

Chapitre 6

La mise en place des gratuités des années 2000 au Mali : Sida, césarienne et paludisme.

Introduction

Vingt ans après l'indépendance, les soins étaient quasiment gratuits, mais l'accès à cette gratuité comportait beaucoup d'obstacles, faute de ressources financières dans les caisses de l'Etat. Dès lors, les questions du financement se sont retrouvées au cœur du débat sur l'offre de la santé. C'est dans ce contexte que le recouvrement des coûts a été envisagé et mis en œuvre. Cette politique s'inscrivait dans une optique d'amélioration et de disponibilité de l'offre. La question de la demande et de l'accès aux soins n'ayant pas fait partie des préoccupations, les conditions d'accès proposées dissuadaient un bon nombre de malades. « On ne peut bénéficier de soins qu'en payant : pas d'argent, pas de soins. » (Koné, 2003 : 238). Assez tôt, le paiement direct des soins par les patients fut un obstacle non négligeable à la demande de soins. La nécessité de trouver d'autres alternatives s'imposait donc aux politiques de santé.

L'approche sectorielle de la santé fut un des préalables ayant facilité l'adoption de politiques de subvention des soins. Cette politique, dont la première mise en œuvre a été le Projet Santé, Population et Hydraulique Rurale (PSPHR), lancé à l'initiative de la Banque mondiale, a duré de 1991 à 1998. Le Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (PDDSS), de 1998 à 2007, suite logique du PSPHR, a été mis en œuvre par le Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) qui a duré de 1999 à 2009 (Koné et al 2011). Un diagnostic de la première phase du PRODESS relevait des problèmes financiers à tous les niveaux, un coût élevé des prestations par rapport au pouvoir d'achat des usagers, et « *un accès aux médicaments essentiels qui demeure faible pour les personnes démunies et les couches vulnérables...* » (Ministère de la Santé, 2004, 30).

Pour la phase II du PRODESS, et tirant des enseignements du constat ci-dessus évoqué, le Ministère de la Santé (MS) a décidé de prioriser 5 programmes ou volets d'activités « *destinés à directement lever des goulots d'étranglement...* » (MS, 2004 : 50). Trois de ces volets sont pertinents pour les thèmes de cet article, à savoir : la disponibilité des médicaments essentiels, des vaccins et des consommables médicaux ; l'amélioration de la qualité des services de santé; l'accessibilité financière, le soutien à la demande et à la participation. Ces volets traduisent la complexité des problèmes de santé et les faiblesses dont souffre le système de santé : les ruptures en médicaments, la mauvaise qualité de l'offre de soins et la faible demande de soins exprimée.

La mise en œuvre du PRODESS a certainement permis des acquis appréciables. Toutefois la santé pour tous, sans être un leurre, comme s'interrogent Gruenais et Pourtier (2000), était jusqu'alors un vœu pieu. La déclaration d'Alma Ata en 1978, en faveur de l'accès universel aux soins de santé primaire (la « santé mondiale ») demeurait toujours un objectif à atteindre.

C'est dans ce contexte national de recouvrement des coûts et de PRODESS, entre autres, que le Mali a annoncé des décisions relatives à la gratuité des soins de VIH/SIDA (2004), de césarienne (2005) et du paludisme (2007). A l'époque, l'environnement international semblait propice à la mise en place d'exemptions du paiement direct des soins de santé. En effet, en 2005, certains partenaires, se sont positionnés pour la gratuité. Le G8, dans la déclaration finale du sommet de Gleneagles, promettait un soutien aux initiatives nationales en faveur de la suppression des paiements directs pour les soins de santé primaires¹. Le Secrétaire Général des Nations Unies s'est prononcé en faveur de la gratuité dans son rapport « Dans une liberté plus grande développement, sécurité et droit de l'homme », rendu public le 21 mars 2005. Deux ans, plus tard, deux autres partenaires se montrent favorables à l'institutionnalisation de la gratuité : la Banque Mondiale, dans sa stratégie «santé, nutrition et population », mentionne explicitement son intention d'apporter un appui aux pays qui décident d'instaurer l'accès aux soins gratuits dans les centres publics de santé. La directrice générale de l'OMS, le 5 juin 2007, se déclare favorable à l'abolition des paiements directs (Ridde, 2011 : 175).

Les conditions d'émergence et les formulations de ces nouvelles gratuités nous offrent quelques réponses aux interrogations sur la nature des déterminants majeurs de ces décisions. Les données de ce chapitre proviennent de trois rapports de recherche sur l'émergence et la formulation des politiques d'exemption de paiement dans la prise en charge des soins de santé liés au SIDA, à la césarienne et au paludisme.

VIH/SIDA : l'accès gratuit aux ARV

Une mobilisation internationale exceptionnelle

L'accès aux ARV, longtemps réservé aux malades du Nord, s'est peu à peu étendu à quelques privilégiés du Sud. La situation de privation de traitement d'un grand nombre de malades, explique en partie la mobilisation pour un accès gratuit aux ARV. Cette mobilisation, initiée par des acteurs internationaux, a été relayée au niveau national. La bataille pour la réduction du coût des ARV est devenue un objectif à court terme (Vidal et Msellati, 2000).

L'issue heureuse des négociations avec des firmes pharmaceutiques entreprises par certaines organisations des Nations Unies, promoteurs, en 2000, de l'initiative d'accès accéléré (IAA), d'une part et, d'autre part, la pression des associations de personnes vivant avec le VIH et des associations de solidarité avec les malades (PVVIH), ont fait que les prix des ARVs ont connu une baisse substantielle au début des années 2000. La réduction des coûts de traitement était certes un acquis louable. Mais, même à un prix des médicaments très réduits, de nombreux PVVIH en Afrique ne pouvaient pas assurer la prise en charge financière de leurs traitements.

En 2002, l'OMS et l'ONUSIDA lançaient *l'initiative 3 by 5* qui visait à offrir un traitement à 3 millions de personnes dans les pays à revenu faible et intermédiaire avant la fin 2005. Pour atteindre l'objectif « 3 by 5 », la gratuité des ARV paraissait une voie appropriée.

Pendant la même période, un programme multi-pays de lutte contre le VIH/sida pour l'Afrique, le *MAP*², mis sur pied par la Banque Mondiale en collaboration avec l'ONUSIDA,

¹ Sommet de Gleneagles (2005), déclaration de la Présidence sur l'Afrique p. 5.

² Projet Multisectoriel de Lutte contre le VIH et le sida.

a permis d'entreprendre plusieurs activités³ et d'aider à la formulation de politiques nationales.

Jusqu'au début des années 2000, les résultats obtenus par les efforts de lutte contre le VIH ne semblaient pas satisfaisants. Pour améliorer les données, la mobilisation de ressources financières supplémentaires devenait nécessaire. La création du Fonds mondial⁴ a permis la disponibilité de fonds importants.

Un niveau national actif

L'Etat s'organise

Le Mali a véritablement entamé la prise en charge du VIH SIDA en 1987 avec la création du Programme National de Lutte contre le Sida (PNLS). Bien que le taux de séroprévalence ne soit pas trop alarmant, avec 1,7% (Mali, 2001), le VIH est une menace réelle et le PNLS a développé plusieurs plans de lutte (Koné, 2011).

Dans le cadre du plan stratégique national (2001-2005) les ARV ont été subventionnés par l'Etat à travers l'Initiative Malienne d'Accès aux Anti Retro Viraux (IMAARV). Instituée en novembre 2001, l'IMAARV a permis la mise en place de la première initiative de gratuité (partielle et graduée) pour les PVVIH au Mali. La gratuité graduée⁵ (Koné et al, 2011 :13) permettait aux PVVIH de bénéficier de traitements en fonction de leur situation financière. Malgré les efforts financiers⁶ de l'Etat, à travers l'IMAARV, la barrière financière limitait l'accès des PVVIH aux soins et aux ARV : « *Même à des prix réduits, les ARV n'étaient toujours pas accessibles au grand nombre* » (op cit, : 15). Entre 2001 et 2004, l'Etat, à travers l'IMAARV, a subventionné la prise en charge de PVVIH à hauteur de 3,3 milliards de FCFA.

Compte tenu des choix stratégiques développés dans l'Etude Prospective Nationale Mali 2025 et à partir des engagements pris lors des conférences diverses, une Politique Nationale de Lutte contre le VIH/SIDA fut élaborée. La finalité de cette politique était de : « *soutenir les communautés...; sauver des vies...; atténuer l'impact global de l'épidémie...* » (Présidence du Mali, 2004 : 8). L'organe principal d'animation et de coordination des activités est le Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (HCNLS), créé en 2004 et dont le secrétariat exécutif est rattaché à la Présidence de la République.

La société civile se bat

Les associations se sont engagées dans le processus d'accès gratuit aux ARV bien avant l'Etat. Les associations de PVVIH se sont rendues visibles et ont été très actives lors des journées de lutte contre le SIDA, à l'occasion des journées de la femme, dans les conférences, à travers des témoignages à visages découverts pour réclamer l'accès aux ARV. L'Association de Recherche de Communication et d'Accompagnement à Domicile (ARCAD-SIDA), créée en 1994, est la première à décider de rendre les traitements gratuits dans son Centre d'Ecoute, de Soins, d'Animation et de Conseils (CESAC).

³ Entre autres, la prévention de la transmission du VIH/SIDA de la mère à l'enfant, le dépistage volontaire, les services conseils, le renforcement des capacités techniques des laboratoires et des banques de sang.

⁴ Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme est un partenariat public-privé créé en 2002 en vue de mobiliser la communauté internationale et d'intensifier la riposte aux trois épidémies mondiales.

⁵ Les PVVIH contribuent à la prise en charge de leurs soins en fonction de leur situation financière. Pour fixer le montant de la participation financière, les PVVIH ont été classés en 4 catégories. La catégorie A qui est la plus aisée contribue à hauteur de 90.000 FCFA /mois, les catégories B,C,D contribuent respectivement à hauteur de 45.000, 22.500 et 5.000 FCFA par mois.

⁶ 3,3 milliards de FCFA entre 2001 et 2004.

Le président décide

Au regard des disponibilités financières au niveau international, de la mobilisation et des pressions au niveau national, des recommandations d'un comité médical technique et de l'investissement politique que cela représentait, en termes de bilan du premier mandat (2002-2007) et en prévision d'un second mandat (2007-2012), le Président de la République a déclaré la gratuité de l'accès aux antirétroviraux pour tous les malades du SIDA, le 7 avril 2004, en appelant ces concitoyens à apprécier « *à sa juste mesure ma décision d'assurer gratuitement l'accès aux antirétroviraux à tous les malades du SIDA* » et donner « *la preuve qu'au Mali la notion de devoir de solidarité nationale n'est pas un concept vain* » (Présidence de la République, 2004, p 4).

En 2004, le Mali bénéficiait d'un financement du MAP de 13 milliards de FCFA. Dès lors il devenait assez aisé de procéder à une formulation plus satisfaisante des conditions de gratuité. Ainsi le 31 mars 2005 est promulgué le décret n°05-147 /P-RM fixant les conditions et les modalités d'octroi de l'assistance particulière de l'Etat. Il instaure ainsi la gratuité de l'ensemble des soins pour les personnes vivant avec le VIH et le sida, y compris le traitement des infections opportunistes et le suivi biologique pour tous les patients séropositifs. En juin 2006, l'assemblée nationale malienne vote la loi n°06-028 du 29 juin, pour donner plus de poids à cette gratuité.

L'annonce de la gratuité de la prise en charge des soins pour les PVVIH est intervenue dans un contexte caractérisé par l'implication de nombreuses organisations internationales très puissantes qui ont permis la mobilisation de fonds importants, mais aussi la réduction du coût des ARV. Cette implication a été relayée au niveau national, par les mouvements des organisations de la société civile. Cette décision de gratuité n'aurait pas été envisageable sans cette abondance de financements extérieurs. Mais les autorités politiques, au plus haut niveau, pouvaient aussi y trouver un élément important pour leur avenir politique, proche et lointain..

La gratuité de la césarienne

Les résultats de la troisième Enquête Démographique et de Santé, réalisée au Mali en 2001, ont révélé une situation préoccupante relative à la mortalité maternelle, qui était de 577 pour 100.000 naissances en 1996, et avait atteint 582 pour 100.000 en 2001. En 2005 le taux de césariennes réalisées était de 0,94% (MS, 2009), alors que les normes de l'OMS situent le taux optimal entre 5% et 15%. L'augmentation des taux de césariennes devenait alors un déterminant majeur pour la réduction des taux de mortalité maternelle. Mais le coût de sa réalisation n'était pas accessible à la majorité des Maliens, car la césarienne simple coûtait environ 40.000 FCFA et en cas de complication, les frais pouvaient atteindre, voire dépasser, 65.000 FCFA (Koné et al 2011 : 28). La faiblesse du taux des césariennes peut être corrélée à leurs coûts directs et/ou indirects.

Un engagement international en deçà des besoins de l'hécatombe

La conférence de Nairobi en 1987

Le Mali a participé en 1987 à la première initiative en faveur de la santé maternelle, lancée au Kenya. Cette « initiative de Nairobi » pour « la maternité sans risque »⁷, parrainée par la Banque mondiale, l'OMS et le FNAP, avait pour objectif de réduire de 50% la mortalité maternelle dans les dix prochaines années. Malgré cette initiative, insuffisante à plusieurs égards, les taux de décès des femmes enceintes n'ont pas cessé d'augmenter. Toutefois, elle a

⁷ Cette approche de la santé maternelle était axée sur la lutte pour le statut des femmes, par leur éducation, par la limitation des naissances et par l'amélioration de leur situation économique.

permis de déterminer de nouvelles politiques de réduction de la mortalité maternelle, davantage axées sur l'accès aux soins obstétricaux d'urgence.

Des objectifs déterminants : les OMD

L'OMD 5, qui vise l'amélioration de la santé maternelle, se traduit par deux objectifs majeurs: la réduction de $\frac{3}{4}$ du taux de mortalité maternelle et la fourniture d'une couverture universelle de soins qualifiés pour l'accouchement d'ici à 2015. Au Mali, la mortalité maternelle étant particulièrement importante (cf. supra), la réduire de $\frac{3}{4}$ entre 1990 et 2015 relevait de l'impossible, du fait de l'insuffisance de personnels qualifiés et des coûts de la prise en charge des soins de santé de la reproduction.

La feuille de route de l'OMS

En septembre 2004, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique adopte, lors de la 54^{ème} session, une feuille de route⁸ (M'Baye, 2011) pour aider les pays en développement à atteindre l'OMD 5.

En juillet 2006, les autorités maliennes adaptent cette feuille au contexte national. L'objectif général était de réduire la mortalité maternelle de 582 à 146 pour 100.000 naissances vivantes d'ici à 2015. L'atteinte de cet objectif était conditionnée, entre autres, à la disponibilité et l'accessibilité des soins obstétricaux essentiels de base et à la levée des barrières financières.

« La vision 2010 »

La rencontre des épouses des chefs d'Etats de certains pays d'Afrique à Bamako, en 2001, a donné naissance à un programme appelé « Vision 2010 ». « Vision 2010 » avait pour objectif majeur une réduction de 50% d'ici 2010 de la mortalité maternelle et néonatale.

Un dispositif timide au niveau national

Au-delà de l'intérêt qu'elle suscite, l'engagement pour la lutte contre la mortalité maternelle semble devoir être plus une affaire nationale qu'internationale. Les financements internationaux étant limités, seule une implication financière importante des autorités nationales pouvait permettre de réduire cette mortalité.

Le Programme national de périnatalité 1994

La volonté d'accorder une priorité à la réduction de la mortalité maternelle s'est traduite par la mise en place d'un programme national de périnatalité en 1994. L'action principale consistait à mettre en œuvre un système de référence-évacuation dont l'objectif était la réduction de 30% de la mortalité liée aux dystocies d'ici à 2002. Toutefois, le système de « référence évacuation », mis en place en 1994 et renforcé en 2005, souffrait de plusieurs écueils (non paiement des cotisations ou leur paiement irrégulier). La stratégie de partage des coûts⁹ pour la référence –évacuation était un échec relatif. Les consultations prénatales ne permettaient pas non plus d'identifier un nombre suffisant de grossesses à risque (Dujardin, 2003).

⁸ Elle encourage les acteurs à se concentrer sur deux principaux niveaux de soins: le niveau technique et le niveau de la communauté. Le niveau technique de prestation des services de santé vise l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle. Ce niveau concerne la disponibilité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence, l'assistance des femmes enceintes, la disponibilité du matériel et de l'équipement essentiel et un personnel qualifié. Le second niveau renvoie aux familles pour la prise de décision et aux ASACO et collectivités territoriales.

⁹ Il s'agit d'un système de solidarité impliquant l'Etat, les collectivités territoriales, les ASACO et les parents de la parturiente. La participation financière pour une parturiente variait entre 10.000 et 15.000 FCFA.

Des grands décideurs sensibles

D'autres facteurs contextuels ont contribué fortement à mettre la gratuité de la césarienne sur l'agenda des politiques de santé : une femme ministre de la santé et ancienne responsable de la division de la santé de la reproduction, une épouse du chef de l'Etat sage-femme de profession, et un président qui se trouve à mi-parcours de premier mandat. Si l'engagement des deux premiers acteurs est, a priori, d'ordre professionnel, pour le troisième il en va autrement. Les prochaines élections étant prévues dans 2 ans, une décision en faveur des femmes était un investissement électoral pertinent, car leur vote massif peut être décisif pour gagner une élection.

La décision de la gratuité

L'objectif de la gratuité de la césarienne est de la rendre accessible à toutes les femmes enceintes pour lesquelles une indication de césarienne est posée.

Dans la note technique de présentation de la gratuité de la césarienne, l'incidence financière était estimée à 430 millions de FCFA en 2005 et devait être prise en charge par la division financière et administrative du Ministère de la santé. Pour les années suivantes, il était envisagé la participation d'autres structures non précisées.

Deux jours après l'annonce de la gratuité de la césarienne, le Ministre demanda aux agents d'appliquer les modalités de la gratuité. Le décret d'application n° 05 – 350 / P-RM du 04 août 2005 précise la nature et le contenu de cette prise en charge: « *La prise en charge gratuite est assurée lorsque la césarienne est pratiquée à titre thérapeutique dans les établissements publics hospitaliers, les centres de santé de cercle et des communes du District de Bamako et les établissements du service de santé des Armées.* » Elle porte sur l'acte chirurgical et les examens préparatoires, le kit pour l'intervention chirurgicale et le traitement post opératoire ainsi que l'hospitalisation.

La décision de la gratuité des césariennes a été perçue, par certains acteurs, comme un acte de souveraineté. Elle est l'œuvre d'acteurs nationaux particulièrement convaincus de la nécessité de la gratuité, et bien qu'aucun financement extérieur n'était prévisible et encore moins disponible, « *les pouvoirs publics maliens ont mis en place la gratuité de la césarienne tout en espérant tirer les fruits de sa portée politique et électorale.* » (M'Baye, 2011 : 37). Elle paraît plus politique que technique : « *C'est d'abord politique, ensuite les techniciens ont travaillé à la mise en œuvre.* » (Ancien DNS). Les acteurs en charge de la mise en œuvre y ont très peu été associés : « *On ne nous a pas demandé de réfléchir à la faisabilité mais comment appliquer* » (Koné et al 2012 : 22), ils font partie des « *acteurs sans pouvoir* » (Dujardin, 2003 : 189). D'autre part, la gratuité ne concerne qu'une partie du problème (M'Baye, 2011 : 50) : celle de l'offre. La question de la prise de décision au niveau des familles (considéré comme le lieu où se produit le plus souvent le premier retard) et de l'accessibilité géographique (occasionnant le second retard) reste posée.

La gratuité de la prise en charge du paludisme

Au Mali, 37,5% des motifs de consultation, dans les centres de santé, sont le fait du paludisme (MS, 1993, Programme national de lutte contre le paludisme). En raison de ce fardeau épidémiologique et surtout financier, la lutte contre le paludisme nécessitait des mesures politiques fortes pour réduire son incidence. Avec l'adoption des OMD, la lutte contre le paludisme est devenue une priorité des organisations internationales.

La lutte contre le paludisme : une priorité à plusieurs niveaux

Au 33^{ème} sommet de l'OUA, tenu à Harare en 1997, les chefs d'Etat et de gouvernement des pays africains avaient pris l'engagement de faire de la lutte contre le paludisme une priorité de leurs politiques de santé. Ainsi en 2000 à Abuja, ils adhèrent au programme « Roll Back Malaria¹⁰ » (RBM = faire reculer le paludisme) dont l'objectif consistait « à réduire de manière significative la charge de morbidité associée au paludisme, grâce à un meilleur accès des populations pauvres à toute une gamme d'interventions antipaludiques efficaces. » (OMS, 1999 : 1). Un secrétariat a élaboré un plan stratégique mondial de lutte contre le paludisme qui devient le cadre d'action global, autour duquel les partenaires peuvent articuler leurs efforts pour lever les obstacles financiers. Grâce à la pertinence du programme, plusieurs sources de financements internationaux ont été mobilisées.

En juillet 1998, le directeur général de l'OMS avait déclaré que le projet « Faire reculer le paludisme » était une priorité de son organisation. Parallèlement, des discussions bilatérales furent entreprises, d'une part avec huit pays donateurs¹¹ et, d'autre part, avec des responsables de l'industrie pharmaceutique, pour soutenir ce projet. Cette initiative a suscité un engouement important pour la lutte contre le paludisme et entraîné un flux financier.

L'initiative présidentielle contre le paludisme (PMI) est un programme inter-agences du président des Etats-Unis, spécialement dédié à la lutte contre le paludisme dans les pays en développement. Il sera particulièrement influent pour les politiques de gratuité en raison des fonds importants mis à la disposition de pays comme le Mali. L'objectif principal de ce programme est la réduction de 50% des décès dus au paludisme dans 15 pays africains dont le Mali. En décembre 2006, le Mali fut sélectionné pour bénéficier, à partir de 2008, de cette initiative présidentielle.

Dans le domaine de la lutte contre le paludisme, la Banque mondiale a donné en 2005 un nouvel élan à son engagement avec le lancement de la stratégie mondiale et un programme d'action. Non seulement la Banque Mondiale apporte un important appui financier, mais elle encourage les acteurs économiques à participer à l'effort d'éradication ou de contrôle du paludisme et à en faire une priorité de leurs actions. Si la Banque Mondiale ne propose pas explicitement aux Etats l'institutionnalisation des politiques de gratuité de la prise en charge du paludisme, ses appuis techniques et financiers encouragent les Etats à aller dans cette direction.

Créé en 2002 (cf. supra) le Fonds Mondial vise à fournir un financement pour la lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. La gratuité des soins du paludisme est incontestablement une stratégie d'accès à ce financement.

Des dispositifs nationaux pour mobiliser les financements internationaux

Le Mali s'est doté d'une politique nationale de lutte contre le paludisme en 1993. Celle-ci s'est traduite par la mise en œuvre de plusieurs plans d'action. Mais, la faible capacité des acteurs nationaux à mobiliser les ressources financières internationales et à les gérer correctement a hypothéqué la mise en place de programmes pertinents.

¹⁰ The RBM Partnership was launched in 1998 by WHO, UNICEF, UNDP and the World Bank, in an effort to provide a coordinated global response to the disease. The RBM Partnership is led by the Executive Director, and served by a Secretariat.

¹¹ Chine, Danemark, Etats-Unis d'Amérique, Finlande, Japon, Norvège, Royaume-Uni et Suède.

Suite au constat d'une résistance à la quinine des germes responsables du paludisme et à la multiplication des foyers de résistance à la chloroquine, le ministre de la santé a décidé de retirer la chloroquine de l'arsenal thérapeutique du Mali, par circulaire n° 06-1774. En juin 2007 les ACT¹² furent introduits dans les structures de santé. Toutefois, les ACT, qui coûtaient beaucoup plus cher¹³ que la chloroquine, posaient des difficultés liées à leur accessibilité.

Jusqu'en 2007, le programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) n'était qu'un service au sein de la direction nationale de la santé. Cette faiblesse statutaire du PNLNLP entravait sa capacité de mobilisation des ressources financières. Afin de donner plus de visibilité à la politique de lutte contre le paludisme, il était indispensable que le PNLNLP jouisse de plus d'autonomie administrative et financière. Ainsi, en 2007, le PNLNLP fut élevé au rang de direction nationale, avec pour fonction principale l'animation et la coordination des activités de lutte contre le paludisme.

L'intervention de Médecins Sans Frontières dans le district de Kangaba (cf. Koné, infra, chapitre 14) a fortement inspiré les politiques de gratuité en matière de lutte contre le paludisme. Outre MSF, l'Unicef et l'USAID ont également été précurseurs dans la mise en place de politiques de gratuité en matière de lutte contre le paludisme. Ces organisations ont initié la distribution gratuite (totale ou partielle) de moustiquaires et de médicaments.

La gratuité des CTA

Les financements disponibles du PMI, du Fonds mondial, de la Banque Mondiale et de bien d'autres acteurs économiques internationaux ont encouragé les autorités politiques à prendre la décision de gratuité des soins du paludisme pour les enfants de 0 à 5 ans et les femmes enceintes. La réflexion, à propos d'une possible gratuité des soins du paludisme, a été confiée à un groupe formé autour de la direction régionale de la santé du district de Bamako. Le rapport produit a été entériné par un comité de pilotage constitué au sein du ministère de la santé. Selon un acteur du ministère de la santé « *la gratuité pour les enfants a fortement été encouragée par les travaux de recherches* ». Au regard des arguments contenus dans ce rapport, le 31 décembre 2006, le Président de la République a décidé : « *l'institution de la gratuite des combinaisons thérapeutiques à base d'artésiminine pour la prise en charge des cas de paludisme simple chez les enfants de moins de 5 ans dans les structures de santé publiques et communautaires, la gratuite de la prise en charge de la femme enceinte lors des consultations prénatales, ainsi que des cas graves de paludisme, et l'institution d'un mécanisme de distribution massive gratuite des moustiquaires imprégnées d'insecticides* ». « *Cette gratuité constitue est un cadeau de fin d'année du président aux femmes et aux enfants lors des vœux de décembre 2006* ».

La gratuité dans la lutte contre le paludisme a été rendue possible grâce à la disponibilité d'une aide financière des PTF. Malgré l'abondance des financements, la décision de gratuité n'était pas partagée par les acteurs de santé. Elle ne faisait pas l'unanimité en raison des doutes quant à sa pérennisation lorsque les financements extérieurs prendraient fin, du flou qui entourait les dispositifs de mise en œuvre, et surtout des interrogations sur « sa cohérence avec l'Initiative de Bamako ». Cette décision fut prise dans un contexte de préparation des élections présidentielles qui devait se tenir au courant de l'année 2007.

¹² Combinaisons Thérapeutiques à base d'Artésiminine (ACT, selon le nom en anglais)

¹³ Les prix par cure passaient alors de 75 FCFA pour la chloroquine à 2.000 FCFA en moyenne pour les CTA.

Conclusion

Entre 2004 et 2006, le Mali a enregistré des déclarations de gratuité des soins pour trois pathologies. Ce fut la décennie des gratuités. Avec le statut de PPTTE (pays pauvre très endetté), le Mali pouvait revoir ses ambitions en matière de santé à la hausse. Malgré un contexte international relativement favorable, toutes ces décisions ont été considérées, à tort ou à raison, comme la traduction de la volonté d'un Président de la République qui se soucie l'accès du plus grand nombre aux soins de santé. Ces trois gratuités ont figuré en bonne place dans le bilan du premier mandat présidentiel et été utilisés comme arguments de campagne, entre autres pour les élections de 2007. Acte de souveraineté, certes, mais, il importe cependant de souligner que ces décisions de gratuité sont intervenues à un moment où d'importants financements extérieurs étaient disponibles pour le Sida et le paludisme.

Toutes ces décisions furent prises dans un contexte de préparation des élections présidentielles qui devait se tenir au courant de l'année 2007. Elles constituent un message politique fort pour les élections présidentielles et législatives. Les propos suivants du discours de nouvel an 2007 du Président « *Après la gratuite des médicaments antirétroviraux, pour les malades du sida et celle de la césarienne, il est prévu en 2007 une gratuité dans le cadre de la lutte contre le paludisme* », constituent une sorte de bilan de l'action du président pour son premier mandat ainsi que ses priorités pour le second mandat.

Depuis mars 2012, la suspension de l'aide extérieure a entraîné la réduction drastique de tous les budgets. Dans ce contexte particulier de crise politique et économique comment se portent toutes ces gratuités ?

Références bibliographiques

Banque Mondiale, 2007, " Health, Nutrition and Population Sector Strategy" § 105.

Dujardin B. 2003, « Politiques de Santé et attentes des patients », Paris Karthala – Charles Léopold Mayer.

Gruenais M.E, & Pourtier R. 2000, « La santé pour tous en Afrique : un leurre ? », *La santé en Afrique, Afrique contemporaine*, n°195, pp 3-12.

Koné M. 2003, « contexte et combo dans les formations sanitaires », *Une médecine inhospitalière*, Paris Karthala, pp 236-260.

Mali, 2006, « *Enquête Démographique et de santé* ».

M'Baye E, 2011, L'émergence des politiques de gratuité au Mali : entre disponibilité des financements internationaux et engagement politique présidentiel.

Ministère de la santé, 1993, La politique Nationale de lutte contre le Paludisme.

Ministère de la Santé, 2004, « *Programme de Développement socio-sanitaire (2005-2009) : PRODESS II : composante santé* ».

Ministère de la santé, 2009, « *Rapport sur la mise en œuvre de la gratuité de la césarienne de 2005 à 2008.* »

OMS, 1999, “faire reculer le paludisme”, *Rapport du Directeur Général*

ONU, 2005, « Dans une liberté plus grande » *Rapport du Secrétaire général des Nations Unies*, § 44.

Présidence de la République, 2004, « Déclaration de Politique Nationale de lutte contre le VIH/SIDA au Mali ».

Ridde V. 2011: « Is Bamako initiative still relevant for West African health system ? » *International Journal of Health Services*, Volume 41, Number 1, Pages 175–184.

Vidal L. & Muselatti P. 2000, « Qu'est-ce que traiter le sida en Afrique », *La santé en Afrique, Afrique contemporaine*, n°195, pp 91-104.