

Chapitre 12

L'exemption de paiement du traitement du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes : une politique qui dérange

Introduction

L'exemption de paiement du traitement du paludisme pour les enfants de zéro à cinq ans et les femmes enceintes est la dernière politique dite de gratuité introduite effectivement le 1^{er} juin 2007 par le gouvernement du Mali dans un contexte de recouvrement partiel des coûts des services de soins. Elle est particulièrement ambitieuse car sa cible constitue la principale clientèle des centres de santé communautaire et elle concerne l'ensemble du territoire national. Le paquet de gratuité comprend le traitement préventif (Sulfadoxine/Pyriméthamine) pour les femmes enceintes, les moustiquaires imprégnées, le traitement du paludisme simple et grave et le test de dépistage rapide (TDR) pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Pour pouvoir bénéficier de la gratuité, le diagnostic de paludisme doit être en effet confirmé par le test rapide ou la goutte épaisse.

Les études quantitatives que nous avons réalisées sur cette politique montrent qu'elle entraîne une augmentation de la fréquentation des centres (Heinmueller & Ridde, *infra*, chapitre 20) sans avoir d'impact sur les finances des centres de santé communautaires (Kafando & Ridde, *infra*, chapitre 21). Les études qualitatives révèlent qu'elle suscite pourtant des inquiétudes et une sourde opposition de la part du personnel de santé et des acteurs communautaires. Ceux-ci la jugent en effet déstabilisatrice et ils développent des stratégies visant à en réduire la portée, qui s'avèrent au final préjudiciables à la réussite de cette initiative. Dans ce chapitre, nous chercherons à montrer ce qui fonde une telle inquiétude, et plus globalement, ce qu'elle révèle sur les conséquences d'une opposition maintenant récurrente entre les intérêts des usagers et ceux des professionnels de santé.

Note méthodologique

Cette étude a été menée simultanément dans 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 appuyé par la coopération suisse, et le cercle de Kita dans la région de Kayes, appuyé par la coopération canadienne. Nous avons introduit la recherche par une approche quantitative sur la perception des politiques de gratuité par les acteurs locaux (Touré, 2010, 2012)¹. Nous avons ensuite mené des études qualitatives dans les mêmes sites (Touré, 2011 ; Sanogo, 2012), par immersion prolongée dans chaque structure de santé (trois mois minimum de présence et d'observation dans deux CSCOMs et un CSREF par site, les niveaux 1 et 2 de la pyramide sanitaire) afin d'étudier la mise en œuvre concrète de cette politique. Des situations d'interaction entre acteurs ont été observées autour d'études de cas et une centaine d'entretiens formels ou informels ont été réalisés avec les différentes catégories de personnel, les membres des ASACO et les usagers.

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

Un démarrage improvisé de la mise en œuvre, et déjà les premières résistances

En mai 2007, les autorités annoncent dans les médias le lancement de la gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de zéro à cinq ans et les femmes enceintes. Usagers, soignants et membres des associations de santé communautaire prennent simultanément connaissance en langues nationales d'un message au contenu flou. Une note de service au contenu également imprécis vient ensuite confirmer la nouvelle. Dans les jours qui suivent cette annonce, les premiers usagers, notamment en ville, réclament l'application de cette gratuité à des soignants eux-mêmes en attente des médicaments gratuits. Cela ne manque pas de susciter certaines tensions, les soignants renvoyant les usagers à l'inconséquence de l'État.

« *Va dire à ceux qui t'ont annoncé que le traitement du paludisme est gratuit qu'ils doivent apporter les médicaments, car nous, nous n'avons pas encore vu le gratuit* » (personnel de santé)

Dans certains districts, il est demandé aux directeurs techniques des CSCOM de préfinancer la gratuité sur les stocks de médicaments de leurs dépôts pharmaceutiques achetés dans le cadre du recouvrement des coûts. La mesure est impopulaire. Certains centres jouent la carte de la prudence et préfèrent attendre l'arrivée des intrants gratuits. Ceux qui l'appliquent, à l'image d'un centre rural de Sikasso qui en une semaine perd 80 000 FCFA, réalisent l'impact négatif sur leurs recettes et suspendent son application afin de limiter les pertes.

Une lettre d'information² enjoint aux directeurs régionaux de donner dans l'urgence un contenu technique à cette décision présidentielle. En juillet 2007, soit quelques mois après l'annonce, la première dotation de CTA (AQ) gratuits est distribuée. L'évaluation des besoins a été faite sur une base populationnelle mais la quantité envoyée est en deçà de la prévision semestrielle. À Bamako, l'annonce d'une visite ministérielle pour le lancement officiel de la politique accélère la mise à disposition des CTA gratuits et leur disponibilité. Mais les centres tardent ensuite à commander un nouveau stock. Dans les régions, les intrants sont acheminés jusqu'au dépôt répartiteur de cercle, à charge pour les structures périphériques de venir chercher leur dotation. Soucieuses d'écouler d'abord leur stock de chloroquine, pourtant retirée de la vente depuis juin 2007, elles mettent souvent plusieurs semaines avant de s'exécuter.

« *Concernant le stock restant d'amodiaquine et de chloroquine, on l'a écoulé, car on est et on vit dans le recouvrement de coût* » (membre Asaco).

Les instances supérieures des associations communautaires préviennent leurs membres des risques de non remboursement, et leur recommandent de faire payer les usagers en cas de ruptures avec un mot d'ordre : « *Pas de médicaments gratuits, pas de gratuité aux usagers* »³.

En août et septembre 2007, le kit paludisme grave arrive dans les centres mais les quantités sont jugées dérisoires. Par ailleurs, les kits sont généralement incomplets et les intrants manquants sont facturés aux usagers.

² Lettre N°- 876 du Secrétariat Général du Ministère de la santé du 2 juillet 2007 pour la prise en charge du paludisme chez l'enfant de 0 à 5 ans et chez la femme enceinte.

³ Réunion organisée par la Ferascom (Fédération régionale des associations de santé communautaire) du 20 décembre 2007.

Moins d'un an après le démarrage, les supervisions réalisées dans le district de Bamako par la direction régionale de la santé révèlent deux problèmes majeurs :

- La sous-prescription des CTA (AS/AQ) que les agents de santé justifient par leurs effets secondaires indésirables (hallucinations, fortes fièvres...) et l'absence de forme pédiatrique (comprimés difficiles à dissoudre). Des cartons entiers de cette molécule sont stockés jusqu'à péremption dans les formations sanitaires.
- La sous utilisation des TDR dans la confirmation du diagnostic du paludisme clinique.

Des mesures sont prises pour mieux organiser l'application de cette politique :

- Nomination de points focaux
- Remplacement des premières formes de CTA par d'autres molécules, mieux tolérées, et diffusion de formes pédiatriques
- Organisation de supervisions formatives pour l'utilisation judicieuse des tests.

Ces mesures ne parviennent que partiellement à améliorer l'effectivité de la politique. Les agents de santé et les ASACO organisent progressivement leur résistance, souvent à l'origine des principaux dysfonctionnements qui persistent plusieurs années après le démarrage.

Les pratiques des professionnels de santé réduisent la portée d'une politique complexe à mettre en œuvre

Un déficit de communication largement entretenu

Quelques années après le démarrage de cette politique, la maîtrise des contours de la gratuité par le niveau opérationnel reste imparfaite. Des incertitudes demeurent par exemple sur la définition et la quantité des éléments constitutifs du kit de traitement du paludisme grave : nombre de sérums et d'injections de quinine dans un traitement gratuit, présence ou non d'antalgiques dans le kit. De même, le niveau d'information des usagers et des ASACO est insuffisant et inégal. En milieu rural, les limites et les conditions d'accès à la gratuité demeurent méconnues, par refus du personnel de relayer l'information véhiculée dans les médias. En milieu urbain, les ASACO ont une assez bonne connaissance de la gratuité mais elles refusent de s'impliquer dans l'information de la population à ce sujet.

« Nous, on ne peut pas prendre le risque de dire qu'il y a une gratuité chez nous. C'est le gouvernement qui le dit à travers ses médias, les gens l'entendent. Ce n'est pas les centres communautaires ou les ASACO qui vont dire qu'il y a une gratuité. Ce n'est pas bon d'entendre cela à travers nos bouches, cela va nous compromettre un jour. Est-ce que la population va comprendre et accepter ça le jour où il n'y aura rien ? Elle est majoritairement analphabète et quand tu dis que c'est ça, la population considère que c'est ça à vie. »
(membre ASACO)

Par conséquent, c'est en arrivant dans les centres de santé que la plupart des usagers découvrent l'existence de la gratuité ou la possibilité d'en bénéficier : *« 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 FCFA. Je pensais que ça allait me coûter cher. Or je n'ai rien dépensé, à part les frais de consultation. »* (usager CSREF)

Certains des usagers avec lesquels nous nous sommes entretenus après leur consultation n'avaient même pas conscience d'avoir bénéficié gratuitement de certains produits prescrits.

«Je ne sais pas si j'ai eu du gratuit. Si j'en ai eu, la pharmacienne ne m'a rien dit et ne m'a pas montré le produit. Je n'étais même pas au courant que le traitement était gratuit pour les enfants. C'est bien, si ces produits sont bons. J'ai payé 1300 FCFA ». (usager, CSCOM)

Dans certains sites, c'est la venue de l'enquêteur, cinq ans après la promulgation des mesures, qui révèle aux uns et aux autres l'existence de la gratuité.

« La gratuité ! C'est avec toi que je l'apprends. Je reconnais que l'année dernière, au CSCOM, mon enfant a bénéficié de six comprimés de double couleur pendant qu'il souffrait de palu. Personne ne m'a dit que c'était une gratuité donnée par le gouvernement... on ne nous a pas informé de cela, sans vous mentir » (usager et membre ASACO).

Ces conditions rendent cette politique difficile à revendiquer par les usagers, d'autant que le personnel attribue toujours la responsabilité des problèmes au niveau central, et limitent l'effet d'entraînement sur la fréquentation des centres. L'étude réalisée à ce sujet montre d'ailleurs que si l'augmentation de la fréquentation est réelle, elle reste limitée et inférieure à ce qui pouvait être attendu d'une telle mesure (Heinmüller & Ridde, infra, chapitre 20).

Une disponibilité aléatoire des intrants gratuits dans les formations sanitaires

Comme pour les deux politiques précédentes de gratuité (ARV et césarienne, voir Touré supra, chapitre 10), le gouvernement malien a adopté le principe de mise à disposition des intrants gratuits via le schéma directeur d'approvisionnement des médicaments essentiels (SDADME), avec des financements de différents bailleurs, dont le Fonds mondial. La disponibilité permanente des médicaments dans les centres est un pilier de la réussite de cette politique, ce qui représente un défi considérable pour le niveau national puisque cette mesure concerne l'ensemble des formations sanitaires du pays et une pathologie très courante. Par ailleurs, le Mali dépend des fournisseurs internationaux pour les nouveaux antipaludéens, ce qui impose une forte anticipation des besoins pour éviter les ruptures. L'approvisionnement suffisant et régulier en intrants gratuits nécessite enfin une excellente organisation et coordination des acteurs, le niveau national et le niveau opérationnel étant interdépendants pour la réussite de cette opération. Officiellement, chaque formation sanitaire participe à l'évaluation de ses besoins en intrants gratuits à travers le rapportage mensuel d'informations vers le district et passe ses commandes. Les districts sanitaires sont en effet dotés sur la base des rapports de prise en charge (PEC) du paludisme, outil de planification qui renseigne le district et le niveau central sur la consommation et les besoins de chaque centre de santé en intrants gratuits.

Dans les faits, l'approvisionnement en intrants gratuits dépend beaucoup plus de la disponibilité effective des intrants au niveau central que des besoins réels exprimés par le niveau périphérique et les problèmes de péremption de certains produits sont souvent évoqués. La plupart des formations sanitaires fournissent tardivement et très irrégulièrement les rapports, ce qui affecte toute la chaîne de planification (district, DRS, PPM). À Bamako, le rapportage est particulièrement défectueux et assumé comme tel.

«Du début de la gratuité en 2007 à maintenant, nous n'avons jamais tenu de fiche de stock. De toute façon, je n'ai pas le temps pour cela, [...] nous avons assez de travail. Le gratuit, c'est le gratuit. Je fais une demande dès que le stock est faible ou vide ou même j'appelle le

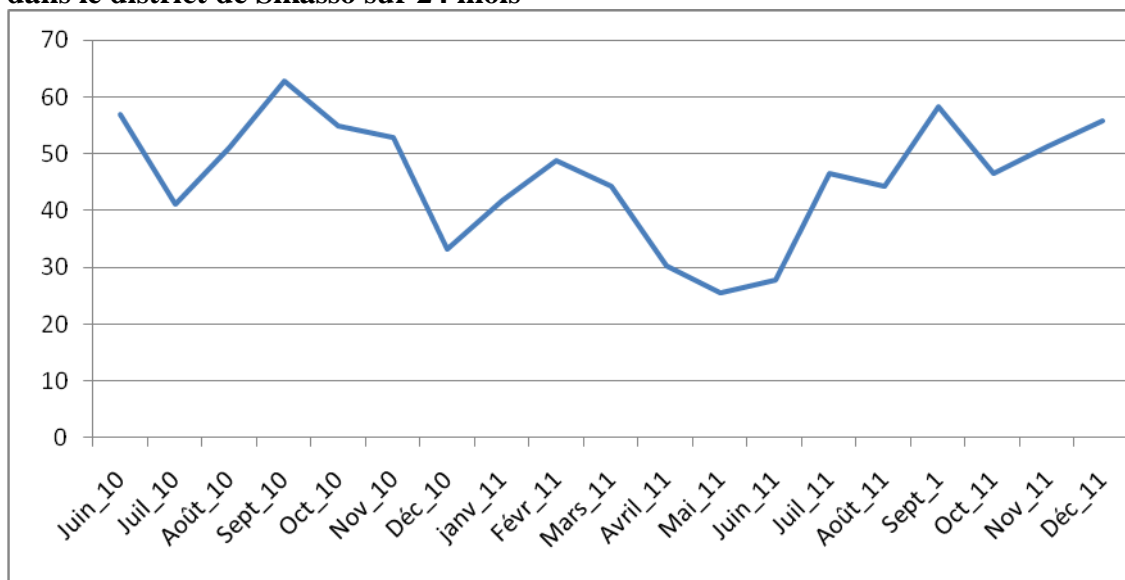
médecin chef par téléphone, je l'informe de la situation et il m'envoie quelque chose. » (personnel CSCOM)

« Il n'y a rien de sérieux dans cette gratuité et j'ai trop à faire. » (Personnel CSCOM)

« Je ne remplis pas de rapport lié à la gratuité. Même pour les commandes, j'avertis seulement le médecin chef qui assure la commande au niveau du CSREF. Mais je garde les cartons vides, c'est ma preuve. Mais je n'ai encore jamais été contrôlé. » (personnel CSCOM)

Dans les régions, où la situation est légèrement meilleure qu'à Bamako, le rapportage demeure faible, comme l'indique la courbe ci-dessous, réalisée à partir des données du district de Sikasso. On constate ainsi que, souvent, moins de 50% des formations sanitaires du district transmettent leurs rapports mensuels.

Tableau 1 : Taux de rapportage de la prise en charge du paludisme par les CSCOM dans le district de Sikasso sur 24 mois



Source : CSREF

Par ailleurs, les CSCOM attendent l'arrivée des intrants gratuits sans exprimer de besoin ou le font très tardivement, souvent après plusieurs jours de ruptures.

«Ma pharmacienne ne m'informe pas à temps, elle attend de livrer le dernier flacon pour me dire qu'il n'y a plus rien, donc la commande prend forcément du retard. Je lui ai parlé de ça en vain. Ça énerve, les gens ne travaillent pas avec sérieux. » (personnel CSCOM)

Enfin, les formations sanitaires viennent souvent retirer leur dotation avec beaucoup de retard. Les intrants gratuits sont quelquefois les seuls produits qu'elles récupèrent via le SDADME et les frais de transport sont à leur charge, ils n'ont pas été prévus dans la politique.

Le stockage des intrants gratuits pose également problème. Les locaux sont souvent trop petits et peu sécurisés alors que ces produits font l'objet de toutes les convoitises. Les responsables communautaires, même dans les centres où ils s'impliquent sérieusement dans la gestion des médicaments, n'exercent aucun contrôle sur la gestion des intrants gratuits, qui sont placés sous la seule responsabilité des médecins chefs, directeurs et gérants de centres

«La gratuité est gérée par les techniciens, je ne m'y implique pas. Je sais que je devrais suivre ce qui se passe mais je ne le fais pas.» (membre ASACO).

«C'est l'État qui fait la gratuité. Le chef de poste est le représentant de l'Etat dans notre centre. Cela ne nous concerne pas. Nous, ASACO, ne savons rien des stocks de la gratuité ». (membre ASACO).

En conséquence, et malgré les déclarations de bonne intention des acteurs impliqués, d'importants dysfonctionnements dans l'approvisionnement des formations sanitaires sont constatés, notamment l'incomplétude du kit du traitement contre le paludisme grave et la récurrence des ruptures de médicaments, surtout en 2009, qui marque l'introduction des nouveaux CTA (AL) jugés efficaces par les usagers, donc très demandés. Vu l'absence de rapportage dans la plupart des sites, il est difficile de se faire une idée précise de la situation des ruptures. Toutefois, dans le seul site étudié où le rapportage était régulier (ce qui donne une idée de la qualité du suivi), nous avons constaté des périodes de ruptures importantes, comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau 2 : nombre de jours de ruptures de quelques intrants gratuits dans un CSCOM de Sikasso

Produit	Date début période observation	Durée période observation (jours)	Nbre de jours rupture	Nb jours de rupture/an
CTA	31-05-2007	1218	666	200
Quinine 0,40	19-01-10	619	183	108
Quinine 0,20	19-01-10	619	333	196
SG 10%	08-07-08	1179	287	88
TDR	12-01-11	262	41	57

Source : fichier de suivi des intrants gratuits

La politique n'a pas été accompagnée d'un financement particulier pour les supervisions qui sont donc intégrées aux supervisions habituelles des équipes de districts. Or, entre 2009 et 2011, les supervisions intégrées des équipes de districts et des DRS sont devenues rares, faute de financement.

«Même les supervisions intégrées ne se font plus depuis deux ans, à plus forte raison les supervisions paludisme. Nous nous contentons des rapports rendus par les chefs de poste. Personne ne peut savoir si les produits que nous leur donnons sont bien utilisés... Au Mali chacun défend sa place et personne n'ose dire les choses telles qu'elles sont. » (personnel CSCOM)

«Depuis 2008 jusqu'à nos jours, nous n'avons pas fait de supervisions dans les CSREF. C'est le pays, les supervisions sont bloquées parce que nous n'avons pas d'argent pour les faire. Nous nous contentons des rapports palu que les CSREF nous envoient. » (DRS, Bamako)

Les supervisions sont par ailleurs bien trop superficielles pour permettre une évaluation sérieuse de la situation.

« Rien n'est pris au sérieux ici au Mali, ce qui justifie la négligence, le manque de volonté, le manque de sérieux dans la fourniture de l'ASACO en CTA. Les superviseurs qui viennent du CSREF pour nous contrôler viennent s'asseoir sous le hangar et remplissent leurs rapports et s'en vont, quelquefois sans même voir les registres qui permettent de justifier le nombre de patients qui ont bénéficié. » (personnel CSCOM)

«Dans l'eau, chaque caïman est roi dans sa zone, il prend à tout moment la proie qu'il veut....mais je n'en veux pas à nos gens (responsables du centre), c'est plutôt à ceux qui donnent les produits de la gratuité et qui ne viennent pas vérifier après leur utilisation.» (usager).

Courant 2011, le programme national de lutte contre le paludisme propose de financer des supervisions spécifiques sur demande des cercles ou régions, à condition d'utiliser sa grille de supervision. Très peu de cercles donnent suite à cette proposition, jugée contraignante et peu lucrative, les fonds étant gérés strictement par le PNLP, par ailleurs exigeant sur les résultats.

Une « apparence de gratuité »

La politique prévoit une gratuité partielle, puisque la consultation reste payante, ainsi que les médicaments autres que les antipaludéens, tels que les antalgiques. Les pratiques récurrentes du personnel de santé réduisent encore le paquet de gratuité, comme en témoignent ces différents exemples :

- Les ruptures d'intrants ou l'incomplétude des kits ne sont pas compensées localement par les centres de santé sur leurs stocks payants en attendant le prochain approvisionnement, contrairement à ce que nous avons pu observer pour les césariennes (Touré, 2012). Les patients doivent donc acheter les produits manquants dans le stock de la gratuité
- Des ruptures sont organisées dans certains centres afin de faire entrer un peu plus d'argent dans les caisses des formations sanitaires. Et les produits gratuits ne sont pas systématiquement prescrits, alors qu'ils sont disponibles, et cela par oubli, selon les dires du personnel. Le personnel conserve néanmoins un carton de produits gratuits dans la perspective d'un contrôle, pour ne pas se voir reprocher une situation de rupture : « *Ça fait environ dix jours qu'il n'y a pas de Coartésiane dans le stock, à part un carton que nous gardons parce qu'une supervision peut venir et trouver le stock à zéro, ce qui n'est pas bien.* » (personnel CSREF). On peut également masquer les ruptures en présentant comme gratuit aux superviseurs un stock qui vient d'être prélevé pour la circonstance dans leur dépôt de médicaments
- La prescription des intrants gratuits est limitée aux jours et heures ouvrables, c'est-à-dire de 8 à 12 h en général, cinq jours par semaine. Il n'est pas question de laisser la gestion des intrants gratuits dans les mains des agents de garde, généralement des bénévoles, tentés de les détourner à leur profit et visiblement incontrôlables.
- Des conditions sont imposées aux usagers pour bénéficier du traitement gratuit. Ainsi, et sous prétexte qu'une confirmation biologique du diagnostic est indispensable pour bénéficier d'intrants gratuits, il est demandé aux usagers de revenir l'après midi chercher leur résultat (généralement goutte épaisse proposée en remplacement ou en complément du TDR). Les usagers, soucieux de la santé des enfants, du temps et de l'argent perdus en déplacement, peuvent opter pour le paiement de leur ordonnance qui est alors prescrite sans attendre les résultats des tests : « *Comment attendre quand on voit son enfant agonisant... walahi, ces gens-là n'ont aucune pitié* » (usager).
Tout ceci explique que les sommes payées par les patients aient relativement peu baissé malgré la gratuité, comme en témoignent ces tableaux :

Tableau 3 : Coût moyen ordonnances dans le CSCOM 1 de Bamako

Période	Palu simple patient hors cible		Palu simple avec gratuité		Palu compliqué patient hors cible		Palu compliqué avec gratuité	
	Nombre cas	Prix moyen	Nombre cas	Prix moyen	Nombre cas	Prix moyen	Nombre cas	Prix moyen
Janvier 2010	235	3289 FCFA	189	2450 FCFA	125	5657 FCFA	60	4200 FCFA
Juillet 2010	324	3425 FCFA	208	2110 FCFA	247	5875 FCFA	90	4475 FCFA

Source : souches ordonnances CSCOM 1 Bamako

Tableau 4 : Coût moyen ordonnances dans le CSCOM 2 de Bamako

Période	Palu simple patient hors cible		Palu simple avec gratuité		Palu compliqué patient hors cible		Palu compliqué avec gratuité	
	Nombre cas	Prix moyen	Nombre cas	Prix moyen	Nombre cas	Prix moyen	Nombre cas	Prix moyen
Janvier 2011	33	3554 FCFA	19	1848 FCFA	21	6 976 FCFA	5	4492 FCFA
Juin 2011	20	5210 FCFA	22	2210 FCFA	28	7745 FCFA	11	6014 FCFA

Source : souches ordonnances CSCOM 2 Bamako

On peut s'interroger sur ce qui explique des coûts aussi élevés pour des prestations « exemptées ». L'analyse d'un certain nombre d'ordonnances délivrées en cas de diagnostic de paludisme montre que la prescription d'antibiotiques (payants) relève presque de l'automatisme. Trois exemples de traitement de paludisme simple pour des bénéficiaires pris dans la cible de la gratuité en attestent.

- Malgré le résultat négatif du TDR, il a été prescrit à un enfant de 10 mois :

- Métronidazol 1fl : 500 FCFA
- Cotrimoxazol : 500 FCFA
- Prométhazine : 600 FCFA
- CTA enfant : 0 FCFA
- Paracétamol sp : 500 FCFA

Ajouté à cela le ticket de consultation de 500 FCFA, on atteint un montant total de 2 600 FCFA.

- En l'absence de CTA enfants, ce cas de paludisme simple, dont le diagnostic n'a pas été confirmé, a été traité de la manière suivante :

- Amoxy sirop 1flacon : 1000 FCFA
- Ceftriazone (1) : 1000 FCFA
- Quinine 0,2 (2) : 200 FCFA

- CTA (6 comprimés) : 200 FCFA (CTA adolescents subventionnés, demi tablette pour correspondre posologie enfant)
- Injection Quinine 2 : 1000 FCFA
- Microperfuseur
- Prométhazine sp (1) : 600 FCFA

Avec la consultation à 250 FCFA, on obtient un montant total de 4 250 FCFA.

- Ce cas de paludisme non confirmé a fait l'objet d'une double ordonnance.

Sur l'une, ont été prescrits gratuitement:

- quinine 0,4 (2)
- CTA (6) ;
- seringue (2).

Sur l'autre, sont prescrits :

- Prométazine (600 FCFA),
- Multivitamine sp (880 FCFA) ;
- Mebendazole (415 FCFA),
- Paracétamol 510cp : 550 FCFA

Le ticket à 250 FCFA soit un total de 2 150 FCFA.

Ces trois exemples n'ont pas de valeur statistique mais ils permettent d'illustrer un problème dont l'ampleur pourrait être mise à jour par des études quantitatives subséquentes.

La non confirmation biologique du diagnostic clinique

Le paludisme est le diagnostic le plus courant posé dans les formations sanitaires, généralement sans confirmation biologique, même dans les centres qui ont la possibilité de réaliser la goutte épaisse. Plusieurs raisons sont avancées par le personnel pour expliquer ce comportement : la fiabilité du diagnostic clinique, le délai demandé pour obtenir les résultats de la goutte épaisse, et le fait que les malades font recours à des traitements informels avant de se présenter au centre de santé, traitements qui faussent les résultats des tests.

On comprend par conséquent que l'obligation de recourir à une confirmation biologique du diagnostic clinique par le TDR, dont les résultats sont immédiats, oblige à un changement des pratiques. Pourtant, malgré les formations organisées, les tests restent peu pratiqués. Lorsqu'ils le sont, ils sont généralement doublés par une goutte épaisse, et leurs résultats ne sont pas attendus pour la prescription d'un traitement. Ce constat ressort de nos observations mais également des supervisions du PNLP qui multiplie les initiatives pour faciliter cette utilisation : organisation de campagnes de formation sur la conservation et l'utilisation des tests, transition vers un test plus sensible, mission auprès du fabricant pour mesurer la fiabilité des tests utilisés⁴. Ce constat n'est d'ailleurs pas spécifique au Mali. Une étude nous révèle que le Sénégal est confronté au même problème (Faye, 2012).

Dans la mise en œuvre de cette politique, on constate donc que le niveau national est visiblement débordé par l'ampleur et la complexité de la tâche. Il est aussi pénalisé par un niveau opérationnel fort peu coopératif et se jouant de toutes les failles du dispositif. Cette politique suscite une réelle opposition qui compromet sa pérennité et sur laquelle il est indispensable de s'interroger.

⁴ Rapport de visite des sites de la société standard diagnostics Inc, PNLP, décembre 2012

Une politique profondément déstabilisatrice

Globalement, et même si les autres politiques de gratuité semblent mieux acceptées, le personnel juge discutable le principe même de la gratuité des soins (Touré, 2010). Les politiques de gratuité ne donnent pourtant pas lieu à des critiques frontales, tant il est délicat de contester ouvertement des décisions émanant du plus haut niveau de l'État. Concernant le paludisme, les acteurs communautaires sont en outre bien mal placés pour contester une politique visant une baisse de la mortalité infantile et un meilleur accès aux soins. Enfin, les raisons réelles d'une opposition au principe de gratuité ne sont pas toujours avouables.

Dans les discours officiels, lors des rencontres sur le paludisme, l'opposition s'exprime donc par le biais de revendications financières jugées plus légitimes :

- Une revendication d'indemnités versées aux CSCOMs pour compenser la perte que génère l'introduction de la gratuité paludisme (baisse des ventes d'antipaludéens qui constituent le fonds de commerce des CSCOMs).
- Une revendication d'indemnités à verser au personnel, dont la charge de travail a augmenté du fait de la hausse de fréquentation.

Ces revendications semblent manquer de fondement. L'étude réalisée au Burkina Faso dans le cadre du même programme de recherche, sur la charge de travail du personnel dans des districts offrant ou non la gratuité, montre que cette dernière n'a pas augmenté significativement la charge de travail du personnel (cf. Ly, Kouanda & Ridde, infra, chapitre 18). Sans avoir réalisé d'étude comparable au Mali, nos observations permettent néanmoins de dire que les horaires du personnel titulaire restent très généralement en deçà de la norme officielle. Par ailleurs, l'étude réalisée sur l'impact de cette politique sur les finances des CSCOM a fait ressortir très nettement l'absence d'incidence financière dans tous les CSCOM étudiés (Kafando & Ridde, infra, chapitre 21).

L'expression du mécontentement des personnels, assez libre lors des entretiens informels et dont l'équipe de recherche a fait les frais puisque considérée « pro gratuité » compte tenu de son intérêt pour le sujet, se matérialise donc par les pratiques que nous venons de décrire. Les entretiens avec le personnel et les responsables communautaires révèlent ce qui sous-tend ces stratégies d'évitement et de contournement de la politique de gratuité par le niveau opérationnel. Cette politique est jugée profondément déstabilisatrice car elle remet en cause les principes qui fondent le fonctionnement ou dysfonctionnement ordinaire des centres de santé.

Une remise en cause sérieuse de la politique de l'Initiative de Bamako

Cette politique de gratuité constitue la première remise en cause sérieuse de la politique de l'IB, imposée par l'État quinze ans auparavant. Or, malgré les insuffisances bien mises en évidence de cette politique (Balique, Ouattara et al, 2001 ; Ridde 2005), les acteurs socio-sanitaires semblent largement acquis à ce modèle. Personnels et ASACO considèrent donc la gratuité du paludisme comme une atteinte aux progrès accomplis.

« Un pas en avant, deux pas en arrière ». (Personnel CSCOM)

Elle est d'ailleurs perçue comme une volteface de l'État, peu compréhensible et peu légitime, puisqu'opérée sans conviction réelle. En témoignent la précipitation dans la prise de décision sans concertation, la désorganisation dans l'approvisionnement et l'absence de contrôle

concernant l'utilisation des intrants gratuits. Cela alimente la méfiance du niveau opérationnel à l'égard du ministère, jugé toujours prompt à accepter les propositions soumises par les bailleurs dans le but d'attirer des financements dont le niveau opérationnel ne bénéficie pas.

«Même aux États-Unis les gens paient pour leurs soins et ce n'est pas un pays pauvre comme le Mali qui peut s'offrir ce luxe.... Le Mali veut se montrer.» (personnel CSCOM)

«Nous sommes tous conscients que la politique de gratuité est bonne pour la population mais chaque dirigeant veut profiter et remplir sa poche, c'est dommage. C'est mettre la poudre aux yeux de la population.» (personnel CSCOM)

La politique de décentralisation de la santé et l'initiative de Bamako, traduites par l'implication, certes inégale, des acteurs communautaires et des élus, avaient marqué la fin de l'engagement financier fort de l'État, notamment au premier niveau de la pyramide sanitaire. Le retour de l'État sur la scène locale par l'imposition de nouvelles dispositions qui vont à l'encontre du principe de recouvrement des coûts, sans engagement financier supplémentaire, est mal accueilli. Cette situation renvoie au problème non pensé ni résolu de l'articulation de cette nouvelle politique, caractérisée par une approche verticale, avec les précédentes politiques et avec les politiques sociales visant une amélioration de l'accès aux soins.

Une remise en cause de la logique de rentabilité et de thésaurisation dans la gestion des CSCOM

L'IB et la décentralisation ont imposé aux formations sanitaires, et notamment aux CSCOM, une obligation de résultat et d'équilibre financier. Cette préoccupation est par conséquent devenue légitime et la rareté des ressources a souvent obligé les gestionnaires des centres à introduire une logique de rentabilité, bien peu compatible avec le principe d'équité. On constate cependant que cette logique de rentabilité est souvent excessive et perdure alors même que les finances des centres de santé sont largement excédentaires. La quête de profit se substitue ainsi à l'atteinte d'un simple équilibre financier. Les excédents et réserves de trésorerie ne sont réinvestis ni dans l'équipement des centres, ni dans un fonds d'aide aux indigents, autant d'initiatives d'ailleurs longtemps découragées par le niveau cercle, par crainte de décapitalisation des centres. Une étude réalisée dans toute la région de Sikasso fait ressortir à la fois la bonne santé financière des formations sanitaires, leur faible niveau d'équipement et l'absence de mesures visant une amélioration de l'équité dans l'accès aux soins (baisse de certains tarifs, gratuité organisée pour les indigents) (Escot, 2012). L'optimisation des services rendus aux usagers n'est pas à l'ordre du jour. Même le CSCOM emblématique de Banconi à Bamako, considéré comme le modèle de la santé communautaire, fonctionne actuellement comme un centre privé. Le personnel est motivé par des primes conséquentes mais les usagers ne bénéficient pas d'avantages particuliers. Ce constat n'est d'ailleurs pas spécifique au Mali. *« Au Kenya par exemple, ces fonds (ressources générées par les activités des centres) ont prioritairement servi à l'engagement de personnel supplémentaire ou sont demeurés dans les comptes bancaires. Au Burkina Faso, très peu de comités de gestion ont jusqu'ici prodigué des soins aux indigents gratuitement. »* (Ridde, 2012 : 81). Dans ce contexte, et alors que le paludisme constitue la principale source de revenu des centres de santé, il n'est pas étonnant de constater que cette politique suscite des résistances. La crainte de voir baisser drastiquement le nombre de cas de paludisme est perceptible, d'où par exemple le refus de recourir aux TDR. À Bamako, les ASACO s'inquiètent maintenant de la diminution des ruptures observée depuis 2010, qui compromet plus sûrement encore la vente d'antipaludéens.

« On n'observe presque pas de rupture maintenant. Avant on avait négligé, il y avait deux ou trois cartons mais maintenant c'est beaucoup de cartons qui viennent. Donc ça devient inquiétant, très inquiétant pour la survie des CSCOMs. » (membre ASACO)

La remise en cause d'un commerce parallèle lucratif

La vente d'antipaludéens représente une source de revenus importante pour les formations sanitaires mais également un commerce lucratif pour les personnes chargées de l'approvisionnement en médicaments (membres des ASACO ou personnels). Depuis longtemps, ces derniers contournent largement le schéma officiel d'approvisionnement en médicaments essentiels génériques, SDADME, et privilégient deux pratiques :

- S'approvisionner auprès de grossistes privés qui concèdent des « ristournes » avantageuses, même si leurs tarifs ne le sont pas forcément.
- S'approvisionner directement à la source (PPM régional ou national), gagnant ainsi les marges bénéficiaires appliquées par les niveaux intermédiaires.

Dans les deux cas, ces pratiques ne sont pas à l'avantage des usagers : comme en témoigne le tableau ci-dessous, la baisse du prix d'achat des médicaments n'est pas toujours répercutée sur le prix de vente aux usagers et les ristournes sont le plus souvent accaparées par les personnes chargées de l'approvisionnement, sous forme de commissions illicites. L'acheminement par l'État d'antipaludéens gratuits constitue donc une remise en cause de cette source parallèle mais substantielle de revenus.

Selon le décret 627 du 29 novembre 2010, le CSCOM doit appliquer un taux de 1.10 sur le prix d'achat des CTA⁵ et non le taux de 1.20 habituellement appliqué sur les médicaments en dénomination commune internationale⁶. On constate que le prix de vente est souvent supérieur au prix d'achat à la PPM multiplié par ce coefficient, même dans ce CSCOM rural pourtant réputé pour la qualité de ses prestations.

Tableau 5 : Prix d'achat et de vente des molécules en 2011. Le cas d'un CSCOM rural

Molécules	Prix d'achat à la PPM	Prix d'achat au DRC	Prix de vente CSCOM selon SDADME	Prix de vente CSCOM si coeff. 1.20 (ou 1.10 sur les CTA) sur prix PPM	Prix actuel de vente CSCOM	Ratio en pourcentage
Quinine 200mg	90	105	125	110	110	0
Quinine 400mg	120	140	170	145	140	0
SG 10%	450	510	610	540	600	11,11
Coartem adulte	255	290	320	290	600	106,89
Coartem	215	240	260	240	250	4

⁵ Combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine

⁶ Décret 087 du 16 mars 2007

ado						
Ringer	400	450	540	480	550	14,58
Ceftriaxole	700	750	900	840	1000	19,04

Une remise en cause de la capacité de diagnostic des professionnels de santé

Les usagers ont tendance à considérer toute fièvre comme manifestation du paludisme à tel point que le terme « sumaya » désigne maintenant aussi bien la fièvre que le paludisme (Roger, 1993). Interrogés par les soignants sur ce qui les amène, la plupart font référence au « sumaya », entraînant un certain agacement de la part du personnel : « *Pour quelle raison m'amènes-tu cet enfant puisque tu sais déjà que c'est le paludisme ?* »

Habitué à ne pas pouvoir tout mettre en œuvre « *pour atteindre la précision diagnostique ... parce qu'elle demande du temps, de l'argent ainsi qu'un patient coopératif et à rechercher l'efficacité médicale à court terme* » (Gobatto, 2001 :152), le personnel opte pour un « *diagnostic de suspicion* » et parie volontiers sur le paludisme en première intention. Ce diagnostic constitue tout à la fois une solution de facilité et un pari peu risqué, surtout si on associe aux antipaludéens un antibiotique. Le paludisme est en effet une pathologie courante et ses signes cliniques manifestes permettent de poser le diagnostic avec une apparente fiabilité, sans même être médecin et sans laboratoire, grâce aux ordinogrammes largement utilisés en première ligne. L'introduction du TDR constitue donc une remise en cause de la compétence professionnelle des agents de santé puisqu'elle leur enlève le pouvoir de diagnostiquer la maladie. Cette hypothèse est largement étayée par les propos des agents de santé. Or, l'utilisation des tests montre de fait le caractère souvent abusif de ce diagnostic puisqu'un grand nombre de cas supposés de paludisme ne sont pas confirmés par les tests. Et cette situation met en outre le personnel dans l'obligation de mener de plus amples investigations auxquelles il est peu familier et pour lesquelles il ne dispose pas d'outils d'aide au diagnostic. La nécessité de développer ses capacités de diagnostic peut mettre à rude épreuve la compétence professionnelle du soignant.

Conclusion

L'exemption de paiement du traitement du paludisme pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes est une politique qui peine à s'imposer et dont les résultats sont mitigés. On constate effectivement une diminution du montant des ordonnances payées par les exemptés mais ce montant reste encore largement dissuasif pour les catégories défavorisées, d'autant qu'on assiste à une certaine rétention de l'information et que les usagers ne peuvent prévoir à l'avance l'ampleur de la gratuité dont ils vont bénéficier. La même tendance s'observe concernant la politique de gratuité de la césarienne. Une étude réalisée récemment (Arsenault & al. 2013) montre ainsi que le coût principal du traitement ne diffère pas significativement entre les femmes qui ont bénéficié de la gratuité de la césarienne (US\$ 107.00) et celles qui ont accouché sans césarienne (US\$ 93.40). Cette gratuité ne protège donc pas les bénéficiaires des dépenses catastrophiques

La responsabilité de cette situation peut être en partie imputée au niveau central placé devant un lourd défi et en partie au niveau opérationnel, dont les pratiques visent clairement une limitation de l'accès aux soins gratuits et une réduction du paquet de gratuité. Ainsi, le personnel de santé ne compense pas les ruptures mais les répercute sur les patients et profite même quelquefois de certaines failles du dispositif pour en organiser localement. Il refuse de mobiliser les TDR ou même la goutte épaisse pour confirmer son diagnostic clinique, sous des prétextes devenus inopérants (délai d'attente, coût ou inefficacité du test) et utilise même l'existence de ces tests pour contraindre les usagers à payer des soins normalement exemptés de paiement.

Les responsables sanitaires chargés de la lutte contre le paludisme au Mali sont conscients des tentatives de mise en échec de cette politique par les professionnels de santé, même s'ils ne poussent pas toujours le questionnement sur les causes profondes de telles attitudes. Ils s'appliquent en revanche à apporter des solutions aux problèmes qui sont posés. De part et d'autre, les enjeux sont considérables. Ne serait-ce qu'à travers l'imposition du TDR, l'État a aujourd'hui l'opportunité de faire chuter de manière sensible le nombre de cas du paludisme au Mali et le taux de morbidité de cette maladie. Il doit, en outre, veiller au développement de la résistance aux nouvelles molécules en cas de sur-prescription et tenter de diminuer les ressources financières consacrées à la lutte contre le paludisme. Pour les professionnels de santé, cette politique est tellement déstabilisatrice qu'elle suscite et justifie des pratiques qui en sapent la mise en œuvre.

Au-delà des conséquences du bras de fer engagé autour de cette politique d'exemption de paiement, une telle situation amène à bousculer certaines évidences et à se demander si l'amélioration de l'accessibilité aux soins est aujourd'hui une préoccupation véritablement partagée.

Les professionnels de santé, responsables sanitaires ou personnel des formations sanitaires, reconnaissent tout à la fois les profondes inégalités dans l'accès aux soins, et la corrélation étroite qui existe entre paiement et qualité des prestations, dont certaines pratiques quotidiennes témoignent : offre privée pour les personnes aisées, petits arrangements financiers pour optimiser les chances d'être mieux soigné pour les usagers ordinaires. Ils reconnaissent également que les plus pauvres ne peuvent être pris en charge avant d'avoir trouvé le prix de l'ordonnance (Touré, 2012).

Malgré ces constats, le recouvrement des coûts introduit par l'Initiative de Bamako est plébiscité. Les professionnels de santé privilégient en outre des options telles que la mutualité ou l'AMO (assurance médicale obligatoire) pour résoudre le problème d'accès aux soins. Pourtant, la plupart des fonds mis à disposition pour la santé et le développement social dans le cadre du PRODESS (Programme de développement sanitaire et social) sont accaparés par le volet santé qui ne laisse ainsi chaque année que 15% de l'enveloppe globale au Ministère de l'action humanitaire, de la solidarité et des personnes âgées, chargé de la lutte contre l'extrême pauvreté et l'exclusion sociale, et des mécanismes de protection sociale : mutuelles, assurance médicale obligatoire, régime d'assistance médicale (Touré, 2013, à paraître).

Concernant les politiques de gratuité, il convient également de s'interroger. La logique de profit qui anime le personnel de santé et semble gagner les responsables communautaires, bien au-delà des exigences de rentabilité imposées aux centres de santé, est peu compatible avec le principe de gratuité. Imposées par la volonté politique des premiers responsables du pays, ces politiques sont disqualifiées par les techniciens et mises à distance puisque jugées

« politiques » voire politiciennes. De même, la faible exigence concernant la qualité des prestations a des implications évidentes sur le coût des prestations donc les conditions d'accès aux soins. La question des TDR montre que les questions de sûreté du diagnostic et de rationalisation des prescriptions sont loin d'être réglées, après être longtemps restées à l'agenda des instances internationales, au moment de l'instauration de l'IB.

La préoccupation d'un accès aux soins pour tous ne semble donc pas être une priorité pour les professionnels de santé. Est-ce tellement surprenant lorsque la difficile question de l'accès aux soins met usagers et personnel en concurrence autour des maigres ressources disponibles ? Les professionnels de santé évoluent à la fois dans un contexte de pauvreté et de pénurie, qui les contraint à exercer une médecine au rabais, et dans un espace social et professionnel de délivrance concurrentielle des soins (Gobatto, 2001). Difficile, dans ces conditions, d'asseoir leur légitimité, difficile également de s'intéresser à l'équité dans l'accès aux soins lorsqu'on est amené à devoir choisir constamment entre son intérêt individuel ou corporatiste et l'intérêt de l'utilisateur, et que personne n'est là pour défendre l'intérêt de ce dernier.

On peut également s'interroger sur le bien fondé des mesures adoptées pour atteindre une équité dans l'accès aux soins, et surtout leur articulation. Ainsi, si ces politiques sont aujourd'hui présentées comme une étape « *vers la couverture universelle, c'est-à-dire vers un accès universel aux prestations de santé avec la protection sociale correspondante* » (OMS, 2008), il semble qu'elles compromettent pourtant les chances de réussite de cette couverture universelle, solution sur laquelle tout le monde s'accorde maintenant pour résoudre à terme les inégalités dans l'accès aux soins. En effet, elles remettent en cause certains acquis fragiles :

- en signant le retour à une recentralisation du pouvoir de décision et de suivi, donc une atteinte à la responsabilisation des acteurs locaux introduite par la décentralisation de la santé et la politique communautaire ;
- en s'inscrivant en concurrence des mutuelles faute d'avoir réfléchi l'articulation avec ces institutions ;
- et finalement en entraînant une baisse qualitative des prestations, dans le cas par exemple de la gratuité de la césarienne (Touré, ce livre).

Cette quête vers une meilleure équité dans l'accès aux soins ne fait pas l'unanimité, cela paraît évident, et il importe d'y réfléchir. Le manque de cohérence et de continuité des mesures proposées doit faire également l'objet d'une réflexion plus poussée. Dans ces conditions, on ne peut s'étonner, qu'après ces multiples réformes, le système de santé ne puisse guère plus offrir à l'utilisateur que le droit de dépenser toujours plus pour se soigner.

Bibliographie

Brunet Jailly J. 2011, « Le pendule du financement de la santé : de la gratuité au recouvrement des coûts », in Kerouedan D (dir.), *Santé internationale, les enjeux de santé du Sud*, Les Presses de Sciences po.

Escot F., 2012, Etude bilan des ressources humaines de la santé dans la région de Sikasso. Miseli, Bamako.

Faye S., 2012, « Améliorer la prise en charge du paludisme par les tests de diagnostic rapide (TDR) : appropriation par les prestataires et bénéficiaires de soins au Sénégal », *Bulletin de la Société de Pathologie exotique*, 105 (3) , pp 237-244

Gobatto, I., 2001, Les médecins acteurs dans les systèmes de santé. Une étude de cas au Burkina Faso, in, Hours B. (dir.), *Systèmes et politiques de santé. De la santé publique à l'anthropologie*. Karthala

Heinmüller R., Ridde V., Traoré K., Traoré I. et Touré L., 2012, Évaluation des effets de la politique de subvention des ACT au niveau de l'utilisation des services chez les enfants de moins de 5 ans, rapport d'étude Miseli, Bamako.

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

Ly, A., 2011, Effets de la gratuite des soins sur la charge de travail du personnel soignant dans quatre CSPS du district sanitaire de Dori, Burkina Faso, Master professionnel santé publique et ingénierie des systèmes de santé, Institut de Recherche en Sciences de la santé de Ouagadougou - Burkina Faso

OMS, 2008, Rapport sur la santé dans le monde. Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais

OMS, 2010, Le financement des systèmes de santé. le chemin vers la couverture universelle. Document de synthèse

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

Roger, M., 1993 « Sumaya dans la région de Sikasso: une entité en évolution », in Brunet-Jailly (ed) *Se soigner au Mali. Une contribution des sciences sociales*, Paris: Karthala-ORSTOM: 83-126

Sanogo, Y.T., 2012, La mise en œuvre de la politique de gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. Le cas de Sikasso. Rapport d'étude Miseli. Préparation d'un mémoire de DEA, ISFRA, Université des sciences juridiques et politiques de Bamako.

Touré L., 2010, Les politiques de gratuité dans leur contexte. La perception des acteurs maliens. Rapport d'étude Miseli, Bamako

Touré L., 2012, « La baisse de qualité, prix à payer pour un meilleur accès aux soins ? Perceptions sur les politiques d'exemption de paiement des soins au Mali », *Afrique contemporaine* n° 243, 2012/3, « *Gratuité des soins : une évaluation des politiques publiques* »

Touré L., (à paraître en 2013) : « 'A force de fuir les indigents, on ne les connaît pas...' ». La difficile question de l'identification des indigents au Mali », in V. Ridde et J-P Jacob (dir) *Les indigents et la santé en Afrique. Expériences et enjeux* L'Harmattan Academia