

## **Émergence et mise en œuvre de la politique de gratuité de prise en charge du paludisme chez l'enfant au Mali : le cas de trois structures du district sanitaire de Bamako**

**Issa DIALLO**

Université des Lettres et Sciences Humaines de Bamako (ULSHB)  
Faculté des Sciences Humaines et des Sciences de l'Éducation (FSHSE)  
E-mail :issosfr@yahoo.fr

### **Résumé**

Cet article aborde l'émergence et la mise en œuvre de la politique de gratuité de prise en charge du paludisme chez l'enfant de moins de cinq ans au niveau de trois structures du District sanitaire de Bamako. En effet, une décennie après la mise en œuvre de la politique de gratuité, les résultats semblent peu probants dus aux difficultés relatives à son fonctionnement. L'objectif de ce travail est d'analyser le fonctionnement de cette gratuité à partir de son émergence et de sa mise en œuvre. L'approche qualitative, les entretiens semi-directifs, complétés par l'observation directe et participante ont été utilisés pour la collecte des données. Le nombre des enquêtés a été déterminé grâce à la technique de saturation. Nous sommes arrivés à la conclusion que l'émergence de la politique de gratuité a été faite sur fond de pressions internationales et nationales. Sa mise en œuvre a été improvisée et fut caractérisée par une faible implication des acteurs, mais aussi par un quasi-échec des stratégies de communication.

**Mots clés** : politique de gratuité, paludisme, émergence, mise en œuvre, acteurs.

**Abstract:** This paper talks about the beginning and the implementation of the gratuitousness policy related to the covering of the treatment of Malaria sick children under the age 5 in three health facilities in the District of Bamako. In fact, a decade after its implementation, the results seem to be less conclusive due to the difficulties related to its functioning. The objective of the study is to analyze the functioning of the gratuitousness policy starting from its beginning to its implementation. The qualitative approach, semi-direct interviews completed with direct and participatory observation have been used for the collection of data. The number of the interviewees has been determined thanks to the technique of saturation. We have come up to the conclusion that the gratuitousness policy began due to international and national pressures. Its implementation was improvised and was characterized by a less involvement of the stakeholders, but also by a failure of nearly the strategies of communication.

**Key words:** gratuitousness policy, malaria, beginning, implementation, stakeholders.

## Introduction

Situé au cœur de l'Afrique de l'Ouest, le Mali est un pays continental d'une superficie de 1.241.238 km<sup>2</sup>. Il s'étend du Nord au Sud sur 1.500 km et d'Est en Ouest sur 1.800 km. Il partage 7.200 km de frontières avec l'Algérie et la Mauritanie au Nord, le Niger, à l'Est, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire au Sud, la Guinée Conakry au Sud-Ouest et le Sénégal à l'Ouest (Plan stratégique de lutte contre le paludisme, 2013-2017).

Au plan sanitaire, le Mali a connu différentes politiques publiques de santé dont celle de la gratuité des soins. Loin d'être une nouveauté au Mali, cette politique de la gratuité des soins existait depuis la période coloniale. Avec l'indépendance, elle est restée en vigueur assortie de la multiplication des formations sanitaires en milieu rural. Au cours de la décennie quatre-vingts, le système sanitaire connaîtra une crise profonde. Les formations sanitaires n'avaient plus de médicaments disponibles et les ordonnances délivrées aux usagers devenaient payantes (J.P. OLIVIER DE SARDAN, 2010, p.2).

A la fin de la décennie quatre-vingts, l'État a mis en place une nouvelle politique de recouvrement partiel des coûts auprès des usagers pour permettre aux formations sanitaires de s'autofinancer et de s'autogérer (J.P. OLIVIER DE SARDAN, 2010, *ibid.*, p.2). Cette capacité des structures sanitaires de s'autofinancer totalement ou partiellement est menacée par l'extrême pauvreté des populations, notamment les femmes et les enfants, qui sont les couches les plus vulnérables.

Face à ce phénomène, les pays riches et pauvres ont prôné un partenariat actif pour réduire considérablement l'extrême pauvreté et les inégalités en 2015. C'est dans cette perspective que la gratuité des soins a été abordée comme un des moyens d'améliorer l'équité d'accès aux systèmes de soins en Afrique (V. RIDDE *et al.*, 2009) face au système de paiement direct, qui limite l'accès des plus pauvres aux services de santé (A. OUSSEINI, 2010, p.13). Cette volonté internationale sera suivie de la politique du président la République d'alors, qui a rendu gratuits certains intrants comme les antirétroviraux pour le VIH/SIDA en 2004, la césarienne en 2005 et les combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) en 2007. La politique de gratuité de la prise en charge du paludisme consiste à rendre gratuits le diagnostic et le traitement chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans. Mais dans cet article, nous abordons le cas spécifique des enfants.

Pour lutter contre le fléau, l'État malien a aussi consenti des efforts, en donnant une nouvelle mission au Programme National de Lutte contre le Paludisme. Une décennie après la mise en œuvre de cette politique de gratuité de prise en charge du paludisme chez les enfants dans les structures sanitaires, les résultats semblent peu probants en raison des difficultés de fonctionnement. Il convient dès lors d'interroger l'émergence et la mise en œuvre de cette politique sur le terrain. Aussi, les problèmes liés à son émergence et à sa mise en œuvre, n'influencent-ils pas le fonctionnement de cette gratuité ? Il s'agit dans ce travail d'analyser le fonctionnement de cette politique de gratuité à travers son émergence et sa mise en œuvre. Ce

travail traite d'abord la méthodologie, ensuite il présente les zones d'études avant d'analyser l'émergence et la mise en œuvre de la gratuité.

## **1. Approche méthodologique**

Les données issues de cet article ont été collectées dans le cadre de notre thèse de doctorat entre 2011 et 2016. Conformément aux objectifs, la méthode qualitative a été exclusivement utilisée. A cet effet, différents guides d'entretien ont été élaborés et adressés aux acteurs (soignés, soignants, administrateurs des structures de santé et de l'outil de gestion). Le nombre de ces acteurs a été déterminé grâce à la technique de saturation. Ainsi, nous nous sommes entretenus : à l'hôpital Gabriel Touré avec 21 soignants, 3 administrateurs de la pédiatrie ; à l'ASACOSAB I avec 5 soignants, 2 administrateurs; au CSREF avec 7 soignants, 3 administrateurs; au PNLP avec 6 administrateurs, dans les structures sanitaires avec 6 parents dont deux par structure. L'observation directe et participante à travers un stage d'immersion dans les structures, a été d'un appui considérable. Elle a permis de mieux se familiariser avec les acteurs afin de mieux comprendre leur mentalité.

Pour des raisons éthiques, nous avons pris le soin de garder l'anonymat des enquêtés, en attribuant à chaque enquêté un numéro d'identification. Les initiales des noms sont suivies des numéros et du nom de la structure. Ainsi, la lettre M est retenue pour les médecins, tandis que la lettre A désigne les administrateurs. La numérotation est reprise au niveau de chaque structure.

## **2. Présentation des zones d'étude**

### **2.1. District de Bamako**

L'étude a été réalisée dans le district de Bamako, capitale administrative et économique de la République du Mali. Traversée par le fleuve Niger, caractérisée par une diversité ethnique, cette capitale est composée de 6 communes, qui disposent chacune d'au moins un CSREF, une P.M.I. (Protection Maternelle et Infantile), un CSCOM, de cabinets médicaux et cliniques privés. Elle abrite également les 3 hôpitaux nationaux du pays: le CHU Gabriel Touré, l'hôpital du Point G et l'hôpital du Mali (K. BAMBA, 2008).

### **2.2. CSCOM**

Le Centre de Santé Communautaire de Sabalibougou I est situé en commune V du district de Bamako. Il est deuxième du genre au Mali, dont la gestion est assurée par l'ASACO (Association de Santé Communautaire), conformément à l'ordonnance n° 41 / PC / GRS du 28 Mars 1959. Il a ouvert ses portes en octobre 1991 avec un dispensaire, une maternité, un dépôt de médicaments avec comme mission de résoudre de façon efficiente les problèmes de santé de la population. L'ASACO de Sabalibougou I a été créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée. Elle a pour objectif la prise en charge des problèmes de santé de la population de son aire. Elle est apolitique, à but non lucratif et non confessionnel. Son siège est à Sabalibougou.

### **2.3.CSREF**

La maternité de Sogoniko, de son nom initial, a été créée en 1980 et est située en commune VI du District de Bamako sur la rive droite du fleuve Niger. Elle a été érigée en Centre de Santé de Référence (CSréf) en 1999, mais le système de référence n'a débuté qu'en juin 2004. Le centre dispose d'un département de pédiatrie. Dans le cadre de l'accomplissement de cette mission, le centre dispose d'infrastructures, qui sont relativement en bon état.

### **2.4.Hôpital Gabriel Touré**

L'ancien dispensaire central de Bamako a été érigé en hôpital le 17 janvier 1959, il sera baptisé «Hôpital Gabriel Touré» en hommage au sacrifice d'un jeune étudiant en médecine originaire du Soudan français (actuel Mali), notamment de Kita et mort à 21 ans lors d'une épidémie de peste, maladie qu'il contracta au cours de son stage en 1934. L'Hôpital Gabriel Touré a évolué en Etablissement Public à caractère Administratif (EPA) en 1992, doté de la personnalité morale et de l'autonomie de gestion. Il était l'un des quatre (04) établissements publics (hôpitaux nationaux) à caractère administratif (EPA) institués, par la loi n°92-024 AN-RM du 05 octobre 1992, avant de devenir (EPH) par la loi n°03-022 AN-RM du 14 juillet 2003. Il est situé en commune III et comprend une administration et 7 départements dont un service de pédiatrie.

## **3. Résultats de l'étude**

### **3.1.Emergence de la politique de gratuité**

#### **3.1.1. Pressions internationales à l'origine**

Des pressions extérieures des organisations internationales ont caractérisé la « mise en forme » de la politique de gratuité de prise en charge du paludisme. Ces organisations internationales ont joué un rôle décisif dans cette émergence à partir des années 2000. Ainsi,

En septembre 2000, lors du sommet du Millénaire des Nations unies, les dirigeants des pays riches et pauvres ont engagé leurs nations respectives dans un ambitieux partenariat mondial, visant à réduire l'extrême pauvreté et les inégalités. Cet engagement s'est traduit par huit objectifs de développement, que l'on a appelés les objectifs du Millénaire pour le développement à atteindre d'ici à 2015. Trois d'entre eux concernent tout particulièrement la santé: réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans, améliorer la santé maternelle, combattre le VIH, le paludisme et la tuberculose . ([www.medecindumonde.org](http://www.medecindumonde.org))

Au cours de ce sommet, des objectifs ont été dégagés: trois d'entre eux (les objectifs 4, 5 et 6) concernent la lutte contre la mortalité maternelle et infantile. Ces objectifs sont dits Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD). Ils devraient être atteints en 2015.

Parallèlement, d'autres mouvements, à l'échelle internationale ont été engagés à la faveur de cette politique de gratuité tels l'implication personnelle du secrétaire Général des Nations Unies, les Etats de l'Union Européenne, la Banque Mondiale, l'UNICEF : « sans que les dispositifs de financement adéquats soient disponibles, ni même qu'il y ait de consensus sur leur nature » (*ibid.*). C'est donc dire que les pays du sud subissaient la pression des organisations internationales avec la main invisible des pays du Nord.

Au niveau du Mali : « la nécessité d'être éligible pour le Fonds mondial, après avoir été recalé précédemment, a joué un rôle important dans le passage à la gratuité ciblée des antipaludéens » (J.P. OLIVIER DE SARDAN, 2014, p.64).

Au-delà, la lutte contre le paludisme devient « une priorité à plusieurs niveaux ». (Y.F. KONE, 2014, p.110). Lors du 33<sup>ème</sup> sommet de l'OUA, tenu à Harare en 1997, les gouvernements des pays africains ont pris l'engagement en faisant de la lutte contre le paludisme une priorité. Ce qui a conduit en 2000 à Abuja à leur adhésion à l'initiative « *roll back malaria* ». Cette initiative vise à réduire la morbidité liée au paludisme grâce à un meilleur accès des populations pauvres à une gamme antipaludique efficace (Y.F.KONE, *ibid.*). Un cadre de la pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré confirme cette pression internationale :

« La politique de gratuité fut l'une des exigences de l'OMS. (...) Ce n'est pas une décision directement émanant de nous, mais c'était quand même un souhait à notre niveau et il faut admettre effectivement que c'est une politique, qui a une composante sous régionale et même internationale ». (Dr A1, point focal paludisme, HGT).

Ce discours montre que la politique a été imposée, car exigée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Or, celle-ci ne tient pas compte souvent de la spécificité des pays, tous les pays concernés devant aller au même rythme en matière d'adoption d'une politique. A l'analyse de ces pressions internationales, nous pouvons poser un certain nombre de questions : pourquoi faire des pressions sur les Etats (souverains) afin qu'ils adoptent des projets, qui sont censés être là pour leur bien ? Cette façon d'agir des organisations internationales ne cache-t-elle pas une réalité ? Pourquoi mettre en œuvre cette politique de gratuité avec une telle allure, au point d'être traitée de politique improvisée ? Est-ce que ces organisations affichent une volonté réelle de lutter contre cette maladie qu'est le paludisme ? A qui profitent les sommets, les rencontres entre pays riches et pays pauvres ? Les réponses à ces questionnements sont à chercher du côté des intérêts que chaque pays développé espère avoir dans la mise en œuvre du projet.

Dans la théorie, les rencontres sont en faveur des pays pauvres pour réduire les inégalités entre eux et les pays riches en matière de soins. Mais en pratique, ces pays riches trouvent leur compte dans cette relation développeurs-développés. Ils semblent avoir des intérêts inavoués. La lutte contre le paludisme est un projet de grande envergure. Sa mise en œuvre se fait au grand bonheur des firmes et laboratoires de ces pays développés fabricants des antipaludéens. Cette interaction est donc une tribune où les géants exercent leur suprématie sur les petits États.

Par ailleurs, le contexte national a été aussi déterminant dans l'émergence de la politique de gratuité de la prise en charge du paludisme. Le président de la République y a joué un rôle capital.

### **3.1.2. Présidentialisation de la politique au plan national**

La mise en forme de la politique de gratuité a tourné autour de la personne du président de la République, qui en a fait un cadeau électoral au peuple avec un discours moral fort, autour de la lutte contre la pauvreté, de la générosité du chef de l'État, et du caractère national,

voire nationaliste des mesures prises (J.P. OLIVIER DE SARDAN, *ibid.*). Cette gratuité a fait l'objet de campagnes électorales. L'on pouvait lire en 2007 lors des campagnes présidentielles sur le site du Président Amadou Toumani TOURE ([www.doc.santerecepts](http://www.doc.santerecepts)) « santé : la gratuité des soins n'est plus un rêve ». Parmi ses priorités, la politique de gratuité faisait partie « des vingt une raisons » pour l'élire. C'est donc pour dire que le président de la République a fait une gestion politique de cette gratuité au lieu d'en faire une gestion technique. Toutes les décisions prises concernant la gratuité se déroulaient dans un contexte de préparation des élections présidentielles, qui devaient se tenir au courant de l'année 2007. Ces décisions constituaient un message politique fort pour les élections présidentielles et législatives.

Les discours du président allant dans le sens de la gratuité constituaient une sorte de bilan de l'action de ce dernier pour son premier mandat, ainsi que ses priorités pour le second mandat (Y.F. KONE, 2014, p.113). Ainsi, la gratuité des combinaisons thérapeutiques à base d'artémisinine (CTA) a été rendue possible grâce à la réflexion d'un groupe au niveau de la direction régionale de la santé du district de Bamako. Leur rapport a été validé au sein du ministère de la santé par un comité de pilotage. Le président de la République étant convaincu des argumentaires consignés dans ce rapport, décide de rendre gratuites les CTA. Il considère donc cette gratuité des CTA comme le cadeau de fin d'année aux femmes et aux enfants lors des vœux de décembre 2006.

En plus de cette implication du président de la République, le Mali dans sa volonté nationale de lutter contre le fléau a créé le Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP) par l'ordonnance N° 07-022/PRM du 18 juillet 2007. Jusqu'en à la même date, cette structure était logée au sein de la Direction Nationale de la Santé (DNS). Cette faiblesse statutaire constituait un frein à sa capacité de mobilisation des ressources financières. Une autonomie administrative et financière s'avère donc nécessaire pour plus de visibilité et c'est la même année que la structure a eu le rang de Direction Nationale dans un souci d'animer et de coordonner les activités de lutte contre le paludisme (Y.F. KONE, 2014, p.112).

L'intervention de Médecins sans Frontières dans le District sanitaire de Kangaba fut une source d'inspiration pour la politique de gratuité de la prise en charge du paludisme. A cela, il faut ajouter l'UNICEF et l'USAID, qui sont considérés comme des précurseurs dans la mise en place de la gratuité de la prise en charge du paludisme. Ces différentes organisations ont été à la base de la distribution gratuite des moustiquaires et des médicaments (Y.F. KONE, 2014, *ibid.*)

Cette politique de gratuité même si elle est voulue par certains, d'autres par contre ne l'approuvent pas au regard de nos observations sur le terrain. Sa mise en œuvre a été émaillée de pression tant au plan international que national.

### **3.2.Mise en œuvre de la politique de gratuité de prise en charge du paludisme**

#### **3.2.1. Démarrage improvisé**

La politique de gratuité est taxée d'improvisation par beaucoup d'acteurs chargés de sa mise en œuvre. Cette improvisation est due aux nombreuses pressions des organisations internationales. Le passage à cette politique a été décidé brutalement, sans qu'il y ait eu des expériences pilotes nationales préalables. Selon L. TOURE et Y.T. SANOGO (p. 212) :

En mai 2007, les autorités annoncent dans les médias le lancement de la gratuité du traitement du paludisme pour les enfants de zéro à cinq ans et les femmes enceintes. Usagers, soignants et membres des associations de santé communautaire prennent simultanément connaissance en langues nationales d'un message au contenu flou. Une note de service au contenu également imprécis vient ensuite confirmer la nouvelle. (...) Une lettre d'information enjoint aux directeurs régionaux de donner dans l'urgence un contenu technique à cette décision présidentielle. En juillet 2007, soit quelques mois après l'annonce, la première dotation de CTA gratuite est distribuée (...)

Une analyse de ce discours montre bien l'improvisation de la politique de gratuité. Des messages et des notes de service au contenu flou s'expliquent par la précipitation dans la mise en œuvre de cette politique. Aussi, la décision n'a-t-elle pas été d'abord politique avant d'être technique ?

Au plan financier, la politique de gratuité de la prise en charge du paludisme en a eu suffisamment, car les financements viennent de l'extérieur. Des organismes comme PMI, le fonds mondial et la banque mondiale ont été d'un apport utile au fonctionnement de cette politique d'un point de vue financier. Selon J.P. OLIVIER DE SARDAN (2014) : « le Mali connaît une insuffisance des rentrées fiscales, qui le rend dépendant de l'aide au développement, 30 à 50% des budgets nationaux dépendant de financements extérieurs ». Le dispositif financier est donc fortement dépendant de l'extérieur au regard de ces pourcentages. Cet état de fait pose le problème de la pérennisation de la politique parce que ces financements extérieurs peuvent prendre fin. Comment donc vouloir mettre une politique en œuvre sans avoir l'assurance de l'acquisition de la totalité du budget destiné à son financement ? Pourquoi l'État malien ne compte-t-il pas sur ses propres forces financières pour ensuite démarrer cette politique ? Son caractère improvisé constituerait la réponse à ces questionnements. Au-delà de cette improvisation de la politique due à des pressions externes et internes, nous devons nous interroger sur l'implication des acteurs dans la mise en œuvre de la gratuité.

### **3.2.2. Implication des acteurs dans la mise en œuvre de la gratuité**

Pour une réussite de la mise en œuvre de la politique, une forte implication des acteurs chargés de la mise en œuvre s'avère nécessaire. Que ce soit au niveau de la structure de gestion de cette gratuité, au niveau des administrateurs des structures de santé et des soignants, qui interviennent directement dans la mise en œuvre, le niveau d'implication reste faible.

#### **3.2.2.1. Administrateurs du PNL**

Le PNL fait partie des outils de gestion de la gratuité au Mali. Il est donc l'une des structures clé de la gratuité. A la question relative à l'implication des agents de cette structure dans l'élaboration et la mise en œuvre de cette gratuité, les avis semblent partagés. Certains acteurs pensent qu'ils ont été impliqués, d'autres pensent le contraire. Les implications se font aussi à différents niveaux.

Au niveau international, le Directeur du PNL pense avoir été impliqué aux activités de la gratuité : « (...) nous avons assisté à toutes les réunions sur le plan international organisées par Roll Back Malaria » (Dr A1, PNL). Au niveau national, bien qu'il était Directeur National de la santé, il affirme : « (...) J'ai été impliqué en 2007 quand j'étais Directeur régional de la

santé à Gao pour donner l'information aux populations » (Dr A1, PNLP). Au-delà de son rôle de technicien dans la mise en œuvre de cette politique, le Directeur a joué un rôle politique, celui de s'approprier de la politique comme le souhaite le président de la République. Il a donc une double casquette: politique et technique. Ainsi, note-t-il :(...) quand notre chef de l'État a annoncé la gratuité de la prise en charge du paludisme pour certains intrants, les CTA, les moustiquaires, le diagnostic biologique pour les enfants de 0 à cinq ans, (...), nous techniciens, nous nous sommes appropriés de cette politique » (Dr A1, PNLP).

La gestion technique était relative à l'élaboration des textes de la gratuité. Les discours politiques ont donc précédé les textes de la gratuité. A travers ces discours, nous voyons nettement l'implication du Directeur du PNLP dans les activités de la gratuité tant au plan international que national.

Certains agents du PNLP estiment être impliqués sur le plan national, mais pas sur un plan international. C'est le cas du chef de division communication A3, qui pense que son implication a tourné autour de l'élaboration et de la diffusion des textes de la gratuité pour atteindre le maximum de population cible. Par contre d'autres agents estiment ne pas être impliqués. Ils ont pris le train en marche, car ils étaient ailleurs au moment de l'avènement de la gratuité. Pourtant, ils occupent des postes stratégiques du domaine gratuit. Ainsi, la chargée de la gestion épidémiologique, point focal suivi des intrants, Dr A2 du PNLP est de ceux-là.

Une analyse de l'implication de ces trois enquêtés du PNLP montre clairement que le degré d'implication dépend du poste confié à l'agent, du degré de responsabilité. Ce qui fait que le Directeur est impliqué à deux niveaux (national et international), le chef de division communication et la chargée épidémiologique à un niveau (national).

Par ailleurs, le PNLP a la charge d'informer et de former les administrateurs des structures de santé. Ceux-ci à leur tour doivent former les soignants chargés de la prise en charge des enfants. Mais contrairement à toute attente, nous enregistrons une faiblesse d'implication de la part de ces administrateurs ou du moins une absence d'implication selon leur propre perception.

### **3.2.2.2. Administrateurs des structures sanitaires**

Au niveau des administrateurs des structures de santé, il existe également une divergence quant à l'implication des uns et des autres. Si les uns sont impliqués depuis le début de l'avènement de la gratuité, les autres sont impliqués plus tard. Ceux qui ne sont pas impliqués, prennent la formation comme un indicateur d'implication dans les activités de la gratuité. Ainsi, pour que la politique puisse bien marcher, des points focaux ont été désignés au niveau des structures sanitaires. C'est ainsi qu'à l'hôpital Gabriel, le point focal désigné est un pédiatre. Lorsque nous lui avons demandé par rapport à son implication dans la mise en œuvre de la gratuité, il nous répond en ces termes : « *pas directement impliqué* ». Cette implication indirecte à laquelle cet enquêté fait allusion, est relative au fait qu'il joue un rôle de courroie de transmission entre le PNLP et l'hôpital Gabriel Touré. Si le point focal dit être au centre des activités de la gratuité, A2, suppléant au surveillant coordinateur du Gabriel Touré, par contre dit, au début n'être pas impliqué.

Au niveau du CSREF, Dr M1, responsable de l'unité pédiatrique, assimile l'implication à la formation. Puisqu'elle n'a pas bénéficié de formation, elle estime donc n'être pas impliquée. Selon elle : « ceux qui vont à la formation, viennent m'informer, alors que j'ai la main dedans étant le premier responsable des enfants ici, je n'ai reçu qu'une seule formation et cela vaut trois à quatre ans ». (Dr M1, CSREF). Peut-on parler de réelle implication à ce niveau ? Qui sont ceux, qui vont à la formation et qui viennent informer le premier responsable de la pédiatrie ? Si l'on en croit à ces dires, la problématique de mise à niveau des soignants par rapport à la gratuité se pose avec acuité. Si le premier responsable n'a bénéficié que d'une seule formation, que diront les autres, ses subalternes ?

Parallèlement, que pensent les soignants, qui sont la cheville ouvrière de la prise en charge des enfants à propos de leur implication dans la mise en œuvre de la politique de gratuité de la prise en charge du paludisme ?

### **3.2.2.3. Soignants des structures sanitaires**

A ce niveau, la plupart des soignants qui officient dans les structures de santé, pensent qu'ils ne sont pas impliqués dans les activités de mise en œuvre de la gratuité. Comme chez certains administrateurs, ils assimilent l'implication au bénéfice de la formation. Pour montrer leur manque d'implication, l'expression, qui revient le plus souvent dans leurs discours, est « nous sommes des médecins prescripteurs ». Cette expression, pour signifier qu'ils sont hors de toute activité, sauf la prescription. Le discours de Dr M2 corrobore cette absence d'implication et réduit les soignants à des simples exécutants : « Nous sommes des exécutants du programme, c'est le niveau supérieur (...), qui élabore le programme. C'est eux, qui sont là pour faire appliquer le protocole » (Dr M2, CSREF).

Parallèlement, à la question de savoir si Dr M1 a été impliqué, il répond : « Bien sûr, nous recevons des instructions. Dans les conditions normales, la prise en charge est faite en fonction des critères, mais aussi en fonction des moyens » (Interne à l'hôpital Gabriel Touré). Ce discours ressemble bien à celui de Dr M2. Il résume l'implication de cet interne en un simple soignant, qui ne fait que suivre l'instruction venant de ses supérieurs hiérarchiques.

Des soignants font la prise en charge des enfants à partir de leurs connaissances reçues dans le cadre de la recherche au niveau du CVD. Dr M3 du CVD (centre de développement des vaccins) travaillant au CSCOM de Sabalibougou I, estime que ses recherches dans ce centre lui permettent de faire correctement la prise en charge des enfants. Sans bénéficier de formations, des comportements routiniers pourront lui être reprochés.

Ce qu'il faut retenir des propos de ces enquêtés, c'est que nous dégagions des impliqués, des non impliqués. Par rapport au terme implication, les soignants font directement allusion à la formation. Celui qui n'a pas reçu de formations, semble ne pas être impliqué. Or, cette notion de formation comme le dit Dr A2 du PNLP, est aussi « polysémique ». Ce qui est considéré comme une formation pour les uns, peut ne pas l'être pour les autres. Chacun y va de ses perceptions.

De façon générale, il ressort de ces discours, une faible implication des acteurs chargés de la mise en œuvre de la politique de gratuité de la prise en charge du paludisme. Pourtant, ceux qui ont tenu ces discours, sont pour la plupart des acteurs clés de la politique de gratuité.

Un autre goulot d'étranglement de la mise en œuvre de la politique de gratuité de la prise en charge du paludisme chez l'enfant est relatif aux stratégies de communication, mais aussi de la gestion faite de l'information reçue par les soignants.

### 3.3. Stratégies de communication mises en œuvre

Avant la mise en œuvre sur le terrain de la politique de gratuité, la communication est nécessaire sur le projet. En plus des discours de mobilisation du président de la République, le PNLN avait en charge d'élaborer les stratégies de communication autour de cette gratuité. Il faut noter que ces stratégies de communication étaient d'abord politiques et ont tourné autour de la personne du président de la République. Des discours aux contours imprécis tels que « *aw be furaké fu* » (vous serez soignés gratuitement en langue Bambara) étaient le leitmotiv de ceux chargés de relayer l'information, y compris le président de la République. Ces discours ne précisaient ni la notion de gratuité, encore moins ses contours.

Parmi les stratégies de communication, les sketches occupent une bonne place. Ils ont porté sur les modes de prévention et traitement du paludisme à la télévision nationale et sur les ondes des radios. Si le chef de division de la communication du PNLN pense qu'il y a eu une large diffusion de la gratuité, Dr A2, chargé de la gestion épidémiologique au niveau du service, trouve que les sketches, qui passent à la télévision et sur les ondes des radios, posent un problème de contenu. Or, si Dr A2 a de la peine à les comprendre, quelle va donc être la compréhension d'une population à majorité analphabète des messages véhiculés ?

Quand nous faisons un petit diagnostic des messages que ces sketches font passer, d'abord, ils se font de façon éclairée au regard de la cherté des publicités sur les ondes des radios et à la télévision surtout nationales. Les individus n'ayant pas les mêmes facultés de compréhension, il n'est donc pas donné à tout le monde de comprendre ces sketches. Ensuite, ces sketches du point de vue contenu, contiennent plus de l'humour qu'ils ne sensibilisent, surtout avec des personnes comiques comme Amadi, Dicorè et bien d'autres. Enfin, le canal de diffusion de ces sketches n'est pas approprié. Dans l'imaginaire populaire malienne, les acteurs de ces sketches sont des « *téatriden* » (déformation du mot théâtre qui signifie celui, qui fait le théâtre). Donc, loin de passer un message, ils font du théâtre pour faire rire les gens.

Les posters occupent également une place de choix dans ces stratégies de communication. Ils sont généralement affichés devant les salles de consultation des structures sanitaires, parfois à l'intérieur de ces salles et même au niveau du PNLN. Ces posters concernent le plus souvent les moustiquaires imprégnées d'insecticides ou le protocole de prise en charge des enfants. Généralement, nous pouvons dire que ces posters intéressent surtout les soignants. Mais est-ce ceux-ci se donnent le courage d'assimiler le contenu des messages que contiennent ces affiches ? Les contenus de ces posters sont-ils accessibles aux soignants ? Nous émettons l'hypothèse que les réponses à ces questionnements sont négatives au regard des pratiques, qui ont cours autour de la gratuité dans les structures de santé.

Au-delà des stratégies de communication mises en œuvre pour informer les acteurs pour une bonne application de la politique sur le terrain, pouvons-nous parler d'une large diffusion des messages ? Qu'en est-il de la compréhension des messages par les soignants d'une part et les usagers d'autre part ?

### 3.4. Déficit de communication relevé par les acteurs

Quelques années après le démarrage de cette politique, la maîtrise des contours de la gratuité par le niveau opérationnel reste imparfaite. Des incertitudes demeurent par exemple sur la définition et la quantité des éléments constitutifs du kit de traitement du paludisme grave : des sérums et des injections de quinine dans un traitement gratuit, présence ou non d'antalgiques dans le kit (L. TOURE et Y. SANOGO, 2014, p. 215).

Au cours de notre observation, nous constatons que la quantité des éléments, qui composent un kit, varie sans cesse. La variation des composantes du kit crée une certaine confusion dans la tête des soignants de sorte que presque personne ne peut se situer exactement par rapport à la composition d'un kit selon les textes de la gratuité. Cette variation est occasionnée par les nombreuses ruptures de stocks.

A l'hôpital Gabriel Touré, le 02 Août 2012, l'enfant NT, 4 ans, souffre de neuropaludisme, le soignant prescrit le kit suivant: sérum 10% (1 flacon), un quinimax 0,40, un perfalgan. Ce kit ne contient ni antalgiques, ni perfuseur encore moins de seringue, mais il contient un adjuvant, le Perfalgan, qui permet d'arrêter la convulsion chez l'enfant. Deux années plus tard, lors d'une observation le 18 août 2014 au niveau du même hôpital, l'enfant M.K, 1 an souffre de pharyngite, la goutte épaisse est revenue positive. Il a bénéficié d'un kit paludisme grave forme neurologique, composé de: sérum 10% (1flacon), perfuseur (1), seringue 10cc, quinine 200mg (1amp). Si l'on observe la composition de ce kit, il ne contient pas d'antalgiques, également ni d'adjuvant comme le Perfalgan, mais à la différence du kit de l'enfant NT, la seringue figure. Pourtant ce kit est pour le paludisme grave forme neurologique. Cette incomplétude du kit s'explique par les ruptures de certains intrants.

Autour de cette rupture, des pratiques ont cours de la part des infirmiers et infirmières. Par exemple, à partir de leur pharmacie parallèle, ils vendent des seringues aux usagers. Pour les antalgiques, même s'ils ne sont pas en rupture, les usagers n'y ont pas accès, car vendus par l'hôpital.

Au niveau du CSREF de Sogoniko, le 30 octobre 2014, l'enfant MT, 1 an, est malade du paludisme grave forme anémique. Le kit que le père de l'enfant a eu à la pharmacie, est composé de : serum glucosé 10%, perfuseurs (3), catheter (1), seringue 5cc (4),quinimax 0,20 (3 ampoules). Du constat de Dr M2, ce kit n'est pas au complet. Il manque les intrants suivants: Perfalgan, seringue 10cc (4), artésiane ou artémether (6 ampoules).

En réalité, au début de notre enquête, le cathéter était en rupture, alors qu'il fait partie du kit. Le Perfalgan et la seringue sont les compléments du kit, mais l'artémether n'en fait pas partie. Le 31 juillet 2014, l'enfant AS, 29 mois est malade de paludisme comme l'attestent les analyses biologiques. Dr M2 prescrit un kit paludisme grave. A la pharmacie, la mère de l'enfant a eu les intrants suivants: le sérum G10, (3 fl), le quinimax 0,10, (3 amp), la seringue 5cc (3), le paracétamol (2 plaquettes), un épicroânien, un perfuseur. Ce kit n'a pas la même composition que celui de l'enfant MT. Du point de vue quantité des produits, la dose à ce niveau est de trois, donc complète, alors que chez l'enfant MT, la dose est incomplète. Cette incomplétude de la dose s'explique par le fait que le soignant fait trois kits séparés d'une dose chacun, alors que le soignant Dr M2 a fait trois doses en une seule prescription. Cette façon de

faire à l'avantage qu'il évite à l'usager de multiples va et vient entre la salle d'hospitalisation et la pharmacie.

Du côté des administrateurs des différentes structures enquêtées, la communication autour de la gratuité n'a pas été une réussite. Dr M1 du CSREF pense que la communication n'a pas marché. Dr M2 du même centre abonde dans le même sens et affirme que le retard accusé par les parents pour amener les enfants dans les structures sanitaires s'explique par l'échec de la communication autour de la gratuité.

Certains usagers ont appris l'existence de la politique de gratuité chez les enfants, pas à travers les médias, mais à travers des proches. La mère de l'enfant BK, 3 ans est de ceux-là :

J'ai appris la gratuité à travers une femme(...). Sinon, auparavant, je ne l'ai jamais apprise. Cette femme me dit que si tu amènes ton enfant au centre, on te donne des médicaments, des sérums gratuitement pour le traitement du paludisme. Mais dans ce centre, je n'ai pas bénéficié de produits gratuits .  
(Mère d'enfant, CSREF).

Cet enquêté dit avoir appris l'existence de la gratuité à travers une femme. Il a été mal renseigné parce qu'il espérait sur le bénéfice de la gratuité pour un enfant, qui ne fait pas de paludisme.

À la suite de notre observation dans les structures enquêtées, nous avons rencontré des usagers dont les enfants ont bénéficié de la gratuité partielle dans leur prise en charge, mais qui ne s'en sont pas rendus compte parce qu'ils n'ont pas été informés. C'est le cas de la mère de l'enfant MY, 8 mois: « On nous a donné l'ordonnance après la consultation, elle nous a coûté 6000F, c'était des sérums, on a fait un hier soir, un maintenant. Ces soins, du début à la fin, nous n'avons rien eu de gratuit. » (Mère d'enfant, CSCOM). Après avoir regardé dans le sachet contenant des médicaments de l'enfant, nous nous sommes rendu compte que l'enfant avait eu le coartem dispersible.

Les observations révèlent aussi que beaucoup d'usagers, malgré les campagnes de communication autour de la gratuité, ne sont pas au courant de l'existence d'une gratuité, qui prend en charge le traitement du paludisme chez les enfants de moins de cinq ans. Il suffit de leur en parler pour qu'ils soient étonnés.

#### **4. Discussion des résultats**

Ce travail appréhende l'émergence et la mise en œuvre de la gratuité de prise en charge du paludisme chez l'enfant au niveau de certaines structures du District sanitaire de Bamako. Pour comprendre le fonctionnement de cette gratuité sur le terrain, la nécessité d'une étude diachronique s'est imposée.

Ainsi, les données révèlent que l'émergence de la gratuité a été faite sur fonds de pressions internationales et nationales. Au plan international, des organisations internationales ont fait des pressions sur les pays du sud en vue de la mise en œuvre de cette gratuité. Au niveau national, le président de la République en a fait une gestion politique au lieu d'une gestion technique. Dans une étude portant sur différentes formes de gratuité, J.P. Olivier de Sardan avait déjà souligné ces pressions extérieures, mais aussi la présidentialisation de la gratuité au niveau de trois pays : le Mali, le Niger et le Burkina Faso (J.P. Olivier de Sardan, 2014, p.64). Ainsi, « les gratuités ont été présentées comme un cadeau du président au

peuple » (J.P. Olivier de Sardan, 2014, pp.63-64). Les gratuités seraient le fruit : « d'un engagement international (...) » au Mali (Y.F. KONE, 2014, p.106). Il voit cette gratuité « en termes de bilan du premier mandat (2002-2007) et en prévision d'un second mandat (2007-2012) » (Y.F. KONE, 2014, p.105).

En ce qui concerne la mise en œuvre de la gratuité au niveau des structures, elle a été taxée de politique « improvisée » par les acteurs chargés de sa mise en œuvre. Si la politique a suffisamment eu de financements, force est de constater que ces financements viennent de l'extérieur. L. TOURE et Y.T. SANOGO (2014) parlent d'un « démarrage improvisé » des politiques de gratuité au Mali. Au Niger, « les décisions d'exemptions de paiement ont été faites dans l'urgence » (A. OUSSEINI, 2014, p.121). Pour J.P. OLIVIER DE SARDAN :

« La décision a été politique avant d'être technique, annoncée soudainement et de façon publique, prenant de court et par surprise, non seulement les agents sur le terrain, mais aussi les techniciens des ministères en particulier au Mali et au Niger » (J.P. Olivier de Sardan, 2014, p.65)

Les données montrent aussi la faible implication des acteurs chargés de la mise en œuvre de cette politique. Les stratégies de communication mises en œuvre ont été d'abord politiques et ont tourné autour du président de la République. Les canaux de diffusion de l'information étaient les radios, la télévision à travers les sketches, ainsi que les posters. Cependant, même si les messages sur la gratuité ont été largement diffusés selon le chargé de communication du PNLN, le contenu de ces messages reste flou selon bon nombre d'acteurs. Les soignés et les soignants ont constaté un déficit de communication.

L'un des résultats novateurs de cette étude sur la gratuité reste la question de perceptions que les acteurs ont de leur implication au moment de sa mise en œuvre. Les stratégies de communication ont été cernées par certains auteurs (L.TOURE et Y.T. SANOGO, 2014, pp. 212-213), mais l'une des particularités de cette étude a été l'analyse du contenu des informations véhiculées à travers les différents canaux. Cet aspect a été occulté par la plupart des études.

Quant au déficit de communication à l'égard des soignants, il a été relevé par J. P. Olivier de Sardan (J.P. OLIVIER DE SARDAN, 2014, p.64). Dans une autre étude, ce déficit existe aussi bien chez les soignants que chez les soignés. Chez les premiers, des incertitudes demeurent sur la définition et la quantité des éléments constitutifs du kit de traitement du paludisme grave (L. TOURE et Y.T. SANOGO, 2014, p.215). Chez les seconds : « C'est en arrivant dans les centres de santé que la plupart des usagers découvrent l'existence de la gratuité ou la possibilité d'en bénéficier ». (L. TOURE et Y.T. SANOGO, 2014, *ibid.*).

## **Conclusion**

A la fin de ce travail, les résultats révèlent que l'émergence de la politique de gratuité de la prise en charge du paludisme au Mali a été faite sur fond de pressions internationales et nationales. Sa mise en œuvre a été improvisée. Elle fut caractérisée par une faible implication des acteurs, un quasi-échec des stratégies de communication, mais aussi une gratuité au contour peu maîtrisé. Cependant, la façon dont cette politique a été élaborée et mise en œuvre

n'explique-t-elle pas en partie les pratiques individuelles et collectives des acteurs sur le terrain?

## Bibliographie

1. BAMBA Karidiatou, 2008, *Place du paludisme dans les hospitalisations fébriles dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré de décembre à janvier 2006*, thèse de doctorat en médecine, FMPOS, Bamako.
2. KONE Yaouaga Félix, (2014), « la mise en place des gratuités des années 2000 au Mali : SIDA, césarienne et paludisme », in Jean pierre Olivier de Sardan et Valéry Ridde (dir.), *une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala, pp. 100-113.
3. OLIVIER DE SARDAN Jean Pierre, (2014), « la quantité sans la qualité ? Mises en forme et mise en œuvre des politiques d'exemptions de paiement au Sahel », in J. P. OLIVIER DE SARDAN et V. RIDDE (dir.), *une politique publique de santé et ses contradictions : la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala, pp. 50-84.
4. OLIVIER DE SARDAN J. P. (2010), *Une comparaison provisoire des politiques d'exemption de paiement dans trois pays sahéliens (Burkina Faso, mali, Niger)*, in Etudes et travaux, LASDEL, Rapport de recherche, Niger.
5. OUSSEINI A., (2010), *Une politique publique de santé au Niger : la mise en place d'exemption de paiement des soins en faveur des femmes et des enfants*, in Etudes et travaux, rapport de recherche, LASDEL, Niger.
6. Plan stratégique de lutte contre le paludisme 2013-2017.
7. RIDDE V. et BLANCHET K. (2009), « Débat et défis autour de la gratuité des soins en Afrique: retour vers le futur », *Cahier de santé*, Vol N° 19. Cahier de Santé 2009 ; 101-6.
8. TOURE L. et SANOGO Y. (2014), « Les exemptions de paiement du traitement du paludisme pour les enfants et les femmes enceintes, une politique qui dérange » in J. P. SARDAN, & V. RIDDE, *Une politique publique et ses contradictions: la gratuité des soins au Burkina Faso, au Mali et au Niger*, Paris, Karthala, pp. 211-9.

## Webographie

9. [www.doc.santerecents](http://www.doc.santerecents)
10. [www.medecindumonde.org](http://www.medecindumonde.org)