



Recherche qualitative sur l'assurance maladie non contributive (RAMED) pour les bénéficiaires de Jigisemejiri

Rapport définitif

Laurence Touré, Fabrice Escot

Février 2023

Introduction

Avant le RAMED, la prise en charge médicale des personnes sans ressources dépendait le plus souvent de la bonne volonté des soignants ou des autorités locales.

La politique du RAMED, initiée au Mali depuis 2011, représente donc une avancée considérable. Portée par l'ANAM et d'autres acteurs nationaux et locaux (services sociaux, collectivités décentralisées et formations sanitaires), cette politique a pour objectif de proposer la prise en charge médicale gratuite dans toutes les formations sanitaires communautaires et publiques à l'échelle nationale, des 5% les plus pauvres de la population malienne et de certaines catégories de bénéficiaires de droit (détenus, orphelins, SDF, etc.). L'ANAM a longtemps été confrontée à un problème de répertoire de sa population-cible car il n'a jamais été dans ses attributions de procéder au ciblage et à la constitution des dossiers en vue de l'immatriculation.

Parallèlement, un programme de transferts monétaires national, Jigisemejiri (JSJ), destiné aux populations vulnérables de certaines communes et cercles du pays, a été mis en œuvre depuis les années 2010, avec pour objectif de soutenir la consommation du ménage pendant trois années consécutives.

En 2013, un arrimage de ces deux programmes nationaux est proposé pour permettre aux bénéficiaires de Jigisemejiri, grâce à ces appuis conjoints, de sortir de la grande pauvreté. L'accès au RAMED pour les bénéficiaires du programme de TM est considéré comme une mesure d'accompagnement supplémentaire.

Des recherches antérieures ont montré que des écarts importants subsistent entre l'objectif déclaré du RAMED de couvrir le coût des soins de santé dans les formations sanitaires conventionnées par l'ANAM, et le déploiement pratique du programme RAMED, que ce soit en faveur des bénéficiaires de JSJ ou non.

Dans ce contexte, le but de cette recherche qualitative est d'approfondir la connaissance sur la compréhension par les bénéficiaires de JSJ de leurs droits au RAMED ainsi que l'utilité effective de l'inscription au RAMED.

Objectifs de l'étude

L'étude prévoit de documenter par une approche qualitative les principaux freins à l'accès aux soins gratuits des bénéficiaires de JSJ. Cela suppose de questionner tant le processus de mise en œuvre de leur immatriculation au RAMED que leurs motivations à mobiliser ce dispositif face aux problèmes de santé, en fonction de leurs perceptions et pratiques habituelles, et leur expérience concrète d'utilisation des récépissés produits à l'issue de la procédure d'immatriculation.



La **procédure d'immatriculation** au RAMED des bénéficiaires de Jigisemejiri et **l'ouverture des droits** dans les Formations sanitaires conventionnées

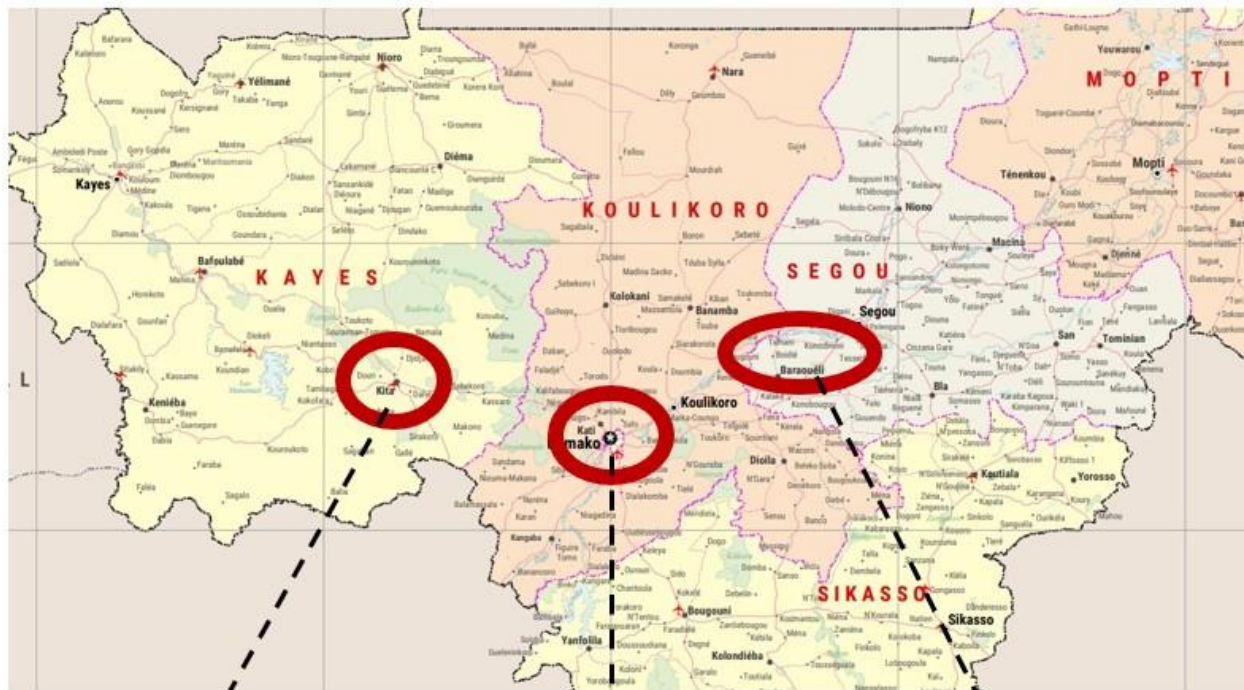


Les **bénéficiaires potentiels** : **besoins, perceptions et pratiques en matière de recours aux soins face à la maladie**



Les **conditions réelles d'utilisation des récépissés et d'accès aux soins gratuits** dans les formations sanitaires par les bénéficiaires

Méthodologie : présentation des cercles, communes et villages/quartiers d'étude



Méthodologie : identification des sites d'enquêtes

Un site urbain : Bamako

Un site urbain et rural : Kita

Commune urbaine de Kita (ville de Kita)

- 8 EI bénéficiaires dans le quartier de Dar Salam
- 1 FG CScCom Dar Salam, « fermé » à l'Anam
- 1 FG CSRéf, « ouvert » à l'Anam



Commune rurale de Kita-Ouest

- 6 EI bénéficiaires au chef-lieu de commune
- 6 EI bénéficiaires au village de Toumoundoto
- 1 FG CScCom, « non ouvert » à l'Anam – chef-lieu
- 1 FG comité communal – chef-lieu

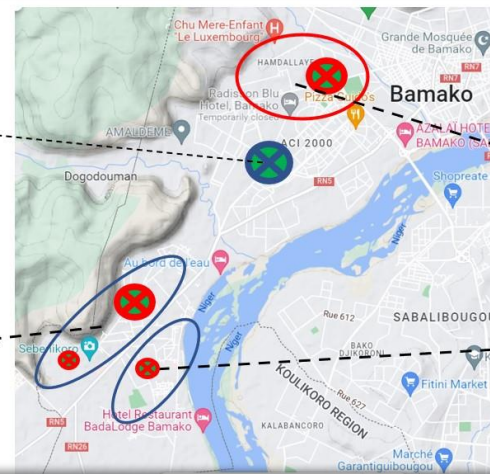
Un site rural excentré : Barouéli

Niveau commune IV

- 1 EI ASL
- 1 EI DLDSES
- 1 FG CSRéf

Sèbènikoro – Sibiribougou

- 11 EI bénéficiaires
- 1 FG CScCom Sèbènikoro « ouvert » à l'Anam
- 1 FG Comité de quartier Sèbènikoro (à titre indicatif, CScCom de Sibiribougou récent et non « ouvert » à l'Anam)



Hamdallaye

- 8 EI bénéficiaires
- 1 FG CScCom « ouvert » à l'Anam

Kalabancougou

- 10 EI bénéficiaires
- 1 FG Comité de quartier (à titre indicatif, CScCom très récent (2022))

Commune de Tamani

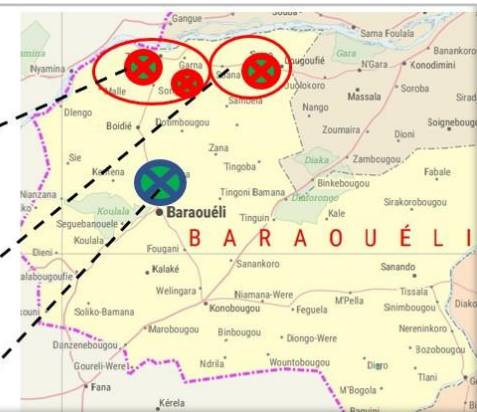
- 6 entretiens au chef-lieu
- 1 groupe CScCom Tamani, « ouvert » à l'Anam
- 1 groupe « comité communal »
- 6 entretiens dans le village de Tonzougou
- À noter, CScCom Garna, « ouvert » à l'Anam

Commune de Somo

- 8 entretiens au chef-lieu
- 1 groupe CScCom, « ouvert » à l'Anam

Ville de Baraouéli :

- 1 groupe CSRéf, « fermé » à l'Anam



Méthodologie : mode de collecte des données

Octobre à décembre 2022



Equipe de recherche

Laurence Touré
Fabrice Escot
Seydou Diabaté
Yacouba Diarra
Hadizatou Traoré
Bintou Traoré

Entretiens individuels approfondis

69 bénéficiaires nominaux

Informateurs-clés

3 agents de suivi et de liaison (ASL) de Bamako, Barouéli et Kita
3 agents des services sociaux (SLDSES) de Bamako, Barouéli et Kita
2 cadres du programme Jigisemejiri
1 cadre de la Banque mondiale chargé des questions sociales
1 le chef de service responsable de l'immatriculation à l'ANAM
1 directeur adjoint de la BNDS
1 directeur adjoint de la DNPSES

Focus groupes

4 groupes avec les CSComs
3 groupes avec les CSRéfs
3 comités communaux



69
entretiens
individuels



12
informateurs
clés



10 groupes

Méthodologie : constitution de l'échantillon de bénéficiaires Jigisemejiri officiellement immatriculés au RAMED et limites de l'étude

L'échantillon de bénéficiaires auprès de qui ont été menés les entretiens a été sélectionné de manière aléatoire sur les listes des bénéficiaires de Jigisemejiri immatriculés au RAMED, fournies par l'ANAM via Jigisemejiri, relayé par la Banque mondiale.

Nous avons identifié les interviewés par ordre de présentation dans la liste, en enlevant les personnes décédées ou absentes au moment de l'enquête et deux hommes très âgés et presque dans l'incapacité de mener un entretien.

	Bamako	Kita	Barouéli	Urbain	Rural	Total
Effectif de l'échantillon	29	20	20	37	32	69

Les phases de terrain ont bénéficié de l'appui des acteurs locaux et se sont déroulées très largement selon les prévisions.

Difficultés et limites de l'étude

- Les listes n'étaient pas intégralement renseignées, ce qui a rendu difficile l'identification de certaines personnes.
- Certaines listes ou personnes dans les listes n'ont pas été reconnues par les comités comme étant celles de JSJ. Cela nous a amené à interrompre l'enquête dans un des quartiers et de proposer un nouveau quartier d'étude dans la commune IV de Bamako, Kalabambougou.
- L'option d'une sélection aléatoire, sans choix raisonné, a induit un faible nombre de cas de bénéficiaires ayant reçu un récépissé et ayant fait l'expérience d'une prise en charge avec récépissé dans les formations sanitaires.
- L'opération étant ancienne, nous avons du jongler avec un recueil d'informations concernant la situation actuelle (profils, perceptions et pratiques en matière de soins, niveau d'information sur le RAMED), et d'autres faisant référence à la période d'immatriculation à Jigisemejiri et au RAMED (conditions d'immatriculation, utilisation des récépissés). Le temps de passation a été alourdi par l'effort de mémorisation important demandé à un public-cible parfois âgé.



Le processus d'immatriculation des bénéficiaires de JSJ au RAMED s'est révélé fortement exclusif, en privant les bénéficiaires d'information et de l'immatriculation de leurs ayants droits.



La population cible de Jigisemejiri exprime des besoins de santé importants, difficiles à satisfaire, sans recourir à des stratégies d'adaptation négatives en réponse aux chocs liés à la santé.



Les formations sanitaires publiques, et notamment les CSComs, constituent aujourd'hui un recours apprécié et mobilisé, mais financièrement difficilement accessible à cette population vulnérable.



Le RAMED permet de lever le principal frein à la fréquentation des formations sanitaires publiques, mais les conditions effectives d'utilisation des récépissés révèlent une application minimaliste de la gratuité.

La procédure d'immatriculation
au RAMED des bénéficiaires de
Jigisemejiri et les conditions
d'ouverture des droits au
RAMED des formations
sanitaires.



Le positionnement et les attentes de la population cible en documentant son profil, ses perceptions et ses pratiques sur le plan sanitaire.



Les conditions effectives d'utilisation des récépissés RAMED et d'accès aux soins gratuits par les bénéficiaires.



Section 1 : Présentation des modalités de mise en œuvre du RAMED dans le cadre de cette initiative d'arrimage Jigisemejiri/ANAM.

Cette section présente les conditions dans lesquelles cet arrimage a été pensé, formulé puis mis en œuvre et évalué par les acteurs des niveaux national et local, confrontées au vécu par les bénéficiaires, afin de mesurer comment le dispositif a influé sur les conditions d'accès aux soins gratuits pour la population-cible de cet arrimage.

- 1 Formulation de cette initiative

- 2 Conditions de mise en œuvre de cette intervention dans les trois sites d'enquête

- 3 Bilan de cette opération d'arrimage à l'issue du processus d'immatriculation

- 4 L'ouverture des droits des immatriculés au RAMED dans les formations sanitaires

1.1 Formulation de cette initiative

Cet arrimage, situé approximativement dans les années 2014/15, est souvent présenté par les acteurs nationaux comme **une initiative du ministre de la Solidarité, de l'Action Humanitaire et de la Reconstruction du Nord**, soucieux de favoriser une lutte intégrée de la pauvreté. Cette idée suscite une certaine adhésion, pour des raisons diverses : elle représente une opportunité pour l'ANAM, pénalisée jusque là par l'absence de répertoire d'indigents à l'échelle nationale, de disposer de listes de bénéficiaires à enrôler. C'est pour Jigisemejiri l'opportunité de proposer un programme d'assistance plus complet à la population ciblée, pour plus d'efficacité.

L'idée fait consensus mais suscite néanmoins quelques points de discussions et de désaccords

La question de la superposition des populations-cibles de Jigisemejiri (population vulnérable, 20% de la population nationale) et du RAMED (population indigente, 5% de l'effectif national) fait particulièrement débat.

« La seule réticence concernant cette idée d'arrimage, c'était l'idée de la superposition des deux populations-cibles. C'était jugé impossible selon eux (autres acteurs nationaux), alors que pour nous, ce n'était pas un problème. Et cela nous permettait d'envisager une immatriculation automatique. » Acteur national 4

La plupart des acteurs pensent que les deux populations ne sont pas superposables et qu'il reste indispensable d'appliquer la procédure complète d'immatriculation au RAMED à la population cible de Jigisemejiri.

Une expérience pilote, prévoyant une immatriculation automatique sans procédure est néanmoins déployée dans la commune III de Bamako et dans deux autres cercles du Mali. Elle fait ressortir les problèmes que pose une immatriculation automatique, sans procédure : difficultés de retrouver les bénéficiaires, ciblage de non-indigents et nécessité d'exclure les mauvaises inclusions pour l'immatriculation au RAMED. **Elle confirme donc la nécessité d'appliquer la procédure habituelle d'immatriculation au RAMED qui est de fait officiellement retenue pour les opérations ultérieures d'arrimage**

« Les enquêtes INSTAT et RSU ne pouvaient pas tenir lieu d'enquêtes sociales, car notre ciblage est communautaire, ce qui ne permet pas de sortir des personnes qui avaient été choisies par les villages, même si on sait qu'il y a de fausses inclusions. Il y avait donc nécessité pour l'ANAM de vérifier la vulnérabilité à l'aide des enquêtes sociales. » Acteur national 2

1.1 Formulation de cette initiative

Dans le cadre de cette opération d'arrimage, l'implication des acteurs locaux de Jigisemejiri est prévue en appui, pour l'information et la localisation des bénéficiaires et l'acheminement des récépissés.

L'ANAM ne dispose d'aucun service déconcentré et n'a en charge que l'immatriculation de ses bénéficiaires et le remboursement des formations sanitaires. Elle compte sur ses partenaires institutionnels pour la procédure menant à l'immatriculation. Ainsi, les collectivités décentralisées délivrent les certificats d'indigence à la suite des enquêtes sociales réalisées par les services techniques sociaux (SLDSES), faiblement déconcentrés et qui souffrent d'une pénurie chronique de ressources humaines et financières pour la mise en œuvre de leurs activités. Les services de santé conventionnés avec l'ANAM sont chargés de délivrer les soins gratuits et de constituer les dossiers de remboursement.

Les acteurs locaux de Jigisemejiri viennent en appui du processus :

- Les ASL jouent leur rôle habituel de « courroie de transmission » des informations et des dossiers entre le SLDSES et les comités communaux.
- « La seule recommandation que nous avons reçu était d'informer et de sensibiliser les gens d'accepter de se soumettre aux immatriculations, d'accepter l'enquête sociale et de chercher les pièces. » Acteur local*
- Les comités communaux et villageois sont lourdement responsabilisés, chargés de l'information des bénéficiaires, de l'appui à l'organisation des enquêtes sociales et à la constitution des dossiers. A noter que le comité communal comprend généralement quelques membres du conseil communal ce qui renforce l'implication de la mairie dans le processus.

Les conditions de mise en œuvre de cet arrimage ne donnent lieu à d'autre formalisation que la signature d'une convention entre Jigisemejiri et l'ANAM, portant exclusivement sur la protection des données personnelles et l'échange de données.

La question de la faible ouverture des droits aux bénéficiaires du RAMED par les formations sanitaires, est connue, déplorée mais n'est pas vraiment questionnée.

1.1 Formulation de cette initiative

La procédure, retenue par le niveau national, fait l’objet d’un consensus mou.

Elle prévoit :

**L’information des
bénéficiaires**

Les comités locaux (communaux et villageois) et les ONG en charge des mesures d’accompagnements du programme JSJ sont largement responsabilisés autour de cette question.

**La réalisation
d’enquêtes sociales**

Sur financement modique assuré par l’ANAM, et de fait dans des conditions jugées peu favorables.

**La constitution d’un dossier
en vue de l’immatriculation**

Certaines dispositions sont néanmoins prises pour simplifier la procédure : acceptation de la carte JSJ et du livret de famille en lieu et place d’une pièce d’état-civil pour le bénéficiaire et des extraits de naissance. L’implication des mairies est en outre sollicitée pour faciliter la délivrance de pièces et l’ANAM envoie des formulaires de certificats de résidence et d’indigence en masse aux mairies.

**L’intégration des ayants
droits dans la procédure**

Tous les ayants droits éligibles peuvent être immatriculés.

« C’est au cours de l’enquête sociale qu’ils récupèrent les pièces normalement car avec l’enquête RSU, on ne les prend pas, c’est trop lourd. C’est d’ailleurs une des justifications de faire des enquêtes sociales. » Acteur national 3

1.2 Mise en œuvre de la procédure d'immatriculation au RAMED des bénéficiaires de JSJ dans les trois sites d'enquête

La description, par les acteurs locaux, de la procédure suivie, traduit leur libre interprétation de la manière d'exécuter cette procédure.

Bamako	Kita	Barouéli
<p>Tous les acteurs parlent d'une immatriculation avec procédure</p> <ul style="list-style-type: none">• Ils détaillent les conditions de passation des enquêtes sociales• Ils évoquent l'appui des mairies pour la délivrance de pièces et l'organisation de mariages collectifs. <p>« Les bénéficiaires n'ont pas eu de démarches à faire, juste récupérer les pièces nécessaires à la mairie. » Acteur local</p> <p>« Le maire de la commune IV a adressé une demande pour les 1080 bénéficiaires concernés. » Comité</p>	<p>Tous les acteurs parlent d'une immatriculation automatique sans procédure</p> <p>« Ils ont été immatriculés comme les détenus, sans enquête sociale. C'était d'ailleurs une difficulté pour les ayants droits car il n'y avait pas de pièces. On avait demandé le concours des mairies et du tribunal mais ils ont vite arrêté, je ne sais pas pourquoi. Beaucoup n'ont pas pu immatriculer leurs ayants droits à cause de cela. » Acteur local</p> <p>« On a enrôlé les bénéficiaires à partir de la base de données de l'INSTAT remise à l'ANAM. Mais beaucoup d'ayants droits n'étaient pas dedans et n'ont pas pu être immatriculés. » Acteur local</p>	<p>Les acteurs évoquent une immatriculation allégée avec nouveau ciblage et procédure</p> <ul style="list-style-type: none">• Il est d'abord question d'un ciblage des personnes éligibles au RAMED par les comités villageois, parmi les bénéficiaires de JSJ. <p>« Chaque comité villageois a ciblé les gens qui devaient bénéficier du RAMED parmi les bénéficiaires de JSJ, à travers les critères du service social. » Comité</p> <ul style="list-style-type: none">• Le comité évoque des fiches à remplir et à envoyer à la mairie pour la délivrance du certificat d'indigence. <p>« le SLDSES nous a envoyé des fiches à renseigner auprès des bénéficiaires et c'est nous deux, le ségal et l'adjoint au maire, qui avons fait le travail auprès des bénéficiaires dans les 14 villages. » Comité</p>

De nombreuses activités sont délégués aux comités locaux de JSJ, notamment l'information des bénéficiaires.

1.2 Mise en œuvre de la procédure d'immatriculation au RAMED des bénéficiaires de JSJ dans les trois sites d'enquête

Le niveau d'information sur le RAMED des différents acteurs locaux en charge de cet arrimage se révèle satisfaisant avec plus de deux tiers de bonnes réponses. Il varie assez peu d'une catégorie d'acteurs à l'autre, mais on remarque que les professionnels des formations sanitaires sont les moins bien informés. Le niveau d'information est assez équivalent selon les sites et légèrement supérieur à Bamako.

Quels que soient le site et la procédure adoptée, les acteurs locaux manifestent un certain satisfecit sur les conditions de déroulement du processus d'immatriculation des bénéficiaires de JSJ au RAMED.

Les acteurs locaux pensent que l'information sur le RAMED et sur le processus d'immatriculation a été bien diffusée via les comités ou les ONG en charge de la mise en œuvre des mesures d'accompagnement.

« Les ONG ou comités toujours en contact permanent avec les villageois et bénéficiaires donc très bonne information. » Acteur local

« L'information a été très largement diffusée et on peut dire que 100% des bénéficiaires en ont bénéficié. » Acteur local

Selon les acteurs en charge de l'immatriculation, la procédure a généré très peu d'exclusions, lors des enquêtes sociales ou de la constitution du dossier.

Et les personnes exclues, du fait de leur absence au moment de la procédure par exemple, ont pu faire des réclamations et être réintégrées.

A Kita par exemple, l'ANAM a intégré les oubliés lors de l'envoi des nouveaux récépissés, d'une durée de 3 ans, imposé par la modification des textes législatifs du RAMED.

Le suivi de la mise en œuvre par le niveau national s'organise dans le cadre des rencontres semestrielles du Comité technique national (CETEN) du programme Jigisemejiri. Il fait régulièrement ressortir les problèmes rencontrés lors de la mise en œuvre, tels que la difficile localisation des bénéficiaires de Jigisemejiri, l'absence de moyens financiers pour mener des enquêtes sociales, la faible ouverture des droits au RAMED dans les formations sanitaires. Mais **les acteurs nationaux reconnaissent que les recommandations des CETEN sont rarement suivies d'effet ou d'action** et qu'il est difficile de procéder à une évaluation de cette opération, du fait d'un déficit de communication des informations entre les partenaires.

« Tous les acteurs étaient là, et c'était bien l'occasion de poser tous les problèmes. Mais ces recommandations n'étaient jamais suivies d'actions. » Acteur national 4

1.3 Bilan du processus d'immatriculation dans les trois sites

Le discours des acteurs locaux en charge de la mise en œuvre et le vécu des bénéficiaires se superposent peu. La description du processus d'immatriculation et des résultats qui en découlent n'est pas confirmée par les bénéficiaires.

Le niveau d'information des bénéficiaires sur la procédure d'immatriculation au RAMED qui les concerne directement **est particulièrement faible** puisque seulement 5 personnes sur 69 disent avoir été informées, essentiellement dans la zone de Kita. Aucune n'a reçu d'information sur l'immatriculation possible de ses ayants droits ou sur les démarches à faire pour son immatriculation. Au mieux, les bénéficiaires sont informés au moment où on leur remet le récépissé.

La procédure ne constitue pas une opportunité d'informer les bénéficiaires sur le RAMED. On constate ainsi que leur niveau d'information à ce sujet est presque nul.

Ainsi, 39 sur 69 bénéficiaires n'ont jamais entendu parler de cette politique. Le niveau d'information est paradoxalement meilleur dans les villages qu'en milieu urbain. C'est dans la zone de Kita qu'il est le plus complet et à Bamako que les scores sont les plus bas. Les informations les mieux maîtrisées restent très généralistes et concernent assez peu les droits que donne ce dispositif et les moyens d'y accéder.

A Bamako ou à Barouéli, où les acteurs locaux font mention d'une procédure normale d'immatriculation au RAMED, avec enquêtes sociales que l'ANAM affirme avoir financées, **les bénéficiaires disent n'avoir pas été enquêtés.**

A Bamako, aucun des 1064 bénéficiaires n'a reçu son récépissé.

Si les acteurs en charge de la mise en œuvre reconnaissent un problème dans l'acheminement des récépissés d'immatriculation au RAMED, les responsabilités restent mal situées. Le montage multi-acteurs du processus d'immatriculation favorise une certaine dilution voire une fuite des responsabilités. Certains suspectent même une mauvaise foi des bénéficiaires.

« Les récépissés sont arrivés de l'ANAM en mélangeant les bénéficiaires Jigi et d'autres bénéficiaires de la commune IV, et sans mention du quartier. Ce qui fait que nous n'avons pas pu faire la distribution. » Acteur local

« Je ne peux pas dire combien ont reçu leur récépissé, car nos habitants peuvent mentir et dire qu'ils n'ont pas reçu pour pouvoir de nouveau bénéficier d'une immatriculation. » Acteur local

« Au final, la question de l'enrôlement des bénéficiaires de Jigi au RAMED est devenu le problème de l'ANAM. Les autres acteurs s'en sont désintéressés. Ce qui la motivait, c'était qu'elle avait besoin d'un répertoire lui permettant d'exister. Sinon elle aurait fait comme les autres. » Acteur national 1

1.3 Bilan du processus d'immatriculation dans les trois sites

1. Le faible nombre de personnes ayant effectivement reçu leur récépissé (40% de l'ensemble, 0 à Bamako) témoigne d'un processus fortement exclusif.

	Bamako			Kita		Barouéli		Total
	Hamd.	Seben/ Sibiri.	Kalaba m	Kita	Kita ouest	Tamani	Somo	
Jamais reçu	8	11	10	1	7	3	1	41
Reçu un récépissé	0	0	0	7	5	9	7	28

-

60% de « laissés pour compte »

+

2. Pour les 40% l'ayant reçu, le processus d'information et d'immatriculation ne permet pas de connaître les droits que ce récépissé ouvre :

Manque d'information sur la valeur du récépissé et les droits associés

Absence d'ayants droits du bénéficiaire nominal du récépissé

Utilisation réduite des récépissés

Une procédure très exclusive

1.4 La faible ouverture des droits des immatriculés au RAMED dans les formations sanitaires

1.4.1 Bien que les conditions d'application de la politique sociale RAMED soient théoriquement remplies...

- Le niveau d'information du personnel sanitaire est plutôt satisfaisant, en ce qui concerne les modalités d'application de cette politique publique, bien qu'inégal d'une personne à l'autre dans les entretiens de groupe.
- Les supports sont disponibles et facilement mis à disposition par l'ANAM sur demande (ordonnancier par exemple).
- Le personnel reconnaît assez unanimement que les formalités à remplir pour la demande de remboursement des personnes immatriculées au RAMED ne sont pas compliquées et plutôt bien maîtrisées par le personnel après un démarrage difficile.

1.4.2 ... et que le RAMED soit considéré comme une alternative efficace aux pratiques antérieures...

De l'avis général, le RAMED constitue une avancée intéressante pour la prise en charge des indigents. Les agents de santé « *n'ont plus à mettre la main à la poche comme avant* » et les centres n'ont plus à mobiliser leurs propres fonds pour faire face à la prise en charge des très pauvres.

« C'est une bonne chose car cela permet de soulager les prestataires car certains patients viennent sans l'argent pour prendre un ticket, à plus forte raison pour se soigner. La guichetière souvent complète le montant du ticket, et les prescripteurs assurent souvent le paiement des médicaments et la prise en charge totale de ces personnes. » CSRéf

« C'est une avancée, car ça permet de rendre les soins accessibles aux indigents. Pour moi c'est la santé pour tous, ça me permet d'atteindre mes objectifs. » CScCom

« C'est efficace, cela permet à certaines personnes qui ne peuvent même pas dépenser 1 000 francs d'avoir des soins. Cela permet de lever la barrière entre les plus pauvres et les soignants, et aux centres d'économiser sur les fonds de prise en charge des plus pauvres. » CScCom

« La prise en charge par le RAMED nous a soulagés, car souvent je pouvais venir avec 10 à 25 000 francs qui partaient dans les soins des malades sans moyens. C'est donc une économie pour moi, le RAMED. » Personnel CScCom

1.4 La faible ouverture des droits des immatriculés au RAMED dans les formations sanitaires

1.4.3 ... les formations sanitaires appliquent faiblement et très diversement cette politique, notamment les CSComs.

L'ANAM a produit une liste des formations sanitaires auxquelles elle a remboursé des prestations, et elles sont peu nombreuses sur l'ensemble du territoire national. Cela tend à montrer une faible application de cette politique nationale dans les formations sanitaires, notamment les CSComs.

Dans nos zones d'enquête, les entretiens que nous avons mené avec le personnel de santé fait ressortir une situation qui reflète assez bien ce constat.

	Ouverture des droits sans interruption	Ouverture des droits puis interruption avec ou sans reprise	Non ouverture des droits
Bamako	CSRéf (depuis 2014) CSCom de Hamdallaye (depuis 2014)*	CSCom de Sebeninkoro (de 2014 à 2020)	
Barouéli	CSRéf (depuis 2016)	CSCom de Tamani (année 2018) CSCom de Somo (mi 2017 à fin 2018)	
Kita		CSRéf (2015, avec arrêt partiel en 2021) CSCom de Koféba (3 mois d'ouverture en 2015/16)	CSCom de Dar Salam

**A noter le cas particulier du CSCom de Hamdallaye qui dit avoir ouvert ses droits mais jamais reçu un seul patient immatriculé au RAMED.*

Les agents reconnaissent que la décision de non-ouverture ou de fermeture des droits aux bénéficiaires du RAMED se prend en interne, sans autre formalité officielle. Par ailleurs, dans la plupart des formations sanitaires qui ont ouvert leurs droits, les agents admettent des interruptions dans la prise en charge et certaines restrictions dans l'application de la gratuité : en dehors des période de gardes assurées par des internes ou des stagiaires bénévoles, personnel non habilité ou habitué à utiliser ces support, « avec une tarification spéciale qu'on a annoncé aux comités », gratuité appliquée seulement par le directeur technique du CSCom, etc.

1.4 La faible ouverture des droits des immatriculés au RAMED dans les formations sanitaires

Le manque d'information des agents de santé sur le RAMED a souvent été invoqué pour justifier la non-application des droits au RAMED. Ces deux dernières années, **les problèmes de remboursement des factures par l'ANAM** donnent un argument de poids au personnel des formations sanitaires.

« Il faut que l'ANAM vienne sur le terrain, on voit rarement des agents de l'ANAM, et ils ne remboursent pas les prises en charges. Avec plusieurs millions de dette, le centre sera en faillite et c'est la faute de l'ANAM. » CSRéf

« On est en train de nous tuer, car les formations sanitaires ont ça sur le dos. Cela affecte même le laboratoire, qui repose en partie sur les fonds propres de la pharmacie, et cela impacte même la tarification. Les subventions de l'Etat c'est pour les césariennes, les fistules, les salaires du personnel. » CSRéf

« On dit aux bénéficiaires qu'on ne peut plus continuer, car ça joue sur la pharmacie. » CSCo

« Certains venaient avec leur récépissé, on leur disait qu'on avait des arriérés avec la structure qui assure le paiement de leurs soins. » CSCo

« On explique que la structure qui finance le RAMED a arrêté pour le moment. » CSCo

On peut noter que **les conditions de ciblage des bénéficiaires sont jugées par les professionnels de santé comme étant imparfaites et partiales**, argument supplémentaire en défaveur de l'application du RAMED.

« Il faut une crédibilité, que des vrais indigents soient ciblés pour que les agents de santé s'engagent à prendre en charge les patients du RAMED. » CSCo

« Il faut des critères bien déterminés et aussi associer l'Asaco dans l'identification. Ils connaissent réellement des gens qui viennent au centre et qui n'ont pas les moyens. » CSCo

« Il faut éviter le ciblage basé sur des affinités par rapport à la mairie et à la chefferie, qui sont toujours politisées. Il faut éviter que quelqu'un vienne avec un récépissé lui permettant de se soigner gratuitement, alors qu'il gare sa propre moto devant le centre. » CSRéf

1.4 La faible ouverture des droits des immatriculés au RAMED dans les formations sanitaires

Les acteurs en charge de la mise en œuvre de l'arrimage ANAM /Jigisemejiri sont tous conscients que **la faible ouverture des droits aux RAMED constitue un obstacle important**, mais ils jugent la position des professionnels de santé légitime. Cette situation a suscité des débats lors des rencontres nationales mais pas de réel questionnement sur la pertinence de ce positionnement des formations sanitaires ni d'intervention.

« C'est le véritable problème chez nous. Seul le CSRéf a ouvert, puis il a fermé et rouvert. » Acteur local

« On ne veut pas savoir les problèmes. Le linge sale se lave en famille et cela se règle sans qu'on soit au coutant. Et même si tu es au courant, si on ne vient pas vers toi, tu ne t'en mêles pas. » Acteur local

« Le communautaire a du mal à revenir malgré le fait que les remboursements aient été effectués par l'ANAM. Ils pensent que cela va recommencer. Il aurait fallu que l'Etat fasse une mission de vérification des arriérés, mais cela n'a pas été fait. » Acteur local

Pour les professionnels de santé, le devoir de prise en charge des personnes insolvable n'est pas remis en cause.

Le personnel soutient que cette prise en charge est effective, soit sur financement de l'Asaco, à fonds perdus, soit sur financement personnel des agents de santé.

« On ne refuse pas les gens qui n'ont pas de moyens dans mon centre. Même maintenant que le centre est fermé au RAMED, si des gens se présentent avec des récépissés, je paie parfois leurs médicaments sur mes fonds propres. » CSRéf

« Moi je disais qu'on est là pour la santé des malades mais on ne peut pas continuer, c'est pour la santé même des gens qu'on doit arrêter. » CSCom

« La population oublie souvent que les centres de santé n'appartiennent pas au personnel de santé mais à elle. Les agents ne sont qu'employés. Pour nous, la question est plutôt de savoir si l'Etat a mis les médicaments à disposition de cette politique. » CSCom

« Ici tout le monde sait que le CSCom fonctionne sur fonds propres. Ils ne peuvent pas dire que c'est de la mauvaise volonté de notre part. » CSCom

« Au centre ici on a toujours accueilli les indigents gratuitement. » CSCom qui n'a jamais ouvert ses droits au RAMED

Section 2 : Présentation de l'échantillon de la population-cible

Cette section présente la population-cible de l'intervention pour définir si l'immatriculation au RAMED s'intègre bien dans ses besoins, perceptions, et pratiques

- 1 Profil des bénéficiaires : niveau de vulnérabilité socioéconomique

- 2 Besoins de santé dans le ménage

- 3 Perception des formations sanitaires publiques, seules conventionnées avec l'ANAM

- 4 Recours face à la maladie

- 5 Impact de la Covid-19 sur les pratiques de santé

2.1 Profil des bénéficiaires : niveau de vulnérabilité socioéconomique

L'arrimage concerne la population bénéficiaire des TM pluriannuels de Jigisemejiri, qui inclut la cible du RAMED (indigents), mais également des populations pauvres et vulnérables, ce que nous avons cherché à décrire en questionnant le profil de la population de notre échantillon sur un nombre limité mais signifiant de critères.

Le profilage a permis d'évaluer en outre les problèmes de santé de cette population, et sa capacité à y faire face, selon son niveau de vulnérabilité tant sur le plan sociodémographique que socioéconomique, incluant la possession de moyens de déplacement (vélo, moto), l'autonomie financière (via par exemple l'épargne sur pied ou encore la détention d'un compte mobile money).

Compte tenu de l'échantillon restreint et de la nature qualitative de l'étude, il n'était pas question d'établir des statistiques (même si quelques éléments d'ensemble, sur la base de 69 personnes, ou entre urbain/37 personnes et rural/32 personnes, ont fait l'objet d'une présentation en % pour une lecture plus directe). Ces résultats indicatifs permettent plutôt de faire ressortir des différences significatives selon les sites, la région ou entre les milieux urbain et rural.

2.1 Profil des bénéficiaires : niveau de vulnérabilité socioéconomique

81% sont analphabètes, de manière équivalente selon les sites, ce qui est assez cohérent avec une cible pauvre de cette génération.

La plupart des personnes veuves sont des femmes. Le pourcentage de femmes cheffes de famille est très variable selon le milieu, très faible en milieu rural, important en ville.

Sans surprise, le nombre de ménages dans l'unité de production/grande famille est assez contrastée entre milieu urbain et milieu rural. A Bamako, on note une très forte proportion de ménages indépendants (76%) alors que l'inscription dans un collectif familial plus vaste est importante en milieu rural, ce qui représente une forme de sécurisation.

La taille moyenne du ménage varie peu selon les régions et laisse supposer des charges familiales lourdes.

	BKO	Kita	Barouéli	Urbain	Rural	Total
Nb de femmes	12/29	5/20	1/20	46%	3%	26%
Nb de personnes de 60 ans et plus	14/29	13/20	3/20	51%	34%	43%
NiveauY scolarisation analphabètes	21/29	18/20	17/20	76%	88%	81%
Situation matrimoniale veuvage	9/29	5/20	1/20	38%	3%	22%
Ménages seuls sans UP	22/29	10/20	2/20	76%	19%	49%
Taille du ménage	7.8	7.4	9.3	7.8	8.5	8.0
Niveau d'activité du chef de ménage Actif	24/29	17/20	20/20	86%	97%	91%
% d'actifs/ménage*	27%	46%	34%	31%	39%	35%

** Nous avons rapporté ici le nombre de personnes actives dans le ménage au nombre total de personnes dans le ménage.*

2.1 Profil des bénéficiaires : niveau de vulnérabilité socioéconomique

L'inventaire des biens possédés montre que les personnes sont dans une situation de pauvreté relative avec quand même 43% qui disposent d'un bien de consommation comme la TV, et pour 67% d'une moto, donc d'un moyen de déplacement.

En milieu rural, les 2/3 des ménages considérés disposent de matériel de production (bœufs et charrue) et de petits ruminants.

L'usage de la téléphonie mobile et des comptes Orange Money est très courant, y compris en milieu rural.

Possèdent :	BKO	Kita	Barouéli	Urbain	Rural	Total
Télévision	14	4	12	49%	38%	43%
Moto	18	12	16	65%	69%	67%
Vélo	4	10	16	11%	81%	43%
Téléphone	29	16	20	95%	94%	94%
Orange money	28	15	19	95%	84%	90%
Epargne petits ruminants	2	14	11	19%	63%	39%
Agriculteurs seulement : bœufs de labours	0	8	12	0%	63%	29%
Agriculteurs seulement : charrue	0	8	13	0%	66%	30%

2.1 Profil des bénéficiaires : niveau de vulnérabilité socioéconomique

Pour chacun des besoins suivants, pour votre ménage, et actuellement, pourriez-vous me dire s'ils sont en général plutôt assurés (par ordre d'importance) par les ressources de

1. UP/champ commun
2. Chef ou autre membre du ménage
3. Autres (jigis, TM, RAMED) ?

On constate que la plupart des ménages sont autonomes pour assurer la plupart des dépenses du ménage.

A Barouéli, l'unité de production assure comme cela se fait traditionnellement les besoins en céréales du ménage et intervient dans une moindre mesure pour la prise en charge des lourdes dépenses de santé.

Les « jigis » (personnes qui viennent en aide, en appui au ménage, généralement des personnes en migration) sont essentiellement mobilisés dans les différents sites pour faire face aux dépenses de santé importantes.

« Mon enfant qui a eu un accident grave porte le nom d'une famille riche de notre voisinage. Cette famille assure tous les besoins de l'enfant, et notamment tous ses frais médicaux importants depuis cet accident. »
Homme, 68 ans, Bko Hamdallaye

Céréales	BKO	Kita	Barouéli	Urbain	Rural	Total
UP	0	0	18	0%	56%	26%
Ménage	25	19	2	89%	41%	52%
Autre	4	1	0	11%	3%	7%
Condiments	BKO	Kita	Barouéli	Urbain	Rural	Total
UP	0	0	4	0%	13%	6%
Ménage	25	20	16	89%	81%	86%
Autre	4	0	2	11%	6%	14%
Petites dépenses de santé	BKO	Kita	Barouéli	Urbain	Rural	Total
UP	0	0	1	0%	3%	1%
Ménage	25	19	17	89%	88%	91%
Autre	4	1	2	11%	3%	7%
Lourdes dépenses de santé	BKO	Kita	Barouéli	Urbain	Rural	Total
UP	0	0	2	0%	6%	3%
Ménage	21	18	10	78%	63%	71%
Autre	8	2	8	22%	31%	26%
Dépenses de scolarité	BKO	Kita	Barouéli	Urbain	Rural	Total
UP	0	0	0	0%	0%	0%
Ménage	27	19	19	92%	97%	94%
Autre	2	1	1	8%	3%	6%

2.1 Profil des bénéficiaires : niveau de vulnérabilité socioéconomique

Au cours des cinq dernières années, sur l'ensemble de vos activités, les revenus de votre ménage ont-ils eu plutôt tendance à augmenter, stagner ou diminuer, et quel est le facteur principal qui explique cette situation ?

Mes revenus...	BKO	Kita	Barouéli	Urbain	Rural	Total
Ont augmenté	6	9	14	27%	47%	42%
Ont stagné	3	1	1	8%	6%	7%
Ont diminué	20	10	5	65%	47%	51%

Causes augmentation des revenus (42%)	BKO	Kita	Barouéli	Urbain	Rural	Total
Appui des grands enfants dans le ménage	2	5	6	6	7	13
Appui d'un projet/TM	1	2	3	1	5	6
Diversification des AGR	0	1	4	0	5	5
Plus de clients/de marché	3	1	1	3	2	5
Mon jigi me donne plus que ce que je gagnais	1	0	0	1	0	1
Accès à un emploi sûr	0	1	1	0	1	1
Appui UP	0	0	1	0	1	1

Causes diminution des revenus (51%)	BKO	Kita	Barouéli	Urbain	Rural	Total
Maladie	9	1	0	9	1	10
Perte de marchés, de clientèle, de revenus	7	2	2	9	2	11
Vieillesse	6	8	0	8	6	6
Moins de personnes actives dans le ménage	0	2	1	1	2	3
Moins de terres fertiles/mauvaises récoltes	0	1	2	0	3	3
Trop de charges pour chef de ménage	2	0	0	2	0	0

La situation est assez contrastée selon les sites. A Bamako, la tendance lourde est à la baisse des revenus du ménage ces 5 dernières années, avec deux facteurs d'explication principaux, la maladie et la perte de marché et de clientèle, liée à la crise politique et sanitaire. A Barouéli, la situation de 3/4 des ménages tend plutôt vers une amélioration des revenus, expliquée par l'arrivée sur le marché du travail des grands enfants du ménage et par l'appui des projets, TM et AGR. A Kita, la situation évolue tantôt positivement, tantôt négativement, et dans les deux cas, l'évolution est liée à la vieillesse du bénéficiaire, selon qu'il dispose d'enfants adultes en capacité ou non de prendre en charge le ménage de leur père.

2.1 Profil des bénéficiaires : niveau de vulnérabilité socioéconomique

Assez logiquement, la population de notre échantillon présente certaines caractéristiques de vulnérabilité : âge avancé, pourcentage assez élevé de personnes veuves, notamment des femmes, et large majorité d'analphabètes.

Néanmoins :

Cette vulnérabilité est assez variable selon les sites, et selon le milieu, urbain ou rural.

- Le niveau de vulnérabilité est assez faible à Barouéli, avec une population plus jeune, très active et autonome, alors que la vulnérabilité d'un grand nombre de ménages est avérée à Bamako : pourcentage élevé de femmes seules chargées de famille, et de ménages indépendants non insérés dans un collectif plus large, plus faible niveau d'activité.
- L'évolution des revenus durant les 5 dernières années va plutôt dans le sens d'une diminution globale (51% des bénéficiaires tous sites confondus) mais la situation est assez contrastée d'un site à l'autre. Les revenus augmentent pour 70% des bénéficiaires à Barouéli contre seulement 21% à Bamako. C'est une nouvelle fois à Bamako que la situation est plus préoccupante avec trois problèmes récurrents : vieillesse, perte de marché/clientèle et maladie.

Le niveau de vulnérabilité de cette population est globalement modéré comparativement à la cible RAME

- Les ménages sont plutôt autonomes dans la prise en charge de leurs dépenses concernant les postes alimentation, santé et scolarité. Les vieilles personnes disposent souvent d'appuis conséquents de leurs enfants. En milieu rural, l'implication des UP dans la prise en charge du poste céréales est déterminante, mais cela ne signe pas une dépendance, plutôt une implication dans les activités agricoles du collectif (champ commun). Les principaux appuis extérieurs viennent des appuis extérieurs au ménage, généralement des enfants adultes et des TM/AGR, et notamment pour la gestion des problèmes de santé lourds.
- La plupart des bénéficiaires sont économiquement actifs (91%, un peu moins en milieu urbain) et le nombre d'actifs par ménage représente en moyenne un tiers des membres du ménage. Les deux tiers des agriculteurs semblent disposer de moyens de production.
- Près de 70% des ménages de notre échantillon disposent de motos comme moyens de déplacement, et près de la moitié des ménages d'une télévision. La très grande majorité possède un téléphone (et 90 % de compte Orange Money).

En revanche, les problèmes de santé constituent une source de vulnérabilité importante, souvent facteur de dégradation des revenus, un poste de dépenses non négligeable, et des stratégies peu satisfaisantes de prise en charge.

2.2 Besoins de santé/

L'état de santé des bénéficiaires de notre échantillon est plutôt satisfaisant mais varie selon les sites

Les résultats sont à mettre en relation avec l'âge moyen de notre échantillon, et globalement, pour cet âge, l'état de santé personnel est plutôt satisfaisant pour les 2/3 de cet effectif. Plus de 40% des bénéficiaires de Jigisemejiri de notre échantillon estiment néanmoins avoir une santé défaillante. On note ici une très forte disparité entre le milieu urbain et rural sur l'état de santé ressenti et vécu.

Les problèmes de santé évoqués font référence à des maladies assez lourdes ou chroniques (diabète, ulcère, maux de dos, hypertension) donc jouant sur la capacité de la personne à faire face à ces activités économiques.

Diriez vous que vous êtes actuellement en très bonne, bonne, pas très bonne ou pas du tout en bonne santé ?

Santé :	BKO	Kita	Barouéli	Urbain	Rural	Total
Très bonne ou bonne	13	13	15	46%	75%	59%
Pas très bonne	10	5	4	32%	22%	28%
Pas du tout bonne	6	2	1	22%	3%	13%

« J'ai un problème lombaire qui fait que je ne peux pas me tenir debout pendant longtemps. En plus de cela, j'ai mal au ventre de manière répétitive. » Homme, 61 ans, Bko Hamdallaye

« Je suis vraiment malade, j'ai des douleurs abdominale. J'ai fait la radio il y a 6 ans et les médecins m'ont dit que c'est un problème d'estomac. » Femme, 47 ans, Bko Sibiribougou

« J'ai une hernie qui me fatigue beaucoup, mais un côté a été opéré. Quand la douleur commence, je prends des médicaments traditionnels. En plus, j'ai un palu qui ne finit jamais. » Homme, 42 ans, Tonzougou

« J'ai des maux de tête, je vomis souvent aussi, mais concrètement, aucun agent de santé ne m'a dit ce que j'ai comme maladie. » Femme, 66 ans, Somo

2.2 Besoins de santé/ Les besoins en santé dans le ménage sont importants

En revanche, les problèmes de santé dans le ménage sont plus généralisés, avec les 2/3 des répondants qui estiment que les membres de leur ménage sont concernés.

Là encore, la situation en milieu urbain est plus préoccupante qu'en milieu rural, assez paradoxalement.

Est-ce que les membres de votre ménage ont des problèmes de santé particuliers ?

	BKO	Kita	Barouéli	Urbain	Rural	Total
Oui	20	7	13	65%	50%	58%
Non	9	13	7	35%	50%	42%

« Ma femme a un problème gastrique compliqué qui fait même qu'elle vomit du sang. Elle a aussi une toux chronique et en plus de cela, elle est handicapée physique. » Homme, 60 ans, Bko Hamdallaye

« Mon dernier enfant a une déficience mentale depuis 2020. On a fait beaucoup de traitements, mais ce n'est pas fini jusque là. » Homme, 57 ans, Tonzougou

« Depuis 6 mois, une de mes femmes a commencé à avoir des boutons sur le corps et jusqu'à présent, nous ne sommes pas parvenus à avoir une solution pour cela. » Homme, 42 ans, Somo

« Mon dernier garçon s'est cassé le bras en s'amusant. Quand il a été amené chez le tradithérapeute, le sang ne circulait plus dans son bras et finalement ses doigts sont tombés. La plaie est guérie mais il est maintenant handicapé. » Femme, 41 ans, Bko Kalabambougou

« J'ai une fille sourde et muette qui est toujours malade mais je ne sais pas de quoi elle souffre. Présentement, j'ai des ordonnances que je n'ai pas pu payer par manque d'argent (dix mille francs). Je n'ai pas pu faire les analyses pour connaître la maladie. » Homme, 48 ans, Bko Kalabambougou

2.2 Besoins de santé/

Les stratégies de prise en charge des graves problèmes de santé restent pénalisantes pour les ménages

- Les dépenses de santé sont le plus souvent à la charge des ménages, qui peuvent néanmoins bénéficier d'appuis extérieurs.
- De fait, sur les 5 dernières années, qui comprennent la période des TM, chacune des quatre stratégies négatives proposées (endettement, décapitalisation, vente de bétail, mobilisation épargne) a été mobilisée fréquemment par de 20% à 40% des bénéficiaires. Seulement un quart des ménages, surtout à Bamako, n'ont jamais été dans l'obligation d'y recourir, principalement parce qu'ils n'ont pas été confrontés à un problème de santé grave pendant cette période.
- La mobilisation de l'épargne et la vente de ruminants constituent les deux solutions privilégiées et assez courantes, que ce soit en milieu rural ou urbain.
- La mobilisation du capital professionnel (fonds de commerce, vente de matériel de production) reste une pratique de dernier recours, mais en ville, elle est plus importante que l'endettement.
- On note globalement quelques différences entre milieu urbain et rural, le milieu rural étant plus préservé : soit moins d'épisodes de santé catastrophique, soit d'autres stratégies et notamment le recours à un collectif protecteur plus large.
- Pour ceux qui ne peuvent recourir à l'une de ces 4 solutions, la médecine traditionnelle reste la seule option.

Ces 5 dernières années, avez vous été obligés de recourir à l'une de solutions ci dessous pour faire face à un problème de santé grave et coûteux ?

« Lors de la maladie de mon frère, il y a quatre ans, j'ai puisé plus de 350 000 francs dans mon fonds de commerce pour les soins. » Homme, 51 ans, Tamani

« Mon fonds de commerce a été plusieurs fois utilisé dans les dépenses de soins. Car je ne trouve pas assez d'argent pour épargner et j'ai vendu mes chèvres une fois pour me soigner. » Femme, 66 ans, Somo

« J'ai plusieurs fois vendu des animaux pour résoudre un problème de santé. Et mobiliser aussi mon épargne. On ne trouve pas assez pour beaucoup économiser et tout ce que je trouve est généralement utilisé dans les problèmes de santé. » Homme, 42 ans, Somo

« Même actuellement, j'ai une dette de 25 000 francs de soins de santé d'un membre de mon ménage. Et j'ai encore un enfant malade chez moi. » Homme, 48 ans, Tamani

« Le fait de vendre mes moutons et chèvres pour les soins de santé a vidé mon troupeau. Je n'ai plus que deux petits ruminants maintenant. » Homme, 42 ans, Tonzougou

« J'ai cherché un crédit mais je n'en ai pas trouvé à cause de ma situation. Quand la personne a vu que je ne faisais rien d'autre que la mendicité, elle ne m'a pas donné le crédit. » Homme, 49 ans, Bko Kalabambougou

2.2 Besoins de santé/

Les besoins de santé à couvrir se traduisent aussi par une mobilisation des TM

L'achat de céréales reste le principal poste d'utilisation des TM mais le poste santé représente souvent le deuxième poste d'utilisation après l'achat de céréales et avant l'investissement productif.

On constate que les dépenses de santé mobilisent fréquemment l'argent des TM :

- Les 2/3 de l'échantillon ont mobilisé les TM pour la santé des membres du ménage et un quart pour leur santé personnelle.
- La santé est toujours l'un des 3 postes cités.

Les dépenses de santé liés aux membres du ménage mobilisent plus l'argent des TM que celles du titulaire, souvent âgé et de fait, plus intéressé par la médecine traditionnelle.

Globalement, tout au long de la période pendant laquelle vous avez bénéficié des TM, dans quels postes de dépenses les avez-vous principalement utilisés, par ordre d'importance ?

Votre santé	BKO	Kita	Barouéli	Urbain	Rural	Total
Poste cité en 1 ^{er}	0	0	0	0%	0%	0%
Poste cité en 2 nd	2	2	0	8%	3%	6%
Poste cité en 3 ^{ème}	8	3	3	22%	19%	20%

Santé ménage	BKO	Kita	Barouéli	Urbain	Rural	Total
Poste cité en 1 ^{er}	1	1	3	3%	12%	7%
Poste cité en 2 nd	7	4	9	18%	40%	29%
Poste cité en 3 ^{ème}	10	8	2	31%	25%	29%

« Au moment où je recevais l'argent, j'ai utilisé la majorité dans l'alimentation. Une partie a été utilisée dans la santé des membres du ménage et une petite partie a été utilisée pour mes propres soins. » Femme, 66 ans, Somo

« La grande partie de l'argent donné a été dans la santé de mes enfants. J'ai acheté un peu de céréales et un âne parce que le mien était mort. » Homme, 48 ans, Tamani

« J'ai économisé les différents transferts pour acheter une moto et le reste a été utilisé dans la santé des membres de mon ménage. » Homme, 42 ans, Somo

2.3. Perception des formations sanitaires publiques/ Constats transversaux

Nous avons cherché à connaître la perception que les bénéficiaires de notre échantillon ont des formations sanitaires publiques (FSP), seules habilitées à ouvrir des droits aux personnes immatriculées au RAMED. Une perception négative peut en effet constituer un frein important à l'accès aux soins gratuits, via le RAMED. Nous avons ainsi questionné la perception des conditions d'accès, d'accueil et de prise en charge dans le CSCom du quartier/de la commune et dans le CSRéf de la commune/du district dans lesquels vivent les bénéficiaires. Ces perceptions reposent à la fois sur les informations véhiculées par le bouche-à-oreille, mais aussi beaucoup sur les expériences vécues par chacun.

Quatre constats liminaires peuvent être posés :

a. L'architecture de la pyramide sanitaire est bien connue, avec ses trois échelons.

- Tous les bénéficiaires savent différencier un CSCom, un CSRéf et un hôpital.
- Le système de référencement est également connu de tous, ce qui contribue à la perception relative de ces différents échelons et parfois aux modalités de leur fréquentation.

b. Sans être unanime, la perception des conditions d'accueil et de prise en charge des CSComs comme celle des CSRéfs est plutôt positive, et de manière équivalente en milieu rural et en ville.

- La qualité de structure publique de santé s'accompagne d'une image positive a priori sur la qualité du personnel, du matériel et des soins.
- Elle est soutenue par les expériences réelles, qui peuvent être assez différenciées, selon que la personne soit venue pendant les heures ouvrables ou pendant la garde, avec ou sans moyens suffisants, en fonction de la personne présente...
- A noter parfois une image négative de discrimination sociale, des pauvres, dès l'accueil jusqu'à la prise en charge.

2.3. Perception des formations sanitaires publiques/ Constats transversaux

c. Les bénéficiaires apprécient la qualité des prestations offertes, à partir notamment d'un ratio coût-qualité/efficacité.

- Les principaux critères sont la compétence du personnel, notamment des prescripteurs, et le plateau technique.
- Concernant les CSComs, on attend de ces structures de proximité, moins bien dotées en termes de ressources humaines et de plateau technique (que les CSRéfs), des qualités d'accueil qui feraient la différence et compenseraient cette moindre technicité, ce qui n'est pas toujours le cas. Les délais d'attente sont jugés injustifiés, et le manque de flexibilité des agents de santé concernant les conditions de paiement, partout déploré.
- Les CSRéfs sont appréciés par le plateau technique plus étoffé qu'ils offrent mais ils sont en revanche perçus comme bien plus difficiles d'accès, tant au plan géographique que financier. L'écart statutaire entre la population et un personnel plus qualifié, plus citoyen, rend la relation plus impersonnelle et constitue un frein psychologique supplémentaire.

d. A chaque échelon, la personnalité du prescripteur (plus ou moins jeune, accorte, compétent) influe la perception de l'efficacité des soins (par son attention, sa compétence et sa rigueur).

- Elle conditionne également la confiance, le sentiment de familiarité entre agent de santé et patient, voire parfois la souplesse de paiement.

e. Les formations sanitaires publiques sont toutes perçues comme étant en recherche de profits, ce qui explique une inflexibilité partout dénoncée, plus encore dans les CSComs.

2.3.1 Perceptions des conditions d'accès, d'accueil et de prise en charge dans les CSComs des communes concernés

Les CSComs sont valorisés car ils constituent un recours de soins qualitatif de proximité.

Les conditions de prise en charge des patients sont globalement jugées satisfaisantes.

Les bénéficiaires sont en mesure d'apprécier la qualité des prestations offertes par les CSComs et la qualité des soins prodigués, en fonction de la disponibilité du personnel qualifiée, le statut du DTC (préférence pour un médecin, « docteur ») le plateau technique et le matériel disponible dans le centre.

« Il y a beaucoup d'équipements. Les médicaments sont disponibles. Les agents sont compétents et les prestations sont de qualité. Le DTC est un médecin qui fait l'opération de l'hernie. La maternité fonctionne bien. Il y a la radio et un laboratoire. » Homme, 50 ans, Tamani

« Depuis fin 2020, les conditions de la prise en charge sont bonnes parce que le DTC est un médecin. Les médicaments prescrits sont généralement disponibles dans le centre. » Homme, 40 ans, Tonzougou

Les CSComs sont jugés géographiquement très accessibles, aussi bien en milieu rural qu'urbain, quel que soit l'état des routes (plus problématique parfois pendant l'hivernage). Les déplacements se font souvent à pied pour ceux n'ayant pas accès à un moyen de transport motorisé, ou à moto à faible coût (500 à 1 000 FCFA). La nécessité d'un transport en véhicule n'est évoquée qu'à Bamako, à un coût modéré (3 000 – 4 000 FCFA en taxi).

« L'accès n'est pas difficile, c'est juste de l'autre côté du goudron, on part à pied. C'est les femmes enceintes qui partent à moto, il n'y a pas de dépenses pour le transport. » Femme, 95 ans, Bko Hamdallaye

« L'accès au CSCom de Garna n'est pas difficile, parce que ce n'est pas loin de notre village, moins loin que celui de Tamani. » Homme, 57 ans, Tonzougou

« Le CSCom de Sibiribougou est proche de chez moi, moins d'un kilomètre, mais l'accès est un peu difficile car la route n'est pas bonne, surtout pendant l'hivernage. Si le malade ne peut pas être transporté à moto, on prend le taxi, c'est 1 000 ou 1 500 francs, à l'aller comme au retour. » Homme, 65 ans, Bko Sibiribougou

2.3.1 Perceptions des conditions d'accès, d'accueil et de prise en charge dans les CSComs des communes concernés

En revanche, l'accessibilité financière de ces structures de premier niveau est perçue comme problématique.

Les CSComs restent un recours coûteux et la plupart des bénéficiaires prévoient une somme conséquente avant d'effectuer le déplacement (entre 5 000 et 25 000 FCFA, et ce aussi bien en milieu rural qu'urbain). Bien que structures de proximité, les CSComs sont peu flexibles sur les questions financières. Les plus pauvres savent qu'ils ne peuvent espérer de remise ou de conditions de paiement à crédit.

« Ils ne font pas de crédit. Si tu n'as pas d'argent, tu ne peux pas avoir accès aux soins. » Homme, 52 ans, Tonzougou

« Le montant minimum à prévoir est 10 000 francs. » Homme, 60 ans, Somo

« Si le malade achète les médicaments, on le soigne bien, mais sans les médicaments, ils ne peuvent rien faire. » Femme, 65 ans, Dar Salam

La disponibilité des médicaments est le point le plus problématique avec de nombreuses ordonnances à payer en dehors de la pharmacie de la formation sanitaire.

Les gratuités, et notamment celle des antipaludéens pour les enfants de moins de 5 ans ne sont pas appliquées et un grand nombre de bénéficiaires n'en ont même pas connaissance.

De plus,

Certains bénéficiaires dénoncent les pratiques de certains agents de santé, qui tirent profit de la situation des pauvres (actes médicaux imposés, marchandage des médicaments).

« J'ai déjà vu des cas de femmes qui viennent de la brousse accoucher ici. Comme elles n'ont pas fait d'échographie et d'analyses la plupart du temps, à l'accouchement on augmente sur l'ordonnance les prix des actes qu'elles n'ont pas fait, et elles sont dans l'obligation de payer. » Femme, 35 ans, Dar Salam

« Les agents de santé demandent aux patients de payer de l'argent en plus des traitements comme cadeaux, pour le mettre dans leur poche. Quand ma femme a accouché, je suis parti acheter les médicaments, mais de retour je me suis aperçu que les agents avaient déjà fait un traitement, donc les médicaments que j'ai achetés, ils les ont gardés, soi-disant qu'ils les avaient remplacés par les leurs. Rien ne me dit que c'est le même prix. Si j'étais riche et scolarisé, ils n'auraient pas fait cela. » Homme, 48 ans, Bko Kalabambougou

2.3.1 Perceptions des conditions d'accès, d'accueil et de prise en charge dans les CSComs des communes concernés

On attend des CSComs un accueil à la fois familial et respectueux, qui est diversement réalisé selon les centres

Les conditions d'accueil dans les CSComs sont évaluées à travers l'attitude des premiers interlocuteurs pour l'orientation des patients et la personnalité des prescripteurs, centrale dans la perception globale de la prestation. La durée d'attente (acceptée à condition que le respect de l'ordre d'arrivée soit respecté), les conditions d'accueil des urgences et le fait d'être, le cas échéant, reconnu par le personnel comme un familier des lieux, sont particulièrement attendus et appréciés.

Sur l'ensemble de ces critères, les CSComs sont en général favorablement perçus.

« L'accueil est très bien parce qu'une fois arrivée, les agents essaient d'apaiser le stress des patients en causant avec eux. Le centre est toujours ouvert 24h/24. Le délai d'attente dépend de l'affluence. Le premier soin est de dire des mots d'assurance aux malades. Psychologiquement cela est déjà un remède. Les soignants de notre CSCom font ça. » Homme, 60 ans, Somo

« On suit toujours le rang d'arrivée. Il n'y a aucune différence entre l'accueil des riches et des pauvres car que quelle que soit ta situation de richesse ou de pauvreté, tu prends toujours le ticket et tu suis le rang comme tout le monde. » Homme, 40 ans, Somo

« Même si tu es pauvre et que tu arrives avant, celui qui vient avec sa voiture après sera pris après toi aussi. Ce n'est pas une question de riche ou pauvre, car les agents de santé savent bien que si tu n'as rien sur toi, tu ne viendras pas au centre. » Homme, 56 ans, Bko Kalabambougou

Toutefois,

Dans certains centres, les délais d'attente ne sont pas toujours justifiés. La présence de stagiaires peu attentifs est souvent mentionnée.

« Le CSCom est toujours ouvert, mais pendant la nuit il est très difficile que les agents se réveillent pour accueillir les usagers. » Homme, 52 ans, Tamani

« Les jeunes sont souvent lents et distraits, surtout les jeunes filles stagiaires. » Homme, 50 ans, Tamani

« Parfois les agents ne te regardent même pas, il faut les supplier pour qu'ils s'occupent de toi. » F, 45 ans, Bko Sibiribougou

« S'il y a beaucoup de malades, les agents de santé te négligent. » Homme, 52 ans, Tamani

2.3.2 Perceptions des conditions d'accès, d'accueil et de prise en charge dans les CSRéfs des districts sanitaires concernés

Les CSRéfs sont bien connus comme second échelon de la pyramide sanitaire, situés dans les chefs-lieux de cercle ou au cœur de la commune IV à Bamako, et offrant des soins plus spécialisés, ayant notamment pour vocation de traiter des cas graves et/ou en urgence.

Le système de référencement participe à la perception de CSRéfs très qualifiés, et offrant structurellement une meilleure prise en charge.

La qualité médicale de prise en charge des patients est globalement reconnue. Elle est soutenue par la disponibilité d'un nombre important de personnel qualifié, la qualité du plateau technique associée à la diversité des services, enfin par la qualité des soins.

« Les gens ont une bonne image de la prise en charge faite au CSRéf. Les agents sont compétents et très dynamiques. Les traitements sont de qualité parce qu'à chaque fois que j'y suis allé avec des malades, ils se sont toujours rétablis après. » Homme, 51 ans, Tonzougou

« Globalement, tous les gens que j'ai vus partir au CSRéf pour des cas d'anémie ou d'autres complications, ils sont revenus avec des sourires aux lèvres. » Homme, 48 ans, Tamani

« Les conditions de prise en charge sont bonnes, même si je ne peux pas trop en parler, j'y suis allé une seule fois. Mais je n'ai pas entendu de reproche dans le traitement des malades. La radio, les analyses, on fait tout au CSRéf. Les agents sont disponibles tout le temps et ils connaissent leur travail, ce n'est pas comme le CScCom. » Homme, 59 ans, Tamani

« Les agents rassurent les malades avec de bonnes paroles. Le centre est ouvert 24/24 et les malades suivent l'ordre d'arrivée. Les agents orientent les malades vers les services. » Homme, 65 ans, Toumoundoto

La disponibilité 7/7 et 24/24 des CSRéfs participe de leur valorisation, notamment vu leur vocation de réponse aux cas d'urgence.

« Les gens qui viennent de brousse dans les ambulances, à ce moment-là, les agents sont obligés de les prendre en charge rapidement bien qu'ils soient pauvres. » Femme, 35 ans, Dar Salam

« L'accueil est bon, les agents donnent des conseils aux accompagnants ainsi qu'aux patients pour les rassurer. Les malades suivent le rang, mais les cas d'urgence sont prioritaires. » Homme, 57 ans, Koféba

2.3.2 Perceptions des conditions d'accès, d'accueil et de prise en charge dans les CSRéfs des districts sanitaires concernés

Les CSRéfs sont pour la majorité des bénéficiaires, géographiquement distants, avec un accès souvent long, parfois compliqué et presque toujours coûteux

Le CSRéf est, de façon rationnelle, perçu comme géographiquement distant par tous les ruraux et par une majorité de citadins. La question sécuritaire (banditisme de nuit) émerge dans les deux milieux.

« Le CSRéf est loin de chez moi, la route est goudronnée mais la nuit, il y a un problème d'insécurité à cause du banditisme. » Femme, 45 ans, Bko Sibiribougou

« Le CSRéf est à 8 kilomètres de mauvaise route jusqu'à Tamani et ensuite il reste 37 km de route goudronnée, c'est très loin de notre village. » Homme, 66 ans, Somo

Les frais de déplacements au CSRéf sont assez élevés, car y accéder nécessite souvent des moyens de transport plus coûteux, notamment lorsque les cas sont jugés graves. Quasiment personne n'envisage de s'y rendre à pied. À noter qu'à Bamako, on envisage autant le véhicule (taxi, plus cher mais encore accessible) que la moto. Dans de nombreux milieux, notamment ruraux, la distance et les options de transport rendent le véhicule trop coûteux pour être choisi directement, et la moto reste ainsi nécessaire, bien que physiquement difficile avec un malade. A Barouéli surtout, les habitants des deux communes étudiées n'envisagent le CSRéf que comme un référencement, avec un transport par l'ambulance (avec système de prise en charge par les caisses villageoises).

« Le CSRéf est loin de chez moi, la route n'est pas bonne, mais parfois les enfants des voisins m'emmènent à moto. » Homme, 60 ans, Koféba

« Le CSRéf est loin, à 8 kilomètres. On prend mille cinq-cents francs d'essence pour l'aller et retour et il faut prévoir cinquante mille francs pour les soins. » Homme, 57 ans, Koféba

« Un taxi va prendre quatre mille francs pour y aller seulement. » Femme 45 ans, Bko Sibiribougou

2.3.2 Perceptions des conditions d'accès, d'accueil et de prise en charge dans les CSRéfs des districts sanitaires concernés

De plus, le coût d'un recours au CSRéf est perçu comme extrêmement élevé.

Lorsque le CSRéf est associé aux cas graves de référencement (essentiellement en milieu rural), le coût d'une prestation est jugé élevé et nécessite de prévoir jusqu'à 75 000 FCFA avant de faire le déplacement. En ville, où le CSRéf peut être mobilisé comme une structure de premier niveau, le montant à prévoir est plus variable mais jamais inférieur à 25 000 FCFA.

La faible accessibilité financière attribuée aux CSRéfs est soutenue par le caractère inflexible des agents de santé, qui se traduit par :

La prescription d'ordonnances coûteuses, et notamment la nécessité de régler une partie des ordonnances dans des officines privées.

« La qualité des soins est bonne. Ils arrivent à guérir les malades qu'on leur amène, mais ils prescrivent beaucoup de médicaments. » Homme, 68 ans, Toumoundoto

« Les médicaments prescrits ne sont pas toujours disponibles, et ils envoient souvent les malades acheter des médicaments dans une pharmacie à côté du centre. » Homme, 65 ans, Dar Salam

Le coût élevé des examens complémentaires parfois imposés sans tenir compte des disponibilités financières des patients.

« Au CSCom, on te soigne sans te faire d'analyses, mais au CSRéf, les agents n'acceptent pas de faire un traitement sans faire d'analyses au préalable, même si tu n'as pas les moyens. » Femme, 35 ans, Dar Salam

Le refus de prise en charge des personnes sans ressources, même en urgence.

« Si tu n'as pas d'argent, ton malade risque de mourir, j'ai vécu la situation avec ma fille qui devait faire une échographie, on m'a dit qu'elle devait être opérée le plus rapidement possible, j'ai dû emprunter 100 000 francs dans mon quartier et repartir au CSRéf, et c'est uniquement après avoir payé cette somme qu'elle a pu être opérée. » Homme, 56 ans, Bko Kalabambougou

2.3.2 Perceptions des conditions d'accès, d'accueil et de prise en charge dans les CSRéfs des districts sanitaires concernés

Une minorité de bénéficiaires, à Bamako et Kita, dénoncent des pratiques ouvertement défavorables aux pauvres.

Certaines personnes, même dans des cas préoccupants, se sont senties négligées dès l'accueil (mépris, délais d'attente injustifiés, etc.)

« Il y a un mauvais accueil au CSRéf, une fois ma fille devait accoucher par césarienne, elle a été mal accueillie, négligée. Je ne sais pas pourquoi ils l'ont négligée. Elle est restée une heure environ sans qu'on l'approche. Ils lui ont dit « assieds-toi là-bas, on est occupé pour le moment ! ». J'étais très fâché, j'ai dit de rentrer à la maison, mais une autre femme, une patiente, est intervenue, et finalement ils l'ont prise en charge. » Homme, 48 ans, Bko Kalabambougou

« Souvent, les liens de connaissances comptent au CSRéf. Si tu connais un agent de santé, ami ou parent, il s'occupe plus de toi que le malade qui ne connaît personne dans le centre. Certains agents consultent leurs amis avant, même s'ils sont arrivés au centre après tout le monde. » Homme, 65 ans, Koféba

D'autres déplorent la non-application de gratuités (césarienne) qu'ils pensaient pourtant acquises, et certaines malversations.

« Il y a des corruptions au niveau du CSRéf, qui sont généralement le fait des stagiaires. Comme le centre est vaste, certains se permettent de faire n'importe quoi. Pour l'opération de la femme d'un ami, je parti avec 150 000 francs, et je suis retourné avec 30 000 francs, alors qu'on nous avait dit que la césarienne est gratuite. La seule chose gratuite que j'ai vue, c'est le lit d'hospitalisation des femmes césarisées. Au Mali, on parle de gratuité, mais en réalité je dirais que ça n'existe pas ! Même pour la césarienne, tout est payant. Sur le palu, je n'en sais rien, mais si on me demande, je dirais que la gratuité n'existe pas au Mali, surtout en matière de santé. » Homme, 49 ans, Bko Kalabambougou

2.4 Principaux recours de santé/ Introduction

Nous avons cherché à recenser les recours réels de santé des bénéficiaires et les considérations qui orientent l'usage/la fréquentation de chacun d'entre eux, et notamment des formations sanitaires publiques.

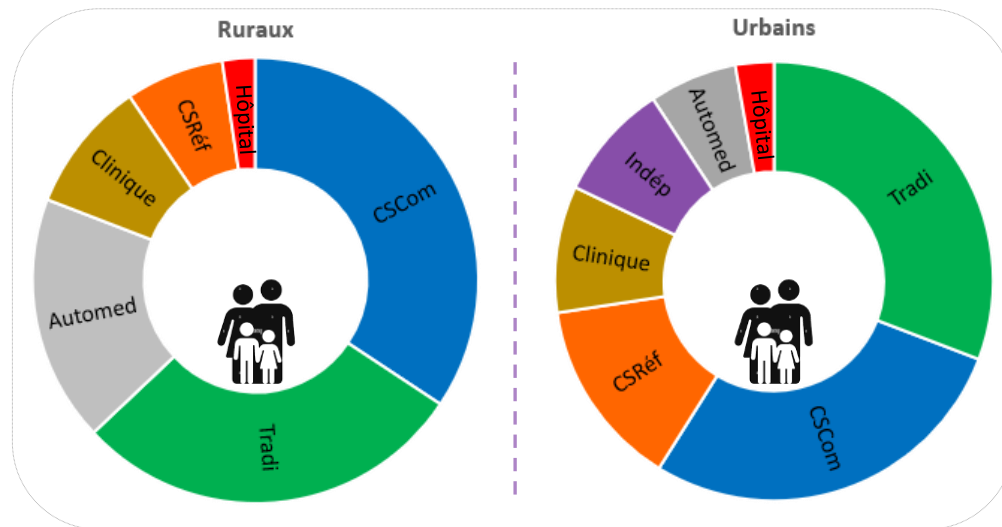
Les deux principaux recours sont le CScOm et les médicaments traditionnels, presque cités systématiquement, en milieu urbain comme rural. Plus de 90% des bénéficiaires les mentionnent parmi leurs trois principaux recours.

En troisième recours, le CSRéf est plus mobilisé en milieu urbain, alors que l'automédication est plus souvent considérée en milieu rural.

Les cliniques sont mobilisées dans les deux milieux.

Les agents de santé « indépendants » sont uniquement mobilisés par les citadins.

Le recours à l'hôpital est exceptionnel dans les deux milieux.



- **Presque tous les ménages fréquentent les FSP** : seuls 4/69 n'ont cité ni CScOm, ni CSRéf, ni hôpital parmi leurs principaux recours.
- **La minorité qui fréquente très peu les CSCComs** (environ 1/10) privilégie des structures pouvant offrir des prestations similaires, surtout pour des maladies bénignes qui ne demandent pas de plateau technique particulier : cliniques ou indépendants à moindre coût, ou parfois CSRéf jugé plus efficace.
- **Ceux, plus nombreux, qui ne fréquentent pas ou que très rarement les CSRéfs** (7/10, à Barouéli surtout) jugent normal de ne recourir que rarement à ce second niveau de référencement de la pyramide sanitaire.

2.4.1. Les médicaments traditionnels/ Accessibilité et efficacité

Il s'agit d'automédication traditionnelle à base de plantes essentiellement et de la fréquentation de tradithérapeutes. L'usage très répandu des médicaments traditionnels repose sur deux facteurs :

- **Leur efficacité est reconnue.** Ils sont bien connus, transmis de génération en génération, et parmi notre public-cible plutôt âgé, nombreux sont ceux qui expriment leur attachement et leur confiance à des médicaments qui assurent selon eux un traitement de fond. En revanche, ce sont apparemment plus les hommes adultes qui les utilisent. **Ils sont présentés comme moins opérants sur les femmes et les enfants, produits d'une culture alimentaire et médicale modernes.**

« Les médicaments traditionnels font partie de notre identité culturelle. » Homme, 42 ans, Somo

« On ne mange plus du naturel, tout est artificiel comme le cube Maggie, ces produits créent de nouvelles maladies et en plus ils ont rendu les maladies résistantes aux médicaments traditionnels. L'organisme est devenu faible maintenant, ce n'est pas facile de le soigner. » Homme, 66 ans, Koféba

« Les enfants, il faut les forcer pour qu'ils prennent les médicaments traditionnels, je n'ai pas le temps, je les emmène au centre de santé et les agents les soignent. » Homme, 65 ans, Dar Salam

« Les femmes vont au CSCom car elles sont très habituées aux produits chimiques. On ne mange plus du naturel, tout est artificiel comme le cube Maggie, ces produits créent de nouvelles maladies et en plus ils ont rendu les maladies résistantes aux médicaments traditionnels. L'organisme est devenu faible maintenant, ce n'est pas facile de le soigner. » Homme, 56 ans, Koféba

- **Ils constituent la solution de santé la plus accessible géographiquement et surtout financièrement.** Ils sont disponibles partout, en permanence, et certaines personnes en connaissent les recettes et les préparent elles-mêmes.

« Nous sommes dans un hameau, loin des structures de santé, donc dès qu'on a un malade, on utilise les médicaments traditionnels. » Homme, 50 ans, Koféba

« Très généralement nous utilisons les médicaments traditionnels et les comprimés pour nous soigner. Compte tenu de ma situation économique, je ne peux pas à la fois assurer les dépenses alimentaires et les frais médicaux des membres de la famille, pour tous les problèmes de santé. » Femme, 41 ans, Bko Kalabambougou

« Le premier recours d'un pauvre, ça ne peut être que le médicament traditionnel, qui ne coûte pas cher. » Homme, 60 ans, Bko Hamdallaye

« Mon premier recours est les médicaments traditionnels, parce qu'on n'a pas les moyens d'aller directement au CSCom du quartier » Homme, 65 ans, Bko Sibiribougou

2.4.1. Les médicaments traditionnels/ Modalités d'usage

Les médicaments traditionnels sont tout à la fois mobilisés en amont, en parallèle ou à la suite de traitements modernes.

« Les médicaments traditionnels traitent la maladie mieux que les médicaments modernes, la preuve est que tous ceux qui sont sous sérum pour des palus en novembre rechutent l'année suivante, ce qui prouve que la maladie avait été calmée, mais pas entièrement guérie. Si le traitement est fait avec des médicaments traditionnels, elle ne revient plus. »

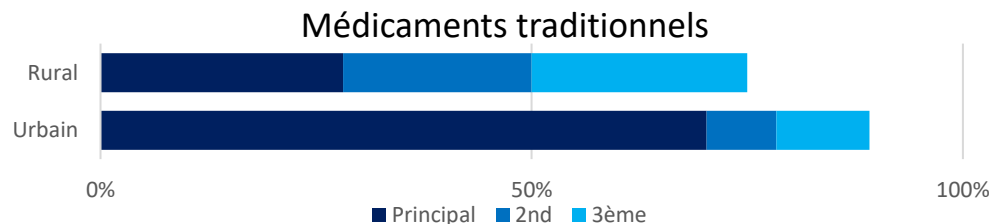
Homme, 48 ans, Bko Kalabambougou

« Pour les cas de palu et autres, il y a des cas qui se traitent avec les médicaments traditionnels, parce que les médicaments modernes ne peuvent rien gérer dans ça. » Homme, 49 ans, Bko Kalabambougou

« Nous utilisons les médicaments traditionnels pour des cas non compliqués (maux de tête, fièvre, constipation et début de palu) parce que je fais très confiance à la médecine traditionnelle. » Homme, 34 ans, Tamani

« Dans notre ménage, quand il y a un malade nous faisons le traitement traditionnel car c'est ce qui guérit complètement la maladie. (...) même après les traitements au CSCCom ou au CSRéf, nous continuons avec les médicaments traditionnels pour que le malade retrouve complètement sa santé, le médicament moderne l'a déjà calmé, il y a moins de souffrance, dont le médicament traditionnel finit la maladie. » Femme, 60 ans, Dar Salam

Principal recours, notamment d'une majorité d'urbains (Bamako surtout), qui sont plus proches de l'indigence. Cité parmi les trois principaux recours par 80% des bénéficiaires.



2.4.2. L'automédication moderne/ Accessibilité, efficacité et modalités d'usage

L'automédication moderne porte surtout sur quelques médicaments assez « classiques » (par exemple des antalgiques, des antipaludéens).

Ces médicaments sont très disponibles (achetés auprès des vendeurs ambulants ou des pharmacies par terre) et peu onéreux : certains ménages en ont dans leur 'armoire à pharmacie'.

« J'ai toujours des comprimés de nivaquine ou de paracétamol et d'autres médicaments à la maison. » Homme, 68 ans, Koféba

Leur utilisation est bien ciblée : soulager des douleurs, potentiellement aider à surmonter une crise de paludisme non aigüe. Leur fonction est ainsi plutôt celle de médicaments de « confort » que réellement curative.

« Nous utilisons les comprimés parce qu'ils nous soulagent rapidement pour qu'on puisse être en forme. » Homme, 74 ans, Somo

« J'utilise la pharmacie par terre pour des petits maux de tête. » Homme, 48 ans, Tamani

Ils sont (auto-) administrés soit en premier recours, soit en parallèle avec des médicaments traditionnels, soit après un traitement traditionnel sans effet.

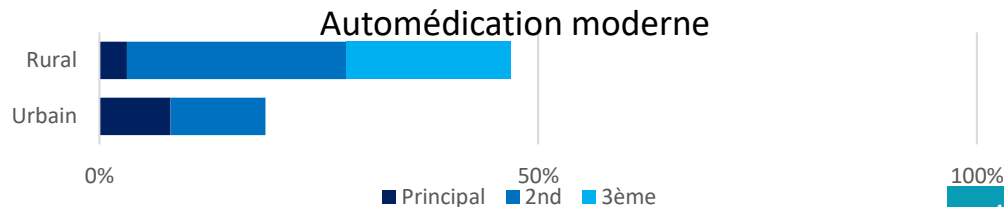
« Quand un membre de la famille se sent malade, je lui donne des comprimés pendant quelques jours, et si ça ne va pas, je vais au CSCom. » Homme, 68 ans, Koféba

« On utilise les ambulants en plus des traditionnels pour calmer la maladie au début. » Homme, 50 ans, Koféba

« Le second recours, c'est les comprimés, l'effet est rapide et ce n'est pas fatigant, pour un mal de tête ou de ventre, tu peux directement avaler quelques comprimés. » Homme, 60 ans, Somo

« Si les médicaments traditionnels ne marchent pas, je prends des médicaments ambulants. » Femme, 35 ans, Dar Salam

Jamais considéré comme principal recours, néanmoins cité parmi les trois principaux par la moitié des ruraux.



2.4.3. Les CSComs/ Accessibilité et d'efficacité

L'efficacité reconnue d'un CSCom est le levier fondamental de sa fréquentation.

« Le principal recours aux soins de mon ménage est le CSCom de la commune, parce que ce n'est pas loin et le DTC est compétent. C'est un médecin surtout. S'il te dit que c'est noir dans un cas de maladie, partout où tu vas, tu trouveras que c'est noir. Même s'ils ne font pas d'arrangement, les agents de santé font du bon boulot » Femme, 66 ans, Somo

« Le recours le plus mobilisé par mon ménage est le CSCom de Garna, parce que c'est très proche (3 kilomètres) et son DTC est compétent et très courtois. On part là-bas parce que ce centre est vraiment sollicité ces dernières années. » Homme, 51 ans, Tonzougou

« Il y a des cas où le médicament traditionnel ne guérit pas, ce qui nous vient à l'esprit à ce moment-là c'est le CSCom. C'est le plus compétent, mais c'est cher. » Femme 60 ans, Dar Salam

« Moi et mon ménage mobilisons le plus souvent le CSCom du village, parce que depuis la première fois qu'un membre de ma famille a été malade, on a eu satisfaction. Depuis ce moment-là, on ne change pas pour une personne dont on connaît le travail par une autre dont on ne sait rien sur son efficacité. » Homme, 59 ans, Tamani

La faible accessibilité et flexibilité financière des CSCom est le frein principal à leur fréquentation.

Dans la commune de Tamani, le CSCom de Garna est considéré comme peu onéreux et (parfois) flexible sur les paiements, attire les habitants du village proche de Tonzougou par exemple, mais également ceux du chef-lieu (Tamani). Le CSCom de Tamani bénéficie d'une excellente image mais il est en revanche inflexible sur les modalités de paiement.

« On mobilise plus le CSCom de Garna qui est dans la commune de Tamani également, mais plus proche de nous, le déplacement coûte moins cher, et le DTC peut nous faire des prestations à crédit. » Homme, 51 ans, Tamani

« Quand j'habitais avec ma femme et mes enfants, on allait tout le temps à la maternité du quartier, qui est à un carré de chez nous. » Homme, 68 ans, Bko Hamdallaye

« Toute ma famille fréquente le CSCom (du quartier de) de Badialan1, qui est plus proche. On peut y aller avec 500 francs seulement, l'accueil est bon, les agents sont disponibles, ils orientent bien les usagers, sans trop de délais d'attente. » Femme, 68 ans, Bko Hamdallaye

2.4.3. Les CSComs/ Modalités d'usage

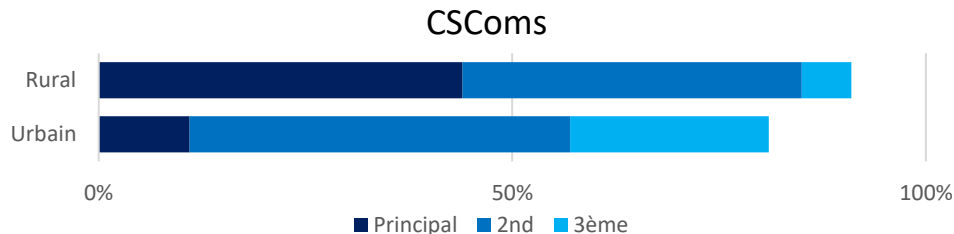
Le CSCom est avant tout le premier recours plus immédiat pour les enfants et les femmes et les mobiliser pour les consultations prénatales, les accouchements, les consultations infantiles ou les vaccinations, s'est inscrit dans les pratiques.

« Dans mon ménage, les adultes et les enfants ne sont pas traités de la même manière. Les enfants sont soignés dans les structures publiques de santé, CSCom ou CSRéf, selon leur état de santé. J'emmène mes malades au CSCom quand ce n'est pas grave, sinon c'est au CSRéf. » Homme, 65 ans, Dar Salam

Certains ménages ont intégré le recours au Cscm comme principal recours surtout lorsqu'il est favorablement perçu en termes de rapport qualité/coût. En revanche, le CSCom est souvent mobilisé par les bénéficiaires les plus pauvres en second recours, en cas de maladie plus préoccupante, ou si les symptômes persistent après que les médicaments traditionnels ou/et la médication moderne ont été mobilisés. Pour cette population plus proche de l'indigence, mobiliser le CSCom suppose parfois de faire appel à l'aide des proches.

« Surtout pour les femmes et les enfants, quand c'est un peu grave, on va au CSCom de Garna, mais ça coûte plus cher, il faut au moins 5 000 francs. » Homme, 40 ans, Tamani

Principal recours de la moitié de ruraux moins proches de l'indigence
Cité parmi les trois principaux recours par **huit** bénéficiaires sur dix.



2.4.4. Les cliniques privées/ Accessibilité et efficacité

Dans les milieux urbains, où les cliniques sont plus nombreuses et pour certaines, proches du domicile, ou dans la commune de Tamani qui possède une clinique au chef-lieu, **les cliniques constituent le premier recours à une structure formelle** pour des cas non graves, peu préoccupants, ou suite à un premier traitement traditionnel ou par automédication.

La qualité des soins dans les cliniques est peu mise en avant, et elle est même parfois jugée limitée et perçue comme inférieure à celle dispensée par les CSComs.

Le principal facteur d'attractivité des cliniques privées fréquentées est leur souplesse financière – le paiement à crédit, voire la possibilité de ne rien payer au moment des soins. **Ce recours est privilégié par rapport au CSCom, car souvent moins cher et surtout plus flexible.**

La flexibilité du paiement conditionne également l'accès à la clinique pour des cas plus préoccupants, qui ne seraient pas pris en charge par les CSComs sans disponibilité financière.

« Si je n'ai rien sur moi, même pour un cas grave je ne peux pas aller au CSCom, dans ce cas je vais à la clinique où travaille une amie, qui fait la grande partie des soins gratuitement, même les médicaments, et quand je trouve l'argent, je rembourse le peu qu'elle me demande. » Femme, 41 ans, Bko Kalabambougo

« J'ai des connaissances dans la clinique qui m'arrangent. » Homme, 64 ans, Toumoundoto

« Avant j'allais au CSCom de Garna, mais il y a quatre ans, le DTC qui faisait crédit est parti, je vais à la clinique de Fomba. Le traitement de ma femme et de moi sont gratuits, et pour les enfants je paie à mon rythme. » Homme, 52 ans, Tamani

« En cas de maladie grave que les traitements traditionnels ne peuvent pas guérir, je pars à la clinique car ce n'est pas loin de chez moi. » Homme, 48 ans, Bko Sebenikoro

« Même si je sais que le DTC du CSCom est plus qualifié que le médecin de la clinique, je vais là-bas à cause des faveurs que j'y trouve. » Homme, 51 ans, Tamani

« Généralement, les soins des membres de ma famille se font à la clinique privée car c'est là que je peux faire des arrangements. Même si je n'ai pas l'argent nécessaire pour assurer les frais, ils me font des crédits et je paie quand je trouve l'argent. » Homme, 34 ans, Tamani

2.4.4. Les cliniques privées ou confessionnelles/ Modalités d'usage

De fait, les cliniques se posent en réelles concurrentes des CSComs, selon une logique de proximité, de qualité d'accueil et de rapport qualité/prix perçu. Et ce même à Bamako, où certains les considèrent comme plus chers que les CSComs.

« Je pars dans le centre des Iraniens de Djikoroni, ils plus accueillants et moins chers que le CSCom. » Homme, 65 ans, Bko Sibiribougou

« En cas de problème de santé dans le ménage, nous partons couramment dans un cabinet de soins à côté, très proche de chez nous, on s'y soigne depuis 2006 car avant il n'y avait pas de CSCom à Kalabambougou. Ici, nous sommes habitués, nous avons confiance dans l'agent qui est là-bas, et des fois il nous fait aussi des arrangements. » Homme, 65 ans, Bko Kalabambougou

« Je vais à la mission catholique de Kita, à côté de chez moi. » Homme, 60 ans, Koféba

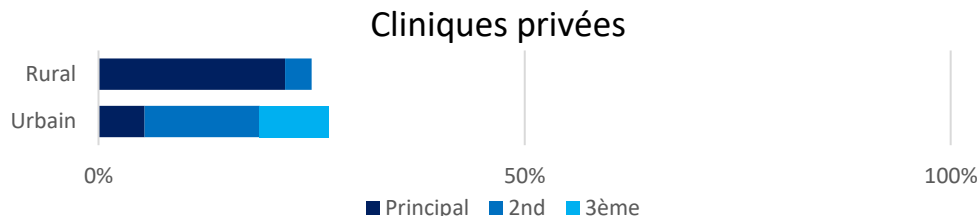
Certains mobilisent les cliniques suite à un recours au CSCom, si la maladie persiste et que le ménage ne peut plus se permettre de continuer des soins onéreux. A Bamako uniquement, les agents de santé indépendants peuvent être mobilisés de façon analogue – certains se déplacent à domicile).

« Une fois, après la maternité, je suis allé dans une clinique privée à Niaréla car le fils de mon hôte y travaille. » H, 68, Bko H, sans
« C'est mon troisième recours, si le malade n'est pas guéri après le CSCom, c'est le centre privé à côté de chez moi, j'y ai des connaissances et ils me font des soins à crédit. » Homme, 48 ans, Bko Kalabambougou

« Pour certaines maladies comme le paludisme, je pars chez un médecin qui travaillait au Point G et qui est à la retraite, qui travaille chez lui à Kabala. Il est très fort, j'ai confiance en lui, il réfère les cas qui le dépassent, et si un patient est condamné, il le dit. » Femme, 68 ans, Bko Kalabambougou

Principal recours de la moitié des ruraux, Barouéli surtout.

Cité parmi les trois principaux recours d'un quart des bénéficiaires – urbain et rural.



2.4.5. Les CSRéfs/ Accessibilité, efficacité et modalités d'usage

Pour la majorité des bénéficiaires, malgré son niveau de compétence reconnue, ou du fait de ce niveau de qualité, le CSRéf demeure inaccessible, géographiquement et/ou financièrement. Sa fréquentation est perçue comme une obligation associée à des cas graves et au référencement par les CSComs (ou plus rarement des privés, le cas échéant).

Le mode d'accès au CSRéf est normalement organisé par la référence du niveau inférieur, donc un CSCom lorsque le problème médical dépasse sa compétence. Dans les faits cependant, la fréquentation du CSRéf est aussi à l'initiative de certains ménages qui font fi du respect de la pyramide sanitaire et s'y dirigent directement, s'ils n'en sont pas trop éloignés (urbain/périurbain) pour bénéficier d'un plateau technique plus conséquent et/ou s'ils y ont des connaissances/une familiarité.

« J'habite entre le CSCom de Koféba et le CSRéf de Kita. Le CSCom a l'habitude de référer des malades au CSRéf, donc j'y vais directement, car si la maladie est grave ça évite les vas-et- viens. » Homme, 64 ans, Toumoundoto

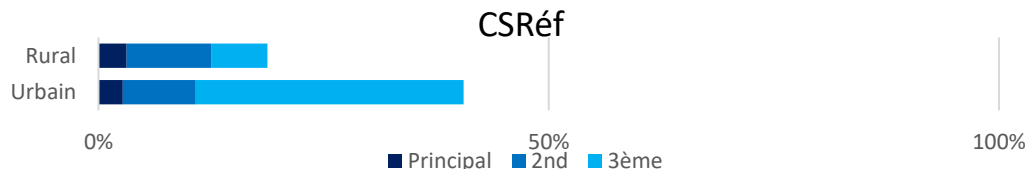
« Le CSRéf est moins loin que le CSCom, et les médecins traitent toutes sortes de maladies au CSRéf. » Homme, 58 ans, Bko Hamdallaye

Ce qui pour certains, induit la désaffection des CSComs ou des cliniques, le CSRéf devenant un « super CSCom » avec les mêmes attributs, même si selon l'accessibilité, certains le réservent pour les cas préoccupants.

« J'ai emmené ma femme une fois pour un accouchement au CSRéf, et depuis je ne vais plus que là-bas, car ils traitent mieux les maladies que le CSCom, ils font des analyses, la radiologie et des césariennes. » Homme, 48 ans, Bko Kalabambougou

Presque jamais le principal recours.

Cité parmi les trois principaux recours par **30%** des bénéficiaires, surtout en milieu urbain



2.5. L'impact de la COVID-19/ Perception globale et impact sur les conditions de vie

Comment avez-vous vécu la période COVID ? A-t-elle changé vos interactions avec les services de santé ? »

La COVID-19 a été vécue avec une certaine distance. Hormis quelques exceptions qui ont ressenti un impact sur le coût de la vie, peu de personnes se sont senties personnellement affectées par l'épidémie, surtout en milieu rural.

De nombreuses rumeurs et infox ont accompagné l'épidémie, ce qui a induit des attitudes diverses, dont le déni.

« Je n'ai pas peur du COVID, c'est juste un rhume. » Homme, 48 ans, Bko, Kalabambougou

« Le COVID n'a rien changé car c'est une politique des Blancs pour éliminer toutes les personnes âgées et pour que les plus jeunes trouvent du boulot. » Homme, 60 ans, Bko Sebenikoro

« Je n'ai pas voulu faire le vaccin, parce que j'ai entendu dire à Bamako que le vaccin n'est pas bon. » H 50 ans, Somo

« Le COVID est une maladie de Blancs. Et au Mali, le Covid est devenu un business, les gens qui disaient qu'il y a un cas chez eux recevaient de l'argent. » Homme, 65 ans, Bko Hamdallaye

Très peu de personnes abordent la question des mesures de protection individuelles (masque le plus souvent, presque jamais le lavage des mains) ou collectives (auto-confinement, distanciation sociale)

** Note : ces mesures n'ont jamais été imposées au Mali au-delà du couvre-feu et de la fermeture des frontières, ni pendant la première vague, ni pendant la seconde.*

« La COVID n'a pas apporté de changement à la pratique de nos activités, on travaillait même sans y penser, parce qu'on portait des masques, et pour nous, une fois que tu portes le masque, tu es sauvé. » Femme, 60 ans, Dar Salam

2.5. L'impact de la COVID-19/ Impact sur la fréquentation des formations sanitaires

La majorité (45/69) déclare ne pas avoir modifié leur fréquentation des structures sanitaires.

« Cela n'a rien changé, tu ne peux pas laisser ton enfant malade à la maison parce qu'il y a la COVID, donc on allait quand même dans les centres de santé. » Homme, 45 ans, Tamani

« Le COVID n'a rien changé dans ma fréquentation des centres, parce que j'e savais que je ne l'avais pas, je n'avais aucune raison d'avoir peur. » Homme, 65 ans, Bko Hamdallaye

« On ne peut avoir peur d'aller au centre de santé pendant le COVID, parce que si Dieu dit que tu vas l'attraper, rien ne peut l'empêcher. » Homme, 45 ans, Bko Sebenikoro

Un tiers déclare néanmoins une baisse de la fréquentation des CSComs, surtout à Bamako et surtout par crainte d'être dépisté positif à la COVID (et épisodiquement, par peur de la contamination), et d'une façon générale, par crainte des médisances autour des personnes suspectes.

« On avait quand-même peur d'aller au centre de santé, de crainte d'y être retenus par les agents de santé pour des tests. Si on avait un rhume, on évitait les centres de santé, car on nous prenait pour des cas suspects. » Femme, 60 ans, Dar Salam

« On n'a pas amené nos enfants au CSCom pour les vaccinations de routine, par peur d'être contaminés. » Femme, 52 ans, Bko, Kalabambougou

« On avait peur d'aller au centre de santé pendant la COVID parce que c'est honteux d'être atteint du COVID dans notre milieu. » Homme, 40 ans, Tonzougou

Enfin, les bénéficiaires mentionnent les mesures de protection imposées lors de la fréquentation des formations sanitaires. Ces mesures ont été vécues comme salutaires et appréciées, ou respectées par contrainte.

« Nous avons respecté le port du masque donné par les agents de santé, nous avons fait le vaccin. L'accès au centre était conditionné au port du masque et la distanciation, sinon rien n'a changé dans la fréquentation du CSCom. » Homme, 40 ans, Somo

« Je suis allée au CSCom une fois pendant la COVID, ils nous obligeaient à porter des masques, alors que ça m'empêche de respirer. Quand j'ai quitté le CSCom, j'ai jeté le masque. » Femme, 45 ans, Bko Sebenikoro

Section 3 : Les expériences d'accès aux soins des bénéficiaires disposant d'un récépissé RAMED : principaux freins à cette utilisation

Cette section présente les expériences concrètes de fréquentation des structures sanitaires par les bénéficiaires qui ont reçu le récépissé du RAMED, les freins à l'accès aux soins gratuits auxquels ils ont été confrontés et leurs solutions de repli.

1 Le manque de communication sur l'usage du récépissé et les droits associés

2 L'exclusion des ayants droits et la limitation aux seuls bénéficiaires nominaux

3 La fermeture des droits et l'expérience du refus de prise en charge

4 Au final : les cas de prise en charge effective

Les freins à utiliser le récépissé/ Introduction

Les bénéficiaires ayant disposé et donc pu faire une utilisation effective de leurs récépissés au RAMED constituent une petite minorité de notre échantillon, dont aucun à Bamako. Nous avons cherché à connaître la perception de ces récépissés et l'usage réel qui en a été fait par ces rares bénéficiaires.

	BKO	Kita	Barouéli	Total
<i>Officiellement immatriculés</i>	29	20	20	69
Jamais reçu de récépissé	29	8	4	41
→ Reçu un récépissé	0	12	16	28
Pas compris valeur récépissé		4	5	9
<i>Fréquenté les formations sanitaires publiques ?</i>				
Jamais fréquenté		3/12	1/16	4/28
→ Rarement ou fréquemment		9	15	24
<i>Présenté le récépissé ?</i>				
Jamais présenté		2	7	9
→ Parfois ou systématiquement		6	9	15
<i>Récépissé accepté au CSRéf/CSCoM ?</i>				
Jamais accepté		2	4	6
→ Parfois		1	2	3
→ Toujours		3	3	6
Bénéficiaires considérant que le RAMED a favorisé l'accès.		1/12	1/16	2/28

Raisons de non fréquentation des FSP	Kita	Barouéli	Total
Jamais fréquenté les FSP	3/12	1/16	4/28
Peur de payer une partie		1	3
Ne sait pas où utiliser carte	1		1
<i>Pas de maladie grave</i>	2		2

Raisons de non présentation	Kita	Barouéli	Total
Jamais présenté	3/9	6/15	9/24
Pas compris les droits associés, pas pensé	1	2	3
Perdu, oublié	1	1	2
Incrédulité	1	1	2
<i>Pas de recours CSCoM pour moi</i>		2	2

Le RAMED a-t-il changé vos pratiques et recours en cas de maladie dans le ménage?	Kita	Barouéli	Total
Non	11/12	15/16	26/28
Pas compris droits associés	4	3	7
Pas d'ayants droits	2	5	7
Arrêt des droits	5	4	9
Carte très peu/trop peu utilisée	3	3	6

3.1. Le manque d'information sur la valeur du récépissé et les droits associés

9/28 bénéficiaires n'ont pas compris les droits associés au récépissé, par déficit d'informations.

Aucune explication claire ne leur a été délivrée au moment de la remise du récépissé. Disposant auparavant de très peu d'information sur le RAMED, et pour certains, peu convaincus de l'effectivité des gratuités en santé, ils n'ont pas été en mesure de comprendre sa valeur et ses modalités d'usage.

« Je ne savais pas en réalité que cette pièce pouvait m'aider vraiment à avoir les soins de santé. Il n'y a pas d'explication et de communication autour du RAMED. » Homme, 50 ans, Tamani

« On m'a dit que la moitié des soins étaient remboursés par l'Etat, et l'autre moitié à payer par les malades. » Homme, 65 ans, Toumoundoto

« Je pensais que ça ne marchait qu'une seule fois par CSCom. » Homme, 59 ans, Tamani

« En plus, je ne savais pas où je devais me présenter pour être soigné gratuitement, on ne me l'avait pas expliqué. » Homme, 70 ans, Toumoundoto

« Quand on nous a donné le papier, je n'ai pas cru à cette affaire, je n'y ai pas accordé d'importance. » Homme, 34 ans, Tamani

Ils n'ont pas non plus reçu d'informations sur le RAMED de la part des agents de santé, lors de leur fréquentation des structures sanitaires.

« Je n'ai jamais présenté le récépissé, parce qu'on ne savait pas à quoi il servait. La seule raison, c'est notre ignorance car on n'a pas cherché à quoi ça servait. Personne ne nous a demandé un jour dans un centre si on l'avait ou pas. » Homme, 50 ans, Tamani

Enfin, aucune information n'a circulé entre bénéficiaires sur l'effectivité de la prise en charge, leur permettant de s'orienter. Certaines rumeurs, au contraire, ont plutôt favorisé la mise à distance du récépissé en relatant des expériences de mauvais accueil ou prise en charge.

« Et aucun bénéficiaire ne m'a jamais dit qu'avec le récépissé, ils soignent gratuitement au CSCom et au CSRéf. On nous a juste dit qu'on avait droit à des soins gratuits. » Femme, 60 ans, Dar-Salam

« Je n'avais entendu personne dire qu'il l'avait utilisée. » Homme, 50 ans, Somo

« Après avoir reçu ce papier, j'ai entendu par une rumeur que quand tu apportes ce papier au centre de santé, dès que tu présentes ce document, les agents de santé ne te regardent même pas. » Homme, 34 ans, Tamani

3.1. Le manque d'information sur la valeur du récépissé et les droits associés

Le récépissé a ainsi été considéré comme ayant une (très) faible valeur d'usage.

Le récépissé RAMED est fort différent, en matière comme en format et en présentation (une simple lettre A4), des cartes plastifiées habituelles des projets et régimes, incluant Jigisemejiri. Ce format ne facilite ni sa conservation ni son appropriation par les bénéficiaires.

Certains l'ont reçu avec indifférence, et ont oublié son existence, ou n'en ont pas informé leurs proches.

« Pour moi, c'est par méconnaissance de la chose en fait que je ne l'ai pas utilisée. »
Homme, 50 ans, Tamani

« La seule fois où je suis tombée malade, j'étais inconsciente, donc on m'a amenée d'urgence au CScom, sans récépissé, la personne qui m'a accompagnée ne savait pas que j'avais ce récépissé. On nous a dit que c'est au CSRéf qu'il faut aller en cas de maladie, le jour où le chef de village m'a remis le récépissé. » Femme, 35 ans, Dar Salam

Cette indifférence s'est accompagnée de formes de négligence, et plusieurs n'ont pu le retrouver au moment où ils auraient pu l'utiliser, en cas d'épisode de maladie.

« En tant que bénéficiaire, je n'ai jamais utilisé mon récépissé. Quand je l'ai eu, j'ai fait un an sans avoir de maladie dans le ménage, par conséquent personne ne l'a utilisé. Nous l'avons perdu finalement dans la chambre, on ne sait pas où on l'a rangé, et on ne l'a pas retrouvé. »
Femme, 60 ans, Dar Salam

Une minorité ne l'a pas utilisé par crainte de devoir payer une partie des frais ou à l'inverse de bénéficier de soins gratuits mais « au rabais ».

« La carte n'a rien changé pour moi. Je n'ai jamais utilisé la carte car j'ai peu de moyens, donc je ne suis pas allé dans les centres de santé, donc j'ai préféré rester à la maison et utiliser les médicaments traditionnels. » Homme, 65 ans, Toumoundoto

« C'est la raison pour laquelle je ne l'utilise pas au CSCom, pour ne pas me retrouver dans une situation de manquement de respect, je connais mon tempérament. » Homme, 34 ans, Tamani

3.1. Le manque d'information sur la valeur du récépissé et les droits associés

En conséquence :

Deux personnes ont continué à ne pas fréquenter les FSP

Soit elles ont continué les traitements habituels à l'aide la **médecine traditionnelle/ l'automédication**

« Je n'avais pas compris à quoi cela servait. (...) Je ne suis jamais allé dans un centre de santé pendant que j'avais la carte, car dans mon ménage on n'a pas les moyens de se soigner dans les centres de santé, on se soigne avec les médicaments traditionnels, sauf pour les cas graves. » Homme, 70 ans, Tamani

Soit elles ont eu recours aux **cliniques privées habituellement fréquentées**, moins onéreuses, plus accommodantes.

« J'avais des douleurs dans les hanches qui irradiaient dans les jambes. J'ai commencé avec des massages et des comprimés qu'une femme vend dans le quartier, mais ça n'allait toujours pas. Je suis allée dans une clinique à côté de chez moi, ce sont mes enfants qui m'ont dit d'aller là-bas car ils pourraient trouver l'argent. Le tout a coûté 26 500 francs, ce sont mes enfants qui ont payé. » Femme, 60 ans, Dar Salam

Sept personnes fréquentant déjà les FSP, ont continué à les fréquenter sans penser à ou oser présenter le récépissé, et ont continué à payer les soins.

« Je n'ai jamais utilisé le papier qu'on nous a donné. La raison en est que depuis qu'on nous l'a remis, je n'ai entendu aucun écho à travers qui que ce soit. Personne ne m'a dit qu'il a eu des soins au CSCom avec ce papier, c'est pourquoi je doute qu'ils l'acceptent si je l'apporte. » Homme, 50 ans, Somo

→ Certains n'ont découvert les droits associés au récépissé qu'après la fin de sa validité ;

« Au moment où j'ai reçu ce papier, je n'avais pas de malade. Plus tard, un agent de santé étant venu au village, je lui ai montré ce papier, il m'a dit que cela permettait d'aller se faire soigner gratuitement, mais que c'était périmé. » Homme, 52 ans, Tonzougou

→ D'autres ne se sont souvenus de l'existence même du récépissé qu'à l'occasion de l'étude.

« J'avais complètement oublié que j'avais ce papier, c'est vos questions qui m'ont fait me souvenir que je l'avais reçu. A chaque fois que quelqu'un a été malade, heureusement que j'avais un peu d'agent sur moi. » Homme, 40 ans, Somo

3.2. L'exclusion des ayants droits et la limitation aux seuls bénéficiaires nominaux

La grande majorité des personnes immatriculées estiment qu'elles sont seules bénéficiaires du RAMED et n'ont pas d'ayants droits.

De fait, aucun ne relate de tentative de prise en charge d'un membre du ménage dans une formation sanitaire.

« Vu que c'est moi-seul que le réceptionné peut aider à avoir gratuitement les soins, et que je n'en ai jamais bénéficié, tout mon ménage continue à avoir les mêmes recours. » Homme, 59 ans, Tamani

« Je ne sais même pas si j'ai des ayants droits. Aucun membre de mon ménage n'a bénéficié. Ma femme est partie quelques fois pendant sa grossesse, il y a environ trois ans, mais elle a toujours payé. » Homme, 50 ans, Tamani

Alors que certains fréquentent surtout les CSComs et les CSRéfs pour les autres membres du ménage (parent, épouse, enfants).

« En plus, je pars moi-même très rarement au CSCom. » Homme, 34 ans, Toumoundoto

« Ce sont les enfants qui tombent souvent malades, eux ne sont pas immatriculés. » Femme, 35 ans, Dar Salam

« Personne n'est immatriculé dans mon ménage sauf moi, et je ne l'ai utilisé qu'une seule fois. » Homme, 51 ans, Tamani

En l'absence de prise en charge prévue pour les autres membres du ménage, les épisodes de maladie ont été gérés en utilisant les ressources habituelles, dont la mobilisation de l'épargne, la vente de petits ruminants, les emprunts.

« Un de mes enfants a fait un palu convulsif. Nous lui avons donné des comprimés au tout début de la maladie pendant une journée. Mais comme cela n'a pas fait effet, on l'a emmené au CSCom d'ici, car il était dans un état inquiétant. C'est le centre le plus proche de nous, et le médecin connaît bien les maladies, surtout celles des enfants. C'est moi qui l'ai accompagné au centre, c'était un jour ouvrable mais à quatre heures du matin. J'ai vendu un petit ruminant pour emporter 15 000 francs avec moi. Je n'ai pas pris la carte. » Homme, 42 ans, Somo

3.2. L'exclusion des ayants droits et la limitation aux seuls bénéficiaires nominaux

Etudes de cas de dépenses catastrophiques : deux épisodes de santé de personnes potentiellement ayants droits mais exclues par le processus d'immatriculation, toujours avec des références au CSRéf puis un hôpital :

1. Un parcours CSRéf de Kita – hôpital de Bamako (Kita, plus proche de Bamako, 180 km de route goudronnée en +/- bon état).

On retrouve dans ce récit :

- Un recours direct au CSRéf,
- L'accès facile à la FS, mais la nécessité de prévoir une somme importante (60 000 FCFA), prélevée sur les disponibilités de la famille
- Les bonnes qualités d'accueil au CSRéf, notamment vu l'urgence
- Les examens complémentaires et les médicaments de spécialités, facteurs de coûts
- Un référencement à Bamako (beaucoup plus proche que l'hôpital régional de Kayes) et des coûts très élevés,
- Malgré tout, le décès de l'enfant référencé.

« Mon fils était anémié. Je l'ai envoyé au CSRéf car il était gravement malade. Dans les cas graves, le CSCom réfère les malades au CSRéf, et pour éviter les vas-et-viens, on l'a emmené directement au CSRéf. Son grand-frère l'a accompagné, ils sont partis à moto avec mille francs d'essence et 60 000 francs que ses frères ont donné. Les agents les ont bien accueillis, c'était une urgence. Il n'a pas de carte RAMED. Un médecin a fait la consultation, tous les médicaments n'étaient pas disponibles au centre, le reste a été acheté à la pharmacie en face. Il a aussi fait une radio dans un centre privé. Il a passé trois jours au centre. Ses frères ont fourni l'argent, je n'ai pas eu à emprunter. Le quatrième jour, il a été référé au Point G à Bamako. J'ai vendu deux de mes moutons à 100 000 francs, avec lesquels ils sont partis. La car a coûté 8 000 francs. Il a été consulté en urgence car il était très malade. Certains médicaments ont été achetés au centre, d'autres en dehors. Il est resté trois semaines à l'hôpital. Les parents qui sont à Bamako ont donné plus de 200 000 francs pour les soins. La quatrième semaine, il est décédé. » Femme, 62 ans, Dar Salam

3.2. L'exclusion des ayants droits et la limitation aux seuls bénéficiaires nominaux

2. Un parcours incluant le CSCom de Tamani, le CSRéf de Barouéli et l'hôpital de Ségou (bien plus proche que Bamako, env. 50 km de route goudronnée en assez bon état).

On retrouve dans ce récit :

- Un premier recours au CSCom, avec un très bon accueil et une bonne prise en charge,
- Un premier référencement au CSRéf, avec un très bon accueil et une prise en charge de l'urgence, mais la nécessité de faire appel aux proches, dans et en dehors de la famille,
- Un second référencement à l'hôpital de Ségou, avec un coût de transport important
- Une hospitalisation de longue durée avec des examens très coûteux.

« Pendant la période où on n'utilisait pas la pièce, précisément en 2019-2020, ma femme a fait une hémorragie pendant sa grossesse. Le CSCom nous a référencés au CSRéf de Barouéli, et celui-ci nous a référencés à l'hôpital de Ségou. C'était vers 23 heures, dès que ma femme a constaté l'hémorragie, on est partis au CSCom. J'ai pris 10 000 francs et j'ai emprunté la moto d'un voisin. J'ai complètement oublié ma carte RAMED parce que si aucune explication n'est donnée quand on délivre le récépissé, on oublie facilement. Nous avons été très bien accueillis, les agents sont tout de suite venus à nous. Personne n'a demandé si j'avais le récépissé. Le DTC lui-même a fait la consultation. Il a fait une piqûre ou ce genre de chose, et il a dit tout de suite qu'elle devait être référée à Barouéli. J'ai payé avec les 10 000 francs que j'avais, et il restait 3 500 francs à crédit. L'ambulance est venue nous chercher au CSCom. Je suis retourné à la maison chercher 15 000 francs, et avec ma sœur, on a accompagné ma femme à Barouéli. On a dû arriver au CSRéf vers minuit. L'ambulance a été payée par la caisse du village. Ma femme a été opérée rapidement. L'opération et les médicaments, qu'on a tous achetés au centre, ont coûté 75 000 francs. Ma femme a dû rester deux jours au CSRéf, c'est mon neveu qui a payé. Des amis m'ont également donné de l'argent, mais tout ça a été dépensé au CSRéf. Ma sœur appelé son fils qui lui a envoyé de l'argent. L'enfant est mort-né, et ma femme a été référée à l'hôpital de Ségou. L'ambulance a coûté 35 000 francs. A Ségou, il y a eu des analyses complémentaires, une échographie, des analyses de sang. Le montant dépensé à l'hôpital a dépassé 200 000 francs. Mon neveu en a payé une grande partie. Ma femme a pu partir au bout de dix jours. On a continué à soigner la plaie au CSCom d'ici, ça a coûté 15 000 francs. » Homme, 50 ans, Tamani

3.3. La fermeture des droits et l'expérience du refus de prise en charge

15 bénéficiaires ont expérimenté des épisodes de santé en présentant leur récépissé, toujours pour eux-mêmes

6 à Kita, au CSRéf, dont :

- **seulement 3 ont bénéficié pleinement du régime**
- 1 autre a bénéficié de PEC, puis s'est vu opposer la fermeture des droits
- 2 se sont vus opposer un refus à chaque tentative

9 à Barouéli, dans les trois CSComs, dont

- **seulement 3 ont bénéficié pleinement du régime**
- 2 autres ont bénéficié de PEC, puis se sont vus opposer la fermeture des droits
- 4 se sont vus opposer un refus à chaque tentative

❖ **Neuf personnes ont donc pu relater 11 épisodes de santé avec prise en charge effective gratuite – 7 dans les CSComs de Barouéli, 4 au CSRéf de Kita.**

❖ **Parmi ces neuf personnes, une seule a bénéficié de trois prises en charge (CSRéf de Kita), certains de deux, d'autres d'une unique prise en charge avant la fermeture des droits.**

	CSCom	CSRéf
Nombre d'étapes dans les FSP	18	14
Nb étapes sans récépissé	8	3
Nb étapes avec récépissé	10	11
Récépissé refusé	3	7
Récépissé accepté	7	4

« Je suis allé trois fois là-bas avec mon récépissé et j'ai chaque fois été déçu. (...) Chacune de ces trois fois, je suis revenu chez moi sans avoir été soigné. J'attendais la quatrième fois pour aller me plaindre au maire, mais il n'y a pas eu de 4^{ème} fois avant le délai de validité du récépissé. »
Homme, 65 ans, Dar Salam

3.3. La fermeture des droits et l'expérience du refus de prise en charge

La plupart des structures sanitaires ont expliqué de façon transparente l'arrêt des prises en charge. Ce sont en général les prescripteurs (incluant les DTC dans les CSCoM) qui l'annoncent aux patients.

« Je suis allé une fois au C\$Com du village, le DTC m'a dit qu'il y a des arriérés de prestations de la structure qui assure la prise en charge des frais de soins. C'est pour ça que la prise en charge gratuite a été arrêtée. » Homme, 42 ans, Somo

« Je vais souvent au CSCCom. Mais avec le récépissé, j'ai tout le temps été refusé. Le DTC ne m'a pas directement dit qu'il ne va pas me prendre, mais il dit que le centre a des impayés de prestations du RAMED. Il m'a dit que si le centre continue à faire des prestations gratuites, il sera obligé de fermer, car ce sont ces prestations qui permettent d'acheter les médicaments et de payer certains agents. Ce jour-là, le médecin m'a même montré des ordonnances du RAMED remplies. » Homme, 59 ans, Tamani

Néanmoins, au CSRéf de Kita, plusieurs personnes témoignent de formes indirectes de refus, parfois perçues comme des manipulations :

- **Le service social a pu adopter une attitude négligente, et laisser les patients dans l'attente**

« Je fais de l'hypertension. Un jour je suis allé au CSRéf car j'avais mon récépissé, j'ai mis mille francs d'essence dans ma moto, demandé à mon neveu de m'accompagner et je suis parti, sans argent car je comptais sur mon récépissé pour me faire soigner gratuitement. Je suis arrivé le matin, je suis allé directement au service social pour qu'on m'amène chez le médecin. Les agents qui étaient là m'ont fait asseoir pendant plus d'une heure, sans rien me dire, je me suis senti très négligé et ça m'a beaucoup fâché. Le médecin qui m'a consulté ne pouvait pas me prendre en charge, même si je lui montrais le récépissé, car le service social ne m'avait pas donné ce papier qui allait permettre au médecin de me soigner gratuitement. Je peux dire que le médecin n'a pas refusé de me prendre en charge, mais le service social n'a pas fait son travail. Je m'étais senti très négligé, et ça m'avait beaucoup fâché. » Homme, 65 ans, Dar Salam

- Les autres agents de santé ont pu leur opposer un refus d'information et/ou d'orientation.

« J'avais des courbatures, je suis allé au CSRéf de Kita à vélo. J'avais mon papier. Je suis arrivé le matin devant le bureau des entrées, j'ai montré mon papier, delà ils m'ont dirigé vers les agents de santé qui ont dit qu'ils ne savent rien de ce dispositif. J'ai demandé à plusieurs agents, je suis passé dans plusieurs bureaux dans le centre, je n'ai trouvé personne pour me montrer là où on fait la consultation. Je suis reparti sans faire de consultation. » Homme, 64 ans, Toumoundoto

3.3. La fermeture des droits et l'expérience du refus de prise en charge

Face au refus de prise en charge gratuite, deux personnes font jouer leurs connaissances pour exiger la gratuité de la PEC.

- **Un chef de village en milieu rural**

« J'avais moi-même un palu. J'ai pris une tisane de plantes pendant deux jours. Comme ça n'allait pas mieux, je suis parti au CSCom du village parce qu'il est proche, c'est le seul centre de santé du village, et en plus les agents sont compétents et accueillants aussi. J'avais de l'argent sur moi, je ne me souviens pas du montant mais je ne sors jamais de chez moi sans argent en poche. J'y suis allé seul, à pied car c'est proche. J'avais pris mon récépissé du RAMED. Je suis arrivé au centre vers 8h du matin, un jour ouvrable, et dès l'arrivée j'ai sorti mon récépissé. Comme je suis âgé, je ne suis pas la file, rapidement le DTC m'a reçu dans la salle de consultation et il m'a dit que le RAMED est arrêté à cause du non-paiement des arriérés. Je lui ai dit que je ne bougerais pas sans avoir reçu les soins, et que je n'étais pas prêt à payer. Du fait de mon statut de chef de village, et le fait que le président de l'Asaco est mon frère, ils m'ont donné les soins. Le DTC a accepté, et il a fait la consultation. Il a fait un TDR du palu. Tous les médicaments étaient disponibles dans le centre. Je n'ai rien acheté, j'ai tout eu gratuitement. » Homme, 74 ans, Somo

- **Un ami d'un agent au CSRéf de Kita**

« Le guichet m'a envoyé au service social, qui m'a envoyé voir un agent de santé. Ce dernier a refusé, donc j'ai fait appel à une connaissance qui est intervenu et ils ont accepté. Le médecin qui m'a consulté m'a expliqué qu'ils ont arrêté de prendre en charge les bénéficiaires du RAMED, car l'Etat ne rembourse plus leurs agents. C'est grâce à l'agent que je connais qu'il a accepté de me prendre en charge gratuitement, et que je n'ai pas payé les médicaments. Mais sinon, je ne connais personne de mon village qui a eu droit à des soins gratuits, les gens partent avec leur récépissé, mais à chaque fois on refuse de les prendre en charge, car on leur dit que le gouvernement ne rembourse plus. » Homme, 68 ans, Toumoundoto

3.3. La fermeture des droits et l'expérience du refus de prise en charge

Face au refus de prise en charge gratuite, cinq personnes (notamment les usagers les plus fréquents des structures de santé), ont choisi de rester dans la même structure en payant, soit le jour-même avec de l'argent déjà prévu, soit en revenant le lendemain (avec son argent ou de l'argent emprunté).

« Ça n'a rien changé, car je n'ai jamais bénéficié de soins avec le récépissé. Je suis parti deux fois avec le récépissé, la première fois le médecin m'a dit que le centre a arrêté la prise en charge parce qu'il y a des prestations impayées. La première fois, j'ai payé parce que j'avais l'argent sur moi. Donc j'ai payé les médicaments avec mon propre argent, presque tous les 8 000 francs ont été dépensés. Trois mois après, je suis reparti, ça a été la même chose. J'ai encore payé avec mon argent, et c'était il y a trois ans de cela. Je suis allé très fréquemment au CSCoM, mais j'ai toujours payé, je n'ai jamais bénéficié de soins gratuits. Je n'ai pris le récépissé que deux fois, après j'ai complètement arrêté de l'apporter. En plus, je n'ai jamais entendu personne dire dans le village qu'il a bénéficié du RAMED. » Homme, 59 ans, Tamani

« Le jour où j'ai été refusé, j'ai été consulté, et je suis retourné .prendre un peu d'argent que j'avais mis de côté Je suis revenu le lendemain avec 7 500 francs pour payer les médicaments et les actes. Par la suite, j'ai continué à aller au CSCoM du village. » Homme, 42 ans, Somo

« Quand j'ai senti que le service social ne voulait pas s'occuper de moi, alors qu'on nous a dit que c'est eux qui vont nous donner un document qu'on va présenter aux agents de santé pour qu'ils nous soignent, j'ai emprunté 20 000 francs à un ami pour me soigner, et je l'ai remboursé après. La seconde fois, ça a été pareil, j'ai payé 25 000 francs que j'ai dû emprunter. » Homme, 65 ans, Dar Salam

3.3. La fermeture des droits et l'expérience du refus de prise en charge

Les autres enfin, dès le premier refus, ou éventuellement après une ou deux tentatives payantes, ont renoncé à l'usage du récépissé, et expriment un sentiment de frustration, et d'animosité envers le RAMED.

- **La majorité s'est repliée sur la médecine traditionnelle, recours usuel avant l'immatriculation.**

« Ce récépissé ne m'a servi à rien. Je suis allé deux fois au CSRéf, et ils m'ont dit que les droits ne sont plus ouverts car l'Etat ne leur a pas remboursé les premiers cas, donc je suis rentré à la maison sans me soigner. » Homme, 58 ans, Dar Salam

« La troisième fois, je n'ai pas voulu être soigné au CSRéf, c'était la troisième fois qu'ils me négligeaient au service social. Très fâché, je suis rentré à la maison pour me soigner avec les médicaments traditionnels, je m'étais déjà endetté de 20 000 et 25 000 francs. A partir de ce moment-là, je n'ai plus utilisé le récépissé pour me soigner, et deux ans après, j'ai appris que nos récépissés n'étaient plus valables. » Homme, 65 ans, Dar Salam, refusé trois fois au CSRéf

« Je n'ai pas compris, j'étais venu sans argent mais avec le récépissé, puisqu'on m'avait dit que je serais traité gratuitement. Le guichet m'a envoyé au service social, et là-bas on m'a dit de revenir le lendemain. J'étais venu de mon village, je souffrais et on me dit de revenir le lendemain ! Je me suis soigné avec les médicaments traditionnels pour deux mille francs. Depuis ce jour-là, je ne suis plus retourné au CSRéf, et j'ai même perdu mon récépissé. » Homme, 58 ans, Toumoundoto

« Dans notre ménage, on ne pense pas à aller au CSRéf parce que c'est loin de nous, il faut chercher les moyens de déplacements. Quand le CSCOM nous envoie là-bas, on est obligés d'y aller. C'est quand j'avais le récépissé que j'y allais, parce que les soins étaient gratuits, à ce moment-là, c'était mon premier recours quand j'étais malade. » Femme, 45 ans, Dar Salam

- **Une minorité a eu recours au privé, moins onéreux.**

« Vu que le CSRéf refuse la prise en charge, je suis allé dans une clinique privée avec un neveu, qui a payé pour moi. » Homme, 68 ans, Toumoundoto

3.4. Au final : les cas de PEC effective/ L'expérience d'une prise en charge gratuite.

« J'avais moi-même un palu. J'ai eu recours aux médicaments traditionnels, c'est habituel chez moi avant de partir au CSCoM. Mais là, je suis allée directement au CSRéf car on m'a dit que c'est dans ce centre que les bénéficiaires du RAMED sont pris en charge gratuitement. J'y suis allée seule, à pied, sans argent car on m'avait dit que si je présentais le récépissé, je ne paierais pas d'argent pour les traitements. Je suis arrivée au centre un jour de semaine vers 7 heures, ils n'avaient pas commencé le travail. Quand l'agent du guichet est arrivé, je lui ai montré mon récépissé et il m'a dit d'aller voir un médecin. J'ai fait le rang, c'est un médecin qui a fait la consultation. Il m'a envoyé faire une analyse, c'était gratuit. Il m'a fait une ordonnance, je suis allée à la pharmacie et je n'ai rien eu à payer. Il ne m'a pas fait attendre avant de me prendre en charge, je ne me suis pas sentie négligée. » Femme, 45 ans, Dar Salam

L'accueil a été positivement vécu dans la grande majorité des cas (disponibilité, pas d'attente excessive, bonne orientation). Un seul a dû attendre que les patients « payant » soient passés.

La prise en charge a été jugée totale et qualitativement équivalente aux soins payants: toutes ces PEC ont été intégrales, personne ne déclare avoir dû payer une partie des soins lors de ces cas de prise en charge, et aucun bénéficiaire n'a eu à acheter de médicaments dans ou en dehors des centres. Certainement du fait de la prescription de génériques, une personne (certainement non très pauvre) a eu le sentiment de médicaments « au rabais » et inefficaces.

Par ailleurs, deux personnes ont bénéficié de la prise en charge gratuite d'actes radiologiques ou biologiques (les autres, pas d'occasion).

« J'avais un palu. J'ai bu une infusion de sept plantes pendant trois jours, et je me suis lavé avec, mais ça n'allait pas. Je suis allé au CSCoM de Garna, que j'ai choisi car le RAMED ne fonctionne que dans les centres de santé publics et communautaires. J'y suis allé seul à vélo. C'était un jour de semaine vers 9 heures, j'avais mille francs sur moi. Je suis parti avec mon récépissé. C'est le DTC lui-même qui m'a accueilli. Il ne m'a pas donné d'explication sur le RAMED, et directement il m'a pris en consultation dans son bureau. Le centre était presque vide. Après son analyse, il a fait un TDR du palu qui a été positif. Il m'a donc remis une ordonnance et m'a dit de passer à la pharmacie, où on m'a donné tous les médicaments dans un sachet, sans même me dire le prix. Je suis revenu le lendemain pour la seconde injection. Je n'ai rien payé. » Homme, 45 ans, Tamani

3.4. Au final : les cas de PEC effective/ Un changement de pratiques durant la période des droits

Deux personnes ayant bénéficié à plusieurs reprises de prise en charge gratuites estiment que cela leur a réellement ouvert l'accès aux formations sanitaires publiques, auparavant inaccessibles.

**Pour une femme habitant à Kita-ville :
accès au CSRéf**

« Avant, quand j'étais malade, j'avais d'abord recours aux médicaments traditionnels, parce que je suis habitué à ça, et ensuite, si la maladie persistait, j'allais au CSCom car c'est à côté de chez moi. Quand j'ai eu le récépissé, dès que je me sentais malade j'allais au CSRéf, car on m'avait dit qu'ils acceptaient les bénéficiaires du RAMED pour n'importe quelle maladie. Et quand je m'y rendais avec mon récépissé, ils me traitaient gratuitement. Pour tous les autres membres du ménage, aucun n'était ayant droit. Je les amenais au CSCom à côté de nous pour des cas non graves, et pour les cas graves, c'est le CSCom qui les référait au CSRéf. Mais le RAMED ne marchait que pour moi, je n'avais pas d'ayant droit, donc ça n'a rien changé pour les autres membres du ménage. » Femme, 45 ans, Dar Salam (trois prises en charge)

**Pour un homme habitant un village plus excentré :
accès à plusieurs CSComs de qualité**

« D'habitude, je ne partais pas dans le CSCom de Somo. Mais j'ai entendu dire que le DTC de Somo est très bien, et qu'il faisait la prise en charge des bénéficiaires du RAMED. C'est pourquoi c'est là-bas que j'y ai bénéficié pour la première fois. Je suis aussi allé au CSCom de Tamani, et là non plus, sans le RAMED, je n'aurais pas eu les moyens de payer les soins. D'habitude j'allais dans la clinique, mais j'avais entendu dire que c'était gratuit pour les gens du RAMED, et je pensais que ma maladie dépassait les compétences de la clinique, en plus j'aurais même eu un problème pour payer à crédit. Mais cela n'a rien changé pour les autres membres du ménage, car je suis le seul à en bénéficier. » Homme, 40 ans, Tonzougou (deux prises en charge)

Conclusions

4.1 Présentation de la logique générale des conclusions

Rappel : L'objectif de cette opération d'arrimage des bénéficiaires de jigisemejiri au RAMED était de lever les freins à leur accès aux soins dans les formations sanitaires publiques.



Deux principaux enseignements de l'étude :

- 1. Les modalités de mise en œuvre du RAMED dans le cadre de cette opération d'arrimage constituent une contrainte structurelle majeure à l'accès aux soins gratuits des bénéficiaires.**
- 2. Les pratiques de soins des bénéficiaires de Jigisemejiri et leurs perceptions constituent des facteurs favorables pour une mobilisation effective des récépissés RAMED permettant de lever la barrière financière.**

1. Premier résultat : Les modalités de mise en œuvre du RAMED dans le cadre de cette opération d'arrimage constituent une contrainte structurelle majeure

1.1 Les débats autour des conditions de réalisation de cet arrimage aboutissent à un consensus mou en faveur d'une procédure classique d'immatriculation.

Convaincus que la procédure d'immatriculation au RAMED est lourde et que la procédure de ciblage effectuée par JSJ rend inutile les enquêtes sociales, JSJ et ses partenaires ont milité pour que soit adoptée une immatriculation automatique des bénéficiaires de JSJ au RAMED. Lors des débats que cette proposition a suscité au niveau national, cette demande a été jugée irrecevable, au nom du respect des textes régissant le RAMED et de la non superposition des populations cibles de JSJ et du RAMED.

Il a donc été décidé de mener une procédure d'immatriculation classique, avec quelques simplifications sur les documents à fournir pour la constitution des dossiers. Outre les acteurs habituels (SLDSES notamment, mais également mairie), l'implication de deux nouveaux acteurs à une échelle très locale (les agents de suivi et de liaison et les comités locaux mis en place par JSJ) a été rapidement proposée pour faciliter les démarches et certaines étapes.

1.2 Une réinterprétation très localisée de la procédure.

La mise en œuvre fait ressortir des situations diversifiées.

- La procédure a fait l'objet de réinterprétations en fonction du degré de compréhension et d'implication des acteurs locaux.
- Ces réinterprétations varient souvent d'une commune à l'autre, ce qui confirme la forte responsabilisation des comités, pourtant seuls acteurs bénévoles et non professionnels du dispositif.
- Lorsqu'il est question de procédure, elle n'est nulle part appliquée telle que prévu dans les textes : le vécu des bénéficiaires ne confirme pas les démarches décrites par les acteurs locaux en charge de la mise en œuvre.

1. Premier résultat : Les modalités de mise en œuvre du RAMED dans le cadre de cette opération d'arrimage constituent une contrainte structurelle majeure

1.3 La procédure a été au final partout exclusive.

Dans les trois sites, le même bilan peut-être établi avec quelques nuances :

- La population-cible est très peu informée, que ce soit sur la politique publique RAMED ou sur la procédure d'immatriculation.
- La population-cible est très faiblement impliquée dans la procédure, et peu à même de compenser le manque d'implication des autres acteurs, lors de la constitution des dossiers notamment.

La procédure suivie est de fait très exclusive :

- les bénéficiaires de JSJ ne sont pas tous immatriculés et quand ils le sont officiellement, ils ne disposent pas tous de récépissés leur permettant de faire valoir leurs droits.
- Les bénéficiaires sont généralement immatriculés sans aucun ayants droits.

1. Premier résultat : Les modalités de mise en œuvre du RAMED dans le cadre de cette opération d'arrimage constituent une contrainte structurelle majeure

1.4 Cette politique publique est faiblement mise en œuvre dans les formations sanitaires publiques.

L'ouverture des droits aux bénéficiaires du RAMED, très aléatoire, dans le temps, dans l'espace et en fonction de l'échelon de la pyramide sanitaire, constitue un second frein structurel important à l'accès aux soins gratuits.

- L'ouverture des droits des bénéficiaires du RAMED reste encore très limitée et génère beaucoup d'exclusions dans l'accès aux soins gratuits, et une réelle désillusion des bénéficiaires quant à la possibilité de faire valoir leurs droits.
- Cette faible ouverture des droits au RAMED dans les formations sanitaires, bien que connue et déplorée, n'a pas donné lieu à des démarches pour tenter de faire évoluer la situation.

Ainsi, les immatriculés au RAMED ayant reçu un récépissé sont confrontés à de nombreux obstacles pour faire valoir leurs droits au RAMED.

Les freins à l'usage du récépissé ont sensiblement limité l'accès réel des bénéficiaires aux droits du RAMED : au sein de notre échantillon de 69 personnes officiellement immatriculées, seulement 9 personnes ont réellement pu faire valoir leurs droits.

- L'absence de communication sur le RAMED et les droits associés au récépissé n'a pas permis à une partie des bénéficiaires de comprendre quels en étaient la valeur et les modalités d'usage, et ils ne les ont jamais utilisés.
- L'exclusion des ayants droits a fortement réduit la portée du RAMED pour les ménages. Certains épisodes catastrophiques de santé ont concerné des personnes qui auraient normalement dû être ayants droits du bénéficiaire nominal du RAMED, ce qui est un résultat saillant de l'échec du processus d'immatriculation par rapport aux objectifs de l'arrimage.
- La fermeture des droits avant même l'expiration de la validité des récépissés a été vécue comme une perte et a suscité un sentiment de frustration. Elle a induit parmi les plus pauvres un arrêt de la fréquentation de ces mêmes structures, avec un repli sur les pratiques préexistantes : automédication pour les indigents, choix de recours au cas par cas selon la gravité et les moyens disponibles pour les vulnérables.

1. Premier résultat : Les modalités de mise en œuvre du RAMED dans le cadre de cette opération d'arrimage constituent une contrainte structurelle majeure

1.5 Ce bilan renvoie largement aux problèmes classiques de mise en œuvre du RAMED.

- Les conditions d'information de la population-cible sont généralement mal assurées.
- L'immatriculation de la population-cible génère de lourds problèmes d'exclusion également.
- Les populations indigente parviennent très difficilement à faire valoir leurs droits dans les formations sanitaires, surtout lorsque les structures de proximité que sont les CSComs, refusent d'appliquer la politique RAMED.

1.6 Cette opération d'arrimage a rendu le dispositif encore plus exclusif.

Cette opération d'arrimage a été envisagée au niveau national sans questionner les conditions défavorables de mise en œuvre de cette politique publique. Et la simplification recherchée de la procédure a été plutôt interprétée localement comme une opportunité d'en faire l'économie et de se défaire sur les comités, pourtant peu qualifiés et bénévoles, pour assurer une fonction d'information et d'accompagnement des bénéficiaires.

2. Second résultat : Les pratiques de soins des bénéficiaires de Jigisemejiri et leurs perceptions constituent des facteurs favorables pour une mobilisation effective des récépissés permettant de lever la barrière financière

2.1. La santé est un poste de préoccupation majeure des bénéficiaires de JSJ officiellement immatriculés au RAMED, avec des besoins importants et mal couverts.

Le besoin en santé porte sur l'ensemble des membres du ménage. Bien des ménages comptent des personnes souffrant de maladies lourdes et presque tous sont concernés par les soins de santé maternelle et infantile.

Les dépenses importantes de santé auxquels le ménage peut difficilement faire face sont peu prises en charge par l'UP, et nécessitent un appui extérieur : « jigis », parents, migrants. Une majorité des bénéficiaires a utilisé une partie des transferts monétaires dans la santé, et notamment dans les soins de santé des membres de leur ménage. Malgré cela, nombreux sont ceux qui ont dû fréquemment mobiliser une stratégie d'adaptation négative, surtout en milieu urbain/parmi les plus pauvres.

2.2. Face à ces besoins, les formations sanitaires publiques, seules conventionnées avec l'ANAM, constituent des recours de santé valorisés et mobilisés.

- **Les bénéficiaires de JSJ ont une très bonne connaissance de l'offre de santé publique**, incluant les échelons de la pyramide sanitaire, Les perceptions des formations sanitaires publiques favorisent leur fréquentation, qui est largement installée dans les pratiques. Aussi bien les CSComs que les CSRéfs bénéficient d'une image positive auprès des bénéficiaires, au plan de l'accueil, de la prise en charge et de la qualité des soins.
 - Les CSComs sont des structures de proximité, géographiquement et socialement.
 - Le CSRéf reste pour la grande majorité, surtout des ruraux, l'échelon de référencement, peu accessible géographiquement, associé à l'urgence et/ou aux cas graves et à des dépenses importantes.
 - Néanmoins, les plus démunis dénoncent parfois une moindre qualité vis-à-vis des pauvres, négligés et parfois laissés pour compte.
- **Les différents recours de santé sont engagés de façon rationnelle.** Les usagers sont à même d'évaluer un rapport coût/efficacité des différentes prestations de soin, ce qui oriente les itinéraires thérapeutiques et détermine les principaux recours des ménages selon leurs ressources – avec lorsque cela est possible une fidélité à une structure « de confiance ». La médecine traditionnelle (recours le plus accessible) et les CSComs (structures de proximité plus qualitatives) sont de loin les recours les plus mobilisés.

2. Second résultat : Les pratiques de soins des bénéficiaires de jigisemejiri et leurs perceptions constituent des facteurs favorables pour une mobilisation effective des récépissés permettant de lever la barrière financière

2.3. Le coût de la santé est le principal frein à la fréquentation des FSP, même pour des ménages parmi les moins pauvres de l'échantillon et, y compris au plus bas échelon de la pyramide sanitaire.

- **Les conditions très peu flexibles de paiement sont tout autant rédhibitoires que les montants demandés pour une prise en charge.**
La qualité des soins attribuée aux CSComs, surtout ceux médicalisés et/ou avec plateau technique, et aux CSRéfs, s'accompagne d'un coût souvent élevé, accentué par l'absence de flexibilité du paiement dans ces structures, qui exigent le plus souvent le règlement de la totalité du montant au moment de la prestation.
- **Le coût des soins dans les formations sanitaires publiques rend ces dernières quasiment inaccessibles aux vrais indigents.**
 - Seuls ceux qui peuvent mobiliser une connaissance (agent de santé au sein d'un centre public, d'une clinique, ou indépendant) peuvent accéder aux soins sans ou à moindre coût – mais dans une certaine limite.
 - La médecine traditionnelle et l'automédication sont souvent les seuls recours accessibles, ce qui, particulièrement pour soigner les femmes et les enfants, est vécu comme une contrainte due à la pauvreté.
- **Le manque de flexibilité des FSP amène parfois les ménages vulnérables à des recours jugés moins qualitatifs.**
 - Les cliniques privées et les agents indépendants, pourtant jugés moins efficaces, constituent souvent un recours important car très accommodants sur les conditions de paiement.

Second résultat : les pratiques de soins des bénéficiaires de JSJ et leurs perceptions constituent des facteurs favorables pour une mobilisation effective des récépissés permettant de lever la barrière financière.

2.4. Ainsi, cette politique a le potentiel de faire évoluer les recours de santé des bénéficiaires dans le sens d'une fréquentation plus systématique et précoce des formations sanitaires publiques.

- **Les expériences de prises en charge gratuites, bien que peu nombreuses au sein de notre échantillon, constituent un levier réel à l'accès aux soins.**
 - L'expérience de gratuité totale des soins permet réellement d'envisager le recours aux FSP avec pas ou peu d'argent, sans réticence.
 - Ces usagers expriment leur satisfaction sur la qualité des soins reçus, sans ressenti d'un service moins cher mais au rabais.
- **Les droits offerts par le RAMED induisent des changements positifs de pratiques de santé.**

Au final :

- **La politique RAMED répond largement aux besoins des populations et à leurs pratiques.**
- **La portée de cette politique est conditionnée à plusieurs éléments de la mise en œuvre :**
 - Que les bénéficiaires soient informés de leurs droits : gratuité totale des soins (en précisant les contours : DCI par exemple) dans l'ensemble des FSP,
 - Que les ayants droits prévus par le RAMED soient effectivement enregistrés et mentionnés dans les récépissés,
 - Que ces droits soient effectivement ouverts dans les FSP,
 - Et que les FSP fournissent la même qualité de prestation, incluant l'accueil, que celle dispensée aux patients « payants ».