



Université
de Montréal

miseli
l'anthropologie dans le développement



Les perceptions de la « gratuité des soins » au Mali

L. Touré et F. Escot

Au Mali, le principe de paiement des soins est considéré comme la meilleure garantie de la qualité des prestations mais également comme source d'inégalités dans l'accès aux soins. La gratuité ciblée sur des catégories particulièrement vulnérables peut représenter une solution à cette situation. Néanmoins, les conditions d'émergence et de mise en œuvre des politiques d'exemption de paiement des soins inquiètent les usagers comme les professionnels de santé et confortent le scepticisme de départ quant aux capacités de l'État à pérenniser de telles politiques.

1. L'introduction

Cette note présente les résultats d'une enquête quantitative par questionnaire, menée de mars à mai 2010 auprès de 592 personnes dans le district de Bamako et les cercles de Sikasso et de Kita : 200 usagers, 79 élus des collectivités décentralisées ou responsables communautaires, 277 agents de santé (CSCOM, CSREF, hôpital), 36 responsables sanitaires locaux (directeurs, chefs de division, points focaux gratuité, personnel des DRS, DRDES, CSREF et hôpitaux). La cohérence des réponses au sein de chaque groupe montre la validité interne de l'enquête. Pour autant, la structure de l'échantillon ne permet pas d'extrapoler ces résultats à l'ensemble de la population.

2. La grande majorité des personnes interrogées (87%) considèrent qu'il est normal de payer pour être soigné mais que cela introduit des inégalités dans l'accès aux soins, inacceptables.

Le principe du paiement est fortement ancré dans l'opinion. Il est justifié dans plusieurs registres : juste rétribution du savoir du praticien, protection pour le tradithérapeute (mise à distance de la maladie), gage d'implication du patient lui-même dans le processus de guérison et de son respect de la prescription. Le paiement est perçu également comme la meilleure garantie de la qualité des prestations. Les pratiques en attestent : recours des plus riches au secteur privé, rétributions officieuses dont le personnel de santé est le bénéficiaire direct.

Pour les usagers, la notion de gratuité des soins est associée à une déperdition, aussi bien en termes de relation que d'efficacité. Le patient n'est plus à même de requérir l'attention du praticien, voire d'exiger la qualité d'un soin « au rabais ».

La gratuité des prestations qui prévalait officiellement avant l'Initiative de Bamako a une très faible résonance dans les mémoires des usagers et des agents de santé qui acceptent le recouvrement des coûts de façon pragmatique. Il est présenté et perçu comme la seule garantie :

- de la viabilité financière et de l'efficacité du dispositif sanitaire, y compris la disponibilité des médicaments, face aux insuffisances de l'État,
- de qualité de la prestation et du soin, face aux professionnels de santé.



* « Dans les centres de santé, le fait de donner un cadeau ou un paiement parallèle à un agent donne droit à une meilleure prise en charge. » (p<0,01)

** « Il est plus facile pour une personne aisée que pour une personne pauvre d'obtenir des arrangements de la part du personnel de santé. » (p<0,01)

*** « Les pauvres ne sont pas soignés dans les centres de santé s'ils ne peuvent pas payer » (p<0,01)

**** « Les usagers peuvent difficilement exiger la qualité des soins lorsqu'ils ne les paient pas. » (p<0,01)

***** « Un service officiellement gratuit ne peut valoir en qualité ce que vaut un service payant. » (p<0,01)

Mais le paiement est en même temps perçu comme posant un problème d'accès financier aux soins, et comme excluant les plus démunis. Les interviewés reconnaissent à 97% que c'est un système injuste, qu'il faut aménager ou réformer. Les solutions envisagées diffèrent entre les professionnels, dont un tiers est favorable à des dispositifs de protection ou de prévoyance sociale, extérieurs à la sphère sanitaire, et les usagers qui semblent encore très mal connaître et maîtriser ces systèmes et qui optent pour un aménagement du système actuel en faveur des plus vulnérables. La gratuité des soins est spontanément peu citée comme solution au problème d'accessibilité aux soins.

En revanche, une majorité d'enquêtés approuve la proposition selon laquelle « il est juste que certaines catégories de personnes ou de malades bénéficient d'une prise en charge gratuite » et désigne prioritairement les plus pauvres, les personnes (âgées et les enfants comme bénéficiaires.

3. Les droits ouverts par les mesures d'exemption ne sont toujours pas bien maîtrisés, y compris par les professionnels de santé

Les décisions des mesures sectorielles d'exemption de paiement des soins ont acquis un fort taux de notoriété. Néanmoins, un usager sur cinq ne sait pas qu'elles concernent aussi le paludisme et le sida. De plus, la majorité des personnes informée de l'existence des mesures d'exemptions, qu'elles doivent les appliquer, les encadrer ou en profiter, méconnaissent encore largement leurs contours sur de nombreux points.



La gratuité du traitement le VIH/sida est bien connue ; mais 40 % des agents et des responsables pensent que les consultations sont payantes ; et la prise en charge des infections opportunistes constitue un point particulièrement flou.

Concernant la césarienne, le niveau de connaissance est souvent très bas sauf pour la gratuité de l'acte chirurgical pour le patient :

- Une majorité pense à tort que le transport est gratuit
- Le fait que toutes les complications d'un accouchement ne sont pas gratuites pour le patient est largement connu, mais seulement 15% des usagers savent que les complications de la prise en charge des césariennes sont traitées gratuitement
- Seulement 23% savent que les examens et analyses complémentaires sont gratuits et 36% que l'hospitalisation l'est également.
- Les contours des exemptions relatives au paludisme sont particulièrement méconnus des usagers, voire des élus et des responsables.
- Seuls les agents de santé savent que les consultations sont payantes
- Seuls 49% des usagers et à peine plus d'élus savent que la gratuité du traitement s'étend également aux cas de paludisme grave ; et seulement les $\frac{3}{4}$ des professionnels de santé en sont informés.

4. L'opinion est mitigée, voire inquiète, sur les politiques d'exemption aujourd'hui en œuvre

On note un clivage net entre les professionnels et les usagers. Les premiers affirment à 90% l'effectivité de ces trois politiques ; les second confirment l'effectivité de la gratuité de la césarienne mais pour moitié déclarent ne pas savoir ou contestent cette effectivité concernant la prise en charge du sida ou du paludisme.

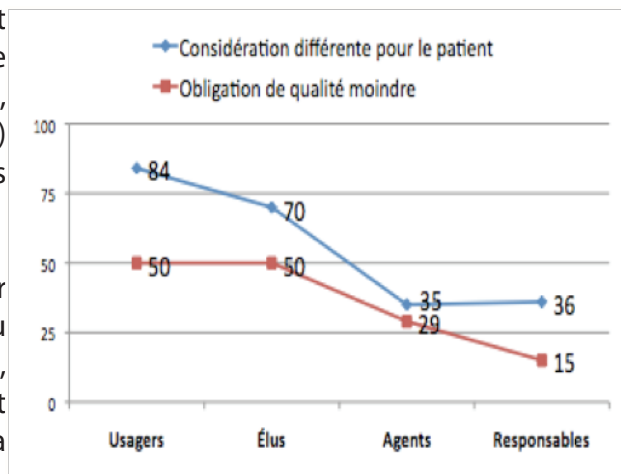
Les raisons invoquées d'une faible effectivité sont, d'une part, la définition imparfaite des contours des politiques d'exemption qui rend toute application confuse et dépendante des prescripteurs locaux, d'autre part les ruptures fréquentes de médicaments ou de consommables.

Plus de 80% des interviewés reconnaissent que ces politiques favorisent l'accessibilité des soins et notamment aux pauvres, renforcent la fréquentation des structures de santé, et permettent une meilleure gestion de la maladie, particulièrement par un recours aux structures de santé dès les premiers symptômes de maladie.

Mais 72% des personnes interrogées pensent que ces mesures ont entraîné une baisse globale de la qualité de la prise en charge, voire une dégradation de la relation entre médecins et patients. Par ailleurs, 75% des usagers et 51% des agents (directement concernés par la relation praticien-patient), pensent que les pratiques de paiement informel n'ont pas diminué à la suite de la gratuité.

Néanmoins, les incidences de l'exemption sur les pratiques sont perçues de façon assez polarisée. Les 'usagers/élus' déplorent majoritairement une détérioration de la prestation, ce que réfutent largement les professionnels de la santé, notamment les responsables sanitaires ($p < 0,01$) qui déplorent plutôt une détérioration de leurs conditions de travail.

Les usagers sont favorables à des mesures qui leur ouvrent des droits, mais inquiets quant à l'avenir du système de santé. Le personnel de santé semble, au fond, défavorable à ces mesures qui entraînent pour lui, un emploi du temps plus chargé et la perte de certaines motivations financières.



Dans ce contexte, la perspective d'une gratuité totale des soins pour toute la population est unanimement associée à une baisse de la qualité des soins, à une fragilisation du système de santé, voire sa faillite, l'État étant jugé inapte à la maintenir.

4. La conclusion

L'appropriation par l'opinion des mesures d'exemption rencontre des freins structurels, qui relèvent moins d'éventuels « blocages culturels » des populations (ancrage fort de la nécessité perçue du paiement et persistance des pratiques informelles) que des conditions mêmes d'émergence et de mise en œuvre des politiques publiques par les institutions nationales et internationales :

- La rupture avec le système construit sur l'Initiative de Bamako a constitué un mouvement « à rebours » relativement brusque, non seulement au plan de l'évolution des normes et des pratiques médicales, mais aussi de discours idéologiques sur le rôle de l'Etat et du citoyen.
- Ces mesures ont été imparfaitement définies, imparfaitement communiquées, dans leur esprit comme dans leurs contours ; et enfin, imparfaitement mises en œuvre, ainsi porteuses de frustrations et de tensions.
- Ces mesures insécurisent les professionnels de santé et déstabilisent les usagers, qui ne peuvent avoir une vision claire des enjeux et des conditions de mise en œuvre des exemptions, dans un contexte où les relations État - corps médical – usagers sont empreintes de méfiance et de suspicion.

Remerciements :

Cette note est tirée du programme de recherche « L'abolition du paiement des services de santé en Afrique de l'Ouest » qui porte sur les politiques nationales relatives à l'exemption de paiement des soins. Le programme est co-dirigé par J.P. Olivier de Sardan (LASDEL, Niger) et V. Ridde (CRCHUM/Université de Montréal-Canada et IRSS-CNRST, Burkina Faso), et co-financé par l'AFD (France) et le CRDI (Canada), il se déroule sur trois ans au Burkina Faso, au Mali et au Niger.

Autres notes d'informations du programme disponibles à : <http://www.lasdel.net/gratuit%E9.htm> ou <http://www.vesa-tc.umontreal.ca/ressrc.htm>

- Olivier de Sardan, J.-P., Ridde, V., Diarra, A., & Ousseni, A. (2010). Pour une réflexion sur la gratuité des soins au Niger. Note d'information n° 1. Mars 2010 (pp. 5.).
- Ridde V., Kouanda S. & Yaogo M. La politique de subvention des soins de santé maternelle au Burkina Faso. Note d'information n° 2. Novembre 2010 (pp. 4.).
- Escot F. Positionnement de la presse vis-à-vis des politiques d'exemption de paiement des soins au Mali et au Niger. Note d'information n° 3. Février 2011 (pp. 4.).
- Ridde V., Kouanda S., Bado, A. Bado N. et Haddad S. Les plus pauvres bénéficient aussi de la réduction des coûts des accouchements au Burkina Faso. Note d'information n°4. Mai 2011 (pp. 4.).

