



Que sait-on en 2011 des nouvelles politiques de gratuité des soins au Mali ?

V. Ridde, Université de Montréal (Canada)

Cette note¹ fait le point de l'état actuel des connaissances sur la gratuité des soins au Mali. La gratuité des soins permet de prendre en compte des besoins jusque là non couverts, elle est appréciée par les populations mais inquiète les ASACO, les conseils de cercle et les agents de santé. La gratuité ne peut réussir que si des mesures d'accompagnement sont planifiées, organisées, et évaluées ; et si elle est, à terme, enchâssée dans un système de protection sociale.

Introduction

Face aux différentes formes d'exemption du paiement des soins qui ont été introduites ces dernières années au Mali, décideurs et chercheurs se sont récemment associés pour produire des connaissances concernant leurs effets, leurs mises en œuvre et leurs coûts. C'est dans ce cadre que s'est tenue les 31 mars et 1er avril 2011 une conférence nationale sur l'exemption du paiement des soins au Mali afin de partager différents résultats d'études, en la présence de plus d'une centaine de participants.

Contexte

Des mesures d'exemption du paiement pour certaines pathologies ont toujours existé au Mali, notamment pour la tuberculose, la lèpre ou la vaccination. Cependant, depuis quelques années, ces politiques se sont étendues pour couvrir ; en 2004 les ARV, en 2005 les césariennes et en 2007 les nouveaux traitements contre le paludisme (ACT). Des projets pilotes d'ONG sont aussi présents dans quelques cercles, notamment pour la gratuité des soins des enfants de moins de cinq ans (MSF-OCB, Project Muso, Millenium Village). Face à ce déploiement peu coordonné de nouvelles interventions, plusieurs institutions de recherche sont venues répondre à des besoins exprimés par le ministère de la santé pour disposer de données probantes utiles à la prise de décision. Une conférence nationale a été organisée pour partager avec les principales parties prenantes de ces politiques les résultats de recherche actuellement disponibles (Voir encadré).

Cette note n'a pas la prétention de résumer, ni l'ensemble des résultats des études, ni la totalité des riches débats qui ont eu lieu pendant les deux jours de la conférence. Il s'agit simplement de rendre compte des faits les plus marquants, les études sont accessibles en détail ailleurs : www.sante.gov.ml, www.dnsmali.net, www.vesa-tc.umontreal.ca; www.healthsystems2020.org

Projets de recherche et institutions

- Observatoires de la gratuité des soins (DNS, Université de Montréal, MSF-OCB)
- Évaluation de la gratuité de la césarienne (DNS/DSR, Abt Associates, Health Systems 20/20, ATN Plus,)
- Évaluation de la gratuité des enfants de moins de cinq ans (CPS, Abt Associates, ATN Plus, Health Ssystems 20/20)
- Évaluation de la césarienne dans la région de Kayes (DRS, Université de Montréal)
- Étude des politiques publiques de gratuité (MISELI, LASDEL, Université de Montréal)

Les études sur les effets

Aucune étude n'a encore été effectuée à l'échelle nationale pour analyser les effets sur l'utilisation des services de santé dont le paiement des soins a été supprimé au point de service. Concernant les césariennes, l'étude effectuée dans la région de Kayes montre que la gratuité a surtout bénéficié aux femmes vivant dans les villes où se trouvent un CSRef (Fournier P. et al). L'étude rappelle aussi le rôle crucial du système de référence-évacuation dans le succès de cette politique. Dans la commune V, l'étude de l'équipe des Observatoires indique que le nombre de césariennes effectuées est en constante augmentation et que le taux de césarienne est constant depuis 2000. Mais la tendance n'a pas changé avec l'arrivée de la gratuité, de même que l'âge des parturientes ou leur provenance ; près de 45% vivent en dehors de la commune V. Une étude de la DNS/DSR effectuée dans toutes les régions et le district de Bamako indique qu'en 2010, 24 % des femmes ayant accouché par césarienne dans les établissements publics de santé

¹ Cette note a bénéficié des commentaires de M. El Khoury, T.Gandaho, B.Keita, Y.Derriennic, L.Nichols, M.Traoré, A.Kelley, M. Diabaté, Y. Dembélé



appartiennent au tercile de bas niveau socioéconomique, tandis que cela est le cas pour 49 % des femmes qui appartiennent au tercile de niveau socioéconomique élevé. Ce qui suggère que des obstacles liés à l'accès à la césarienne gratuite par les femmes de bas niveau socioéconomique persistent. Mais sans disposer de données comparables avant la politique, il est difficile de statuer sur les effets de la gratuité, car cette répartition inégale préexistait peut être avant la gratuité. Enfin, un travail réalisé dans la région de Sikasso pour les Observatoires indique que la distribution gratuite des moustiquaires n'aurait pas changé les niveaux d'utilisation des premières consultations prénatales.

Lors de la mise en œuvre d'une gratuité totale pour les enfants de moins de cinq ans, toutes les données des projets pilotes montrent une augmentation importante de l'utilisation, les mesures d'accompagnement étant assurément centrales dans cette réussite. Dans le cercle de Kangaba, deux études réalisées dans le cadre des Observatoires indiquent cette hausse significative, constante et durable en comparaison à deux cercles de comparaison (Sélingué et Kolokani). Une analyse statistique montre ainsi que le taux d'utilisation des services à Kangaba a été multiplié par un facteur de trois à la suite de la gratuité totale des soins pour les enfants (aujourd'hui plus de trois nouvelles consultations curatives par enfant et par an). Mais ces études ne permettent pas de savoir quels sont les bénéficiaires de cette hausse (riches ou pauvres, proches ou éloignés ?).



Les études sur la mise en oeuvre

Il faut d'abord noter que la dynamique du processus de mise en œuvre a encore été peu étudiée, mise à part une recherche qualitative menée dans le cercle de Kangaba (Miseli). Elle montre la satisfaction générale des populations, le fait que les mamans présentent plus précocement leurs enfants et qu'il y a eu un renforcement des ASACO. Mais en même temps, elle révèle les inquiétudes générales quand au départ de l'ONG dont les modalités d'intervention ont été peu favorables à la pérennité.

La plupart des autres études disponibles se sont concentrées sur la perception des différents acteurs sociaux à l'égard de la gratuité des soins en général et des politiques contemporaines en particulier. Les résultats semblent tous concorder dans le même sens. Tout le monde salue ces initiatives de gratuité car la barrière financière à l'accès aux soins est largement reconnue et supprimer le paiement améliore non seulement l'accès aux soins mais aussi la rapidité du recours. Cependant, tous s'inquiètent, d'une part, de la manière dont ces politiques sont mises en œuvre, et, d'autre part, de leur viabilité financière.

En ce qui concerne la mise en œuvre, on constate des décisions d'exemption qui sont perçues comme de nature politique et parfois précipitées, une insuffisance d'information sur les contours des différentes formes de gratuité et un contexte peu favorable car le système le plus connu et le plus présent est celui du paiement direct des soins dans les centres de santé. De plus, il subsiste encore des problèmes de ruptures de stocks, essentiellement pour les CTA et les moustiquaires, ce qui limite la portée de ces politiques et provoque parfois des relations difficiles entre les populations et les agents de santé.

Comme pour les projets pilotes, nombreuses sont les personnes qui s'inquiètent de la viabilité financière de ces nouvelles politiques d'exemption du paiement et leurs conséquences sur l'autonomie financière des CSCom gérés par les ASACO et des CSRef gérés par les conseils de cercles.



Les études sur les coûts

Bien que de nombreuses personnes s'inquiètent des effets de la gratuité sur les finances des ASACO, les équipes des Observatoires qui ont souhaité étudier cette hypothèse, ont fait face à de très grandes difficultés pour disposer des données nécessaires. La qualité de la tenue des archives et des documents comptables des ASACO ne permet pas facilement d'effectuer de telles analyses.

Trois autres études ont cependant été effectuées sur les coûts. MSF à Kangaba a estimé qu'en 2008, le coût moyen d'une consultation d'un enfant de moins de cinq ans est de 4.500 F CFA, mais de 11.500 F CFA si on ajoute les coûts d'intervention de l'ONG. Une étude de la CPS réalisée en 2010 auprès d'une trentaine de formations sanitaires estime que la prise en charge à l'échelle nationale des consultations, des tests et des médicaments pour les enfants de moins de cinq ans au niveau des CSCOM et des CSRéf nécessiterait un budget compris entre 1,6 et 2,7 milliards de F CFA selon les scénarios, donc de l'ordre de 3.7% du budget exécuté par le Ministère de la Santé en 2009. Enfin, une étude auprès de 13 CSCOM dans les quatre cercles de l'Observatoire estime le coût (tout compris : investissement, personnel, fonctionnement, médicament) d'une consultation d'un enfant de moins de cinq ans en 2009 entre 1.300 F CFA à Kangaba et 3.900 F dans la commune V. Le moindre coût à Kangaba s'explique par les économies d'échelles réalisées compte tenu du nombre très important de consultations effectuées grâce à la gratuité totale. Le passage à l'échelle nationale de la gratuité totale pour les moins de cinq ans (tout compris) coûterait entre 2,4 et 4,9 milliards de F CFA selon les scénarios.

Conclusion

L'ensemble des données factuelles présentées lors de cette conférence montre que la suppression du paiement au point de service :

- i) est appréciée par les populations mais inquiète les ASACO, les Conseils de cercle et les agents de santé ;
- ii) permet de prendre en compte des besoins jusque là non couverts ;
- iii) ne peut réussir que si les modalités de mise en œuvre et les mesures d'accompagnement sont planifiées, organisées, exécutées et évaluées.

De surcroît, cette conférence a révélé les besoins en connaissances et a montré que les décisions d'exemption ont été prises avant la mise en place des mesures d'accompagnement. Aussi, pour plus d'équité, il faut que les plus pauvres y aient accès et en bénéficient plus, et que les autres barrières à l'utilisation, notamment géographiques, soient levées. Il s'avère nécessaire de réfléchir à la manière d'assurer la pérennité et l'enchâssement dans les systèmes assurantiels en cours de mise en œuvre (AMO, RAMED, mutuelles), à estimer les coûts du passage à l'échelle en tenant compte de l'ensemble des coûts, à mieux impliquer les collectivités locales décentralisées.

La mise en place d'une communauté de pratique sur l'accès financier aux services de santé en Afrique pourra servir de plateforme pour la poursuite des débats.

Pour devenir membre, il suffit d'envoyer un message à:

CoP-Financial_Access_Health_Services@googlegroups.com ou cdp.afss@gmail.com



Recommandations

Sur la base des données présentées lors de cette conférence, les participants se sont réunis en groupe de travail afin de proposer des recommandations concernant ces politiques d'exemption du paiement.



- Disposer de ressources humaines compétentes et motivées;
- Disposer des intrants de manière permanente;
- Elaborer et mettre en œuvre un plan de communication sur les politiques de gratuité pour une meilleure application et une compréhension plus accrue de tous les acteurs;
- Organiser des mesures permettant aux plus pauvres de bénéficier des politiques de gratuité
- Renforcer le système de référence-évacuation;
- Mettre en place un système adapté de transport du village au CSCoM;
- Élaborer une politique cohérente d'accès financier aux soins de santé où les rôles des départements ministériels sont clarifiés, ainsi que ceux des collectivités locales;
- Élaborer et mettre en œuvre un plan de suivi et évaluation;
- Élaborer une stratégie de pérennisation de la prise en charge à travers les systèmes d'assurance maladie (AMO, RAMED, mutuelles).

Remerciements pour le financement de ces études et de cette conférence : ECHO, USAID, MLI, AFD, CRDI, IRSC, Santé Canada, ACIDI.

