à l'association, qui les paye sur ses propres fonds et met ces produits à disposition de nos patients gratuitement.»* (médecin associatif).

En revanche, la gestion des ARV est partout très rigoureuse, situation facilitée par le fait que ces molécules ne peuvent être ni vendues ni utilisées pour d'autres pathologies.

*« Une autre raison qui fait que cette gratuité marche mieux, c'est que les ARV ne peuvent être ni volés ni détournés car en dehors des PVVIH, personne ne peut les prendre. Ce qui n'est pas le cas pour les deux autres gratuités.»* (pharmacien)

Par ailleurs, les centres de prise en charge prennent toutes les dispositions pour qu'on ne puisse pas parler de ruptures d'ARV. Ces dispositions présentent néanmoins quelques inconvénients pour les usagers.

- Un système de réseautage très efficace a été mis en place entre structures de prise en charge associatives et publiques et permet un échange constant d'intrants gratuits. Cela joue néanmoins sur la disponibilité des pharmaciens, généralement chargés de ces démarches.

*« Cette semaine, nous sommes en rupture totale de Duovir. J'ai du me bouger comme un chasseur pour avoir ce carton. Pour les PVVIH sur deuxième ligne, il faut absolument du*

*Duovir. C'est pourquoi je courrais partout pour m'en procurer hier après le séminaire. Un collègue de Mopti m'a fait la faveur de m'en envoyer un carton que je dois utiliser avec parcimonie. » (pharmacien Usac)*

- Soucieux de satisfaire tous les patients, les prestataires ne donnent souvent pas plus d'un mois de traitement au lieu de la dotation trimestrielle habituelle pour les patients observants, ce qui multiplie les déplacements des patients et engorge un peu plus les structures de prise en charge.
- Enfin, si certaines molécules viennent malgré tout à manquer, elles sont remplacées par des molécules de substitution qui permettent d'assurer la continuité du traitement. Le patient doit néanmoins s'adapter à de nouvelles posologies et à un nouveau traitement, ce qui, dans les deux cas, est une source potentielle d'inobservance. Et une source d'inquiétude pour les PVVIH.

*« C'est bien triste que nous soyons devenus des cobayes. Nous sommes comme des poulets qui consomment tout ce qu'on leur apporte. Les médecins changent constamment nos molécules en disant que les médicaments sont substituables. » (PVVIH)*

### **Des acquis pourtant fragiles**

Cette politique de gratuité présente donc un bilan globalement positif qui doit beaucoup tant aux appuis techniques et financiers extérieurs qu'au dynamisme du secteur associatif. Ce constat peut être doublement nuancé.

- On note en effet l'instauration d'un système à double vitesse, public versus associatif, source de frustrations du personnel des structures publiques ce qui justifie leur indisponibilité au bénéfice de titulaires moins qualifiés ou de bénévoles et freine l'acceptation de conseillers psychosociaux au sein d'établissements publics. Il est également source de tensions perpétuelles. Les USAC, unités mises en place et financées par le volet associatif mais hiérarchiquement dépendantes des médecins-chefs des CSREF, en sont la parfaite illustration, comme en témoignent les propos ci-dessous.

*« Je ne suis pas d'accord avec le système d'USAC. Avec les fonds de la Banque mondiale, ils viennent chez toi construire une maisonnette qu'ils peuvent évaluer à 100 millions et ensuite ils amènent le personnel et le payent. En tant que médecin chef, tu n'as aucun contrôle sur cette unité et elle ne te produit aucun rapport. C'est un Etat dans l'Etat. Et s'il y a un problème, c'est quand même toi qu'on interpelle. » (responsable sanitaire, CSREF)*

*« J'ai conseillé mon équipe en leur disant que si, comme cela a été le cas hier, un médecin ou infirmier du CSREF vient demander d'utiliser nos toilettes, on doit accepter. Il ne faut pas que pour des toilettes, on nous taxe d'apartheid sinon on va faire des aigris contre nous. On a beau tout avoir ici, dis-toi qu'on aura aussi besoin des autres. Il faut montrer à tous qu'on est des collègues et non des gens qui vivent dans leur tour d'ivoire. C'est vrai qu'on leur donne chaque jour des gants par dizaines, des sérums, des seringues, et bien d'autres choses. Mais il ne faut pas voir le matériel seulement, le social compte aussi. » (pharmacien USAC)*

- En période de crise, la résilience du dispositif est faible. La lutte contre le sida au Mali a été mise à rude épreuve en 2012 : incapacité du financement international à assurer le même paquet de gratuité avec l'augmentation exponentielle des besoins à l'échelle mondiale; arrêt du financement du Fonds mondial suite à la mission d'investigation de l'OIG (Office of Inspector General) et des malversations qu'elle a révélées ; crise

politique et situation de guerre au Nord du pays. Le périmètre de la gratuité, en diminution progressive ces dernières années, s'est vu ainsi ramené à la seule prise en charge des ARV, grâce à un effort financier important de l'Etat. Le personnel des structures associatives et tous les acteurs du volet d'accompagnement psychosocial se sont retrouvés sans salaire plusieurs mois durant, mettant ainsi à rude épreuve leur motivation.

*« Cette gratuité, ce n'est pas la peine, c'est une décision politique. Ils prennent ces décisions sans consulter la base et après c'est des problèmes. Vous donnez gratuitement les produits aux gens pour se soigner mais ceux qui font le travail ne sont pas payés. Ce n'est pas bien. Cette gratuité finira pas s'arrêter un jour. »* (médecin, milieu associatif)

Des différents constats qui ont pu être établis à cette occasion, les autorités maliennes ont surtout retenu le caractère effectivement intrusif de la mission d'inspection et le danger que représente pour la pérennité du dispositif cette dépendance forte vis-à-vis de financements extérieurs, dépendance que les malversations ont accentué puisque les deux nouveaux bénéficiaires principaux du Fonds mondial au Mali sont maintenant le PNUD et une ONG, Plan International.

## **La politique de gratuité de la césarienne : une mesure pleinement intégrée dans le système de santé publique**

### **Une politique accueillie avec réserve mais aux résultats significatifs en termes d'accessibilité**

La prise en charge thérapeutique gratuite de la césarienne porte sur l'acte chirurgical et les examens préparatoires, le kit pour l'intervention chirurgicale et le traitement postopératoire, et l'hospitalisation.

Cette politique de gratuité s'inscrit dans la continuité des réformes précédentes qui visaient à une amélioration du plateau technique et des ressources humaines concernant la santé maternelle. Le personnel, pourtant conscient des graves problèmes de prise en charge des grossesses dystociques avant la gratuité, du fait de leur coût élevé, émet des réserves sur la capacité de l'Etat à pérenniser cette politique et accueille cette nouvelle politique sans enthousiasme.

On constate néanmoins très rapidement une augmentation sensible et continue du nombre de césariennes. Ainsi, le taux de césarienne sur l'ensemble du pays est passé de 0,94% en 2005 à 2,17% en 2008 (ministère de la Santé, 2009).

### **Une décision souveraine, dont la formulation et la mise en œuvre sont assurées entièrement par le système public de santé**

Cette mesure marque la volonté de réaffirmer la souveraineté de l'Etat sur les décisions de politiques nationales de santé, face aux partenaires techniques et financiers (Tchiombiano, 2012). Elle est intégralement financée par le budget national. Le taux d'augmentation annuel moyen du financement est de 40% entre 2005 et 2009 selon la directrice des affaires financières (DAF) du ministère de la Santé et passe ainsi de 461 millions de FCFA en 2004 à 1.753 milliards en 2009 (ministère de la Santé, 2009). Les retards systématiques de paiement par le Trésor des commandes de l'Etat (kits césarienne essentiellement) et le non financement des frais de transport fragilisent la PPM (pharmacie populaire du Mali), ce qui entraîne certaines perturbations et des irrégularités d'approvisionnement.

*« L'Etat n'arrive plus à payer à la PPM les sommes qui garantissent un vrai approvisionnement. Or la PPM est une entreprise. C'est la catastrophe et c'est ce qui explique que nos besoins sont moins satisfaits. Le kit césarienne compliquée est de plus en plus rare. » (DRS)*

De plus, les mesures d'accompagnement et le programme de supervisions spécifiques qui avaient été envisagés lors des discussions préalables n'ont finalement pas été retenus, dans le souci de limiter les dépenses engagées.

Par ailleurs, cette mesure a été annoncée avant même qu'un dispositif n'ait été discuté et cette décision a été techniquement peu préparée.

- Ses contours sont imprécis : les complications postopératoires immédiatement après la césarienne sont prise en charge gratuitement (sauf les médicaments faisant défaut dans le kit complication), mais pas celles qui surviennent après le retour de la parturiente chez elle. Les autres complications liées à l'accouchement ou à la prise en charge des grossesses extra-utérines sont payantes.
- Le kit est défini selon les standards hospitaliers bamakois, sans concertation et sans respect des usages des formations sanitaires pratiquant la césarienne. Et, initialement, la prise en charge des césariennes compliquées n'était pas prévue.

Lors de sa mise en œuvre, cette mesure n'a bénéficié d'aucun appui technique des partenaires, et, quelques années après, les appuis de la coopération internationale restent rares : campagnes de communication, financement d'une évaluation nationale.

Dans les formations sanitaires, la prise en charge gratuite des césariennes est complètement intégrée aux activités des services concernés. Plusieurs constats peuvent être établis :

- Le personnel titulaire qualifié est peu disponible et la charge de travail repose souvent sur quelques internes bénévoles qui réalisent la plupart des césariennes, que ce soit en période de garde ou pendant les heures de service. Cette tendance a été accentuée par la gratuité.
- Les gynécologues se rendent très peu disponibles pour ce type d'interventions car ils jugent insignifiant le remboursement des actes par l'Etat, reversé globalement à la structure, et non directement au personnel ayant effectué l'acte, ce qui suscite de multiples controverses et conflits internes.

*« Nous allons commencer à manger dans les suites de césariennes. Tu sais, la réalité est amère mais il faut la dire : ce sont les internes qui font la plupart des actes de césarienne sans la supervision du gynécologue qui se contente des consultations et de ses propres activités pour gagner plus d'argent. C'est quand le cas devient beaucoup plus compliqué que l'on fait appel au gynécologue. Ce qui explique que plusieurs femmes césarisées présentent des infections et autres problèmes internes post opératoires, des éventrations, etc. C'est du travail mal fait et il faut reprendre l'acte et cette fois-ci le malade paye une somme de 100 000 FCFA. Alors à quoi sert la gratuité de la césarienne pour cette femme ? Je vous l'assure, ici seul l'anesthésiste n'est pas remplacé, sinon de l'acte aux pansements ce sont les internes qui s'occupent des femmes césarisées. Nous courrons tous derrière l'argent et la césarienne ne paye pas. Au Mali, personne ne fait consciencieusement son travail. Et j'en suis convaincu, dans quelques années la césarienne va poser plus de problèmes qu'elle n'en résout de nos jours. » (médecin, Bamako)*

- Les conditions matérielles de prise en charge des césariennes souffrent de la mauvaise maintenance (appareils défectueux, matériel neuf non installé) et de la mauvaise gestion (non paiement des factures d'électricité, gaspillage ou vols). L'augmentation du nombre

de césariennes occasionne une pression supplémentaire sur le matériel, souvent de qualité médiocre, et la mobilisation excessive et sans contrôle de stagiaires non rémunérés accentue cette tendance.

*« Les chirurgiens ont suffisamment de matériel pour faire les césariennes mais ils ne s'occupent pas bien de ces matériels. Les matériels sont volés par les agents pour leurs cliniques et même pire, après un acte chirurgical, le matériel est souvent jeté dans les linges et au lavage ces matériels ne sont plus rendus. Une fois, les agents d'entretien ont ramassé tout un tas de pinces et bien d'autres outils de chirurgie, et les ont amenés au chef de personnel. Ce dernier ne les a jamais ramenés, tout simplement parce qu'il est en voie d'ouvrir sa clinique, ça lui fait un plus. En réalité, ici, personne ne fait correctement son travail. »* (responsable sanitaire, CSREF)

- Enfin, les intrants gratuits donnent lieu à un gaspillage important. Outre le problème de péremption très souvent posé, ils font l'objet d'une gestion bien moins rigoureuse que celle des intrants payants, et sont souvent détournés, au profit des bénévoles ou des titulaires intervenants parallèlement dans les structures privées. En outre, les kits césarienne sont généralement sous utilisés et les intrants restants ne sont ni répertoriés, ni rajoutés de manière documentée aux stocks non gratuits, ni retournés à la PPM.

*« Cette gratuité de la césarienne est désordonnée et sans normes. Par exemple, chaque centre forme en réalité le kit comme cela lui convient. Il y a un contenu standard constitué par des professeurs mais tu sais, la vérité est que si l'on envoie 100 kits, le centre reconstitue 150 kits avec ces mêmes produits car certains sont en quantité. Et les 50 de plus arrangent les anesthésistes, le gynécologue et la pharmacie. Les professeurs qui ont réfléchi sur le contenu du kit ont élargi la liste des produits pour ne prendre aucun risque dans la prise en charge. Or, pour la plupart des césariennes on n'a pas besoin de tous ces produits, ce qui permet de faire le jeu. Sinon regarde, si tu soustrais les césariennes des actes chirurgicaux d'un gynécologue, il ne lui reste plus grand chose et tu sais que le salaire d'un fonctionnaire malien ne lui suffit pas, alors il faut vivre. »* (personnel, Sikasso)

- Enfin, le suivi est orienté sur la production d'indicateurs d'activités 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. Et l'absence de supervisions spécifiques favorise les libertés que le niveau opérationnel s'autorise.

### **Une gratuité dont la continuité est assurée grâce à la collaboration active du niveau opérationnel mais de manière inégale selon les structures et avec de moins en moins de zèle**

La faible fonctionnalité du système de référence-évacuation constitue un obstacle important à la mise en œuvre de cette politique et pénalise les femmes originaires du milieu rural, qui doivent souvent payer leur déplacement. Dans les formations sanitaires en revanche, le niveau opérationnel assure une prise en charge immédiate et gratuite des parturientes et compense les défaillances du niveau central en termes d'approvisionnements en intrants gratuits (dotations irrégulières, kits incomplets) en pré positionnant les intrants disponibles en stock. Cette situation varie cependant d'une formation sanitaire à l'autre, certains, individus ou formations sanitaires n'hésitant à prendre de grandes libertés avec cette gratuité.

*« Les textes sanitaires disent que la césarienne est gratuite mais le pharmacien dit qu'il se réfère uniquement à la liste signée de la main du directeur. Le problème est que cette liste me*



*paraît très réduite et elle omet certains produits que nous prescrivons. Aussi, pour ne pas être embêté en cas de contrôle, le pharmacien insiste pour que toi, médecin, tu enlèves le mot césarienne. Puisque les textes disent gratuité de la césarienne, le pharmacien ne peut vendre certains produits sans enfreindre ces textes. C'est pourquoi il nous dit d'enlever la mention césarienne. » (médecin, hôpital)*

On assiste globalement à une restriction progressive du périmètre de la gratuité et à un paiement presque systématique d'ordonnances pour chaque césarienne. Le personnel donne aux usagers des explications plausibles, mais que ceux-ci ne peuvent vérifier.

*« Oui, aujourd'hui les accompagnants payent beaucoup de produits car les kits formés sont incomplets et les produits ne suffisent pas. Mais cela ne crée pas de tension. Tu sais, arrivés ici, les gens sont inquiets et, quand tu leur expliques, ils comprennent. Je leur dis que ce n'est pas notre faute, que c'est le Mali qui commence bien les choses et après rien. Au début de cette gratuité, il y avait les produits, mais aujourd'hui il y a très peu de produits. Donc pour sauver leur femme ou leur fille, il faut payer les ordonnances pour compléter les produits. Les gens comprennent sans problème. » (médecin, CSREF)*

Le périmètre de la gratuité est limité mais le principe demeure. De fait, la participation financière des usagers reste très largement inférieure à ce qui était exigé auparavant pour une même intervention.

*« C'est une initiative salubre parce que quand tu tiens compte des revenus de la population, massivement ce que les parents payent pour les césariennes maintenant, ça n'excède pas les 20 000 FCFA. Or avant c'était sans limite. » (médecin, CSREF)*

### **Un bilan mitigé**

- On constate que les conditions humaines et matérielles de prise en charge des césariennes sont souvent problématiques, plus encore à Bamako que dans les régions, du fait notamment de la forte disponibilité de stagiaires et de la présence de structures privées qui exercent une forte attractivité sur le personnel titulaire et vers lesquelles le matériel et les intrants gratuits mis à disposition des formations sanitaires publiques sont souvent dirigés.
- Cette gratuité est appliquée mais avec des disparités locales importantes et des restrictions croissantes depuis 2011.

## **Les politiques de gratuité : un révélateur des dysfonctionnements du système de santé au Mali**

Les problèmes rencontrés dans l'application des politiques d'exemption de paiement renvoient bien sûr à certaines imperfections des dispositifs retenus (insuffisance des financements donc des intrants gratuits disponibles, inadéquation des outils de suivi), soumis en outre à la pression de l'augmentation croissante des besoins (augmentation de la file active des patients sous ARV ou du nombre de césariennes).

Mais nos études montrent aussi que les problèmes sont souvent dus aux dysfonctionnements du système de santé dans lequel ces politiques prennent place.

La politique de gratuité de la césarienne, complètement intégrée au système de santé, révèle les dysfonctionnements quotidiens des services de prise en charge des césariennes. Cette politique est progressivement absorbée par le système qui s'en accommode en responsabilisant toujours plus le personnel bénévole, en assurant une gestion délétère des intrants, en introduisant progressivement des poches de paiement dans cette gratuité.

A l'inverse, le souci de contourner le service public pour la prise en charge du Sida a amené à mettre en place un dispositif parallèle, largement dépendant des ressources extérieures, et peu intégré au système de santé. Aujourd'hui, sur plus de 27.000 patients sous traitement ARV au Mali, plus de la moitié le sont dans des sites (associations, USAC) dont le financement (ressources humaines, frais de fonctionnement) dépend en quasi-totalité du Fonds mondial. Cette situation d'externalité forte du dispositif fragilise sa pérennité, sans pour autant parer aux malversations financières. Les crises successives qui ont ébranlé le monde de la lutte contre le Sida montrent bien à la fois la nécessité d'institutionnaliser plus largement le dispositif et la difficulté d'échapper à une mauvaise gestion des fonds, y compris pour le milieu associatif.

Ce constat peut être élargi au-delà de ces deux politiques et au-delà du Mali. L'exemption de paiement concernant le paludisme est mise en difficulté aujourd'hui faute d'avoir considéré la marchandisation excessive des soins, qui fait du paludisme une véritable rente de situation (cf. Touré, infra, chapitre 12). Le programme de recherche sur la gratuité dans trois pays a offert en outre une opportunité de comparaison intéressante et permet de conclure à la transversalité des dysfonctionnements des systèmes de santé alors même que les dispositifs d'exemption varient d'un pays à l'autre. Nos résultats confirment donc bien diverses craintes :

*« Nous savons que la mise en place de telles politiques n'est pas sans soulever certaines inquiétudes pragmatiques pour l'offre. En effet, elles s'organisent au cœur des systèmes de santé relativement fragiles, peu utilisés par les populations et dont les faiblesses organisationnelles et les dysfonctionnements sont connus. On peut donc légitimement se demander si l'abolition du paiement ne va pas exacerber les défaillances et les goulots d'étranglement déjà présents. »* (Ridde, 2012 : 112)

Pourtant, si la plupart des études et évaluations de ces politiques d'exemption (Communauté de pratiques, 2011 ; USAID, 2011) reconnaissent des dysfonctionnements dans la mise en œuvre de ces politiques, elles les attribuent généralement au manque de mesures d'accompagnement. La responsabilité des ressources humaines est bien posée mais on cherche plutôt à régler la question de l'augmentation de la charge de travail du personnel, démentie d'ailleurs par certaines études (cf. Ly, Kouanda & Ridde, infra, chapitre 18), qu'à poser clairement la question de la pression exercée sur les ressources humaines et matérielles par le secteur privé. Ou celle d'un recours excessif à un personnel bénévole et en cours de formation, qui n'est et ne sera jamais bénéficiaire d'éventuelles mesures d'accompagnement alors qu'il assure très largement le fonctionnement du service. De même, l'accent est plutôt mis sur la pénurie de matériel pour faire face à l'augmentation du nombre de césariennes que sur sa mauvaise gestion et l'absence de service de maintenance. L'Etat se cache derrière les constats de ces évaluations pour afficher une apparente réussite. Ni les petits rackets que subissent les usagers ni les détournements de plusieurs milliards n'amènent une nécessaire remise en cause du fonctionnement de ses services.

## **Conclusion**

Le système de santé au Mali connaît des réformes successives depuis plus de 20 ans, visant tantôt une amélioration de la qualité des soins, tantôt une meilleure accessibilité aux prestations. Les indicateurs de santé évoluent certes favorablement mais très lentement, trop pour espérer atteindre les OMD en 2015, d'où les mesures d'exemption de paiement. De fait, celles-ci améliorent de manière sensible l'accessibilité aux soins, quel que soit le dispositif retenu. Elles révèlent cependant les profonds dysfonctionnements du système de santé dans lequel elles prennent place et qui les fragilisent, comme d'autres politiques avant elles. La politique d'exemption de paiement pour les malades du Sida a mis en place un dispositif

parallèle, fortement dépendant de l'extérieur et finalement impuissant à éviter certains dérapages. A l'inverse, la politique de gratuité de la césarienne, complètement intégrée au système de santé, est progressivement diluée dans le fonctionnement ordinaire du système qui en limite sa portée.

Ces politiques constituent donc une nouvelle opportunité de mettre en évidence les dysfonctionnements du système de santé, déjà relevés par de précédentes études anthropologiques. Les décideurs semblent s'être peu emparés de leurs résultats, malgré le retentissement de certaines d'entre elles (Jaffré & Olivier de Sardan, 2003) dans le milieu de la santé. Il n'est pas question ici de désigner les professionnels de santé comme nouveau bouc émissaire. Les échecs ou dysfonctionnements tiennent moins à la valeur intrinsèque des hommes qu'à leur motivation ou au sens qu'ils donnent à leur mission dans un contexte de méfiance réciproque avec les usagers ou avec l'Etat. Par ailleurs, cette question dépasse largement le domaine de la santé et renvoie au fonctionnement d'un système dans lequel le non-dit est la règle.

- Non-dit du niveau opérationnel pour ne pas mettre en cause la hiérarchie et dévoiler des pratiques inopportunes
- Non-dit de l'Etat par souci de garantir des financements internationaux indispensables et de ne pas ternir son image
- Non-dit des bailleurs de fonds, par souci d'action qui impose d'effacer les questions qui pourraient compromettre la collaboration indispensable avec les professionnels de santé sur le terrain, et plus généralement avec l'Etat malien.

La question est sensible et pose des problèmes de fond. Les politiques de gratuité peuvent être vidées de leur contenu si rien n'est fait. Les dysfonctionnements du système de santé les rendent tout à la fois plus limitées (par une réduction progressive du périmètre de gratuité initial), et plus contestables puisqu'elles portent indirectement atteinte à la qualité des soins.

## **Bibliographie**

Communauté de pratique. Accès Financier aux soins de santé, 2011 Politiques d'exemption pour les services de santé maternelle : Atelier technique sur le paquet de soins, Bamako (Mali), Rapport,

Eboko F., Bourdier F., Broqua C.(eds), 2011, *Les Suds face au sida, quand la société civile se mobilise*. IRD Editions

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*, Apad Karthala, 461p

Médart, Jean François, 2001, Décentralisation du système de santé publique et ressources humaines au Cameroun, in *un système de santé en mutation : le cas du Cameroun*, Gruenais M.E. (ed.), bulletin de l'APAD N° 21

Ministère de la santé, DNS, 2009, Rapport sur la mise en œuvre de la stratégie de la gratuité de la césarienne de 2005 à 2008

Rapport sur la mise en œuvre de la stratégie de la césarienne de 2005 à 2008, août 2009, ministère de la Santé

Ridde, V., Robert, E., Meessen, B., 2010, *Les pressions exercées par l'abolition du paiement des soins sur les systèmes de santé*, World Health Report (2010) Background Paper, No 18

Ridde V., 2012, *L'accès aux soins de santé en Afrique de l'Ouest. Au-delà des idéologies et des idées reçues*. Presses universitaires de Montréal

Tchiombiano, S., Koné, Y.F., Prévalet, A., M'baye, E.H. 2012, « *Émergence, formulation et mise en oeuvre au niveau national des politiques d'exemption de paiement des soins de santé au Mali : synthèse du volet institutionnel* », rapport de recherche.

USAID 2011, Improving access to life savings maternal health services: the effects of removing user fees for caesarians in Mali