

Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali

H. Balique, O. Ouattara, Akory Ag Iknane

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2001/1 Vol. 13 , PAGES 35 À 48
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.011.0035

Date de mise en ligne : 01/01/2008

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2001-1-page-35?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Dix ans d'expérience des centres de santé communautaire au Mali

A ten years experience of centres of health community in Mali

H. Balique ⁽¹⁾ , O. Ouattara ⁽²⁾ , A. Ag Iknane ⁽³⁾

Résumé : Au terme de 10 ans d'existence, les centres de santé communautaires du Mali offrent un mode d'organisation qui répond aussi bien aux exigences de la santé publique qu'aux impératifs de viabilité financière de tout établissement de soins. Leur originalité réside dans la personnalité juridique dont ils disposent, dans leur statut privé sans but lucratif, dans la prise en charge financière du personnel soignant, dans leur gestion par une association d'usagers, dans la convention de service public qui les lie à l'État,...

Malgré un succès qui les a conduits à atteindre à ce jour un effectif de près de 350, ils souffrent de fortes insuffisances qui doivent être corrigées et qui se traduisent essentiellement par un manque de vie démocratique au sein des associations, une faible transparence des comptes, un exercice inadapté de la tutelle de l'État,...

Les grandes questions soulevées par cette expérience nouvelle concernent les limites du concept de communauté, l'importance de la citoyenneté dans les dynamiques de développement, la participation des structures privées à la réalisation du service public, l'attitude jacobine et dirigiste des représentants de l'État, les contradictions entre la multiplication des centres pour améliorer l'accès géographique et les exigences de la viabilité financière...

Summary : *At the end of 10 years' existence, the community health centres of Mali show a way of organisation which meets the public health requirements and demands of financial viability of any health establishment.*

Their originality lays in several factors: their legal personality, their private status, their financial support of the medical staff, their management by a users association and the public utilities agreement they have signed with the department. In spite of their success which makes their numbers reach 350, they suffer from great deficiencies, which are resulted by the lack of democratic traditions within the associations, a inappropriate

(1) Médecin de santé publique, conseiller au ministère de la Santé du Mali.

(2) Directeur de l'Union Technique des Mutuelles du Mali.

(3) Directeur de l'Unité Technique du GIE « Santé pour tous ».

transparency of their accounts and an inefficient supervision from the part of the department.

The main questions posed by this new experience concern the limits of the concept of community, the importance of citizenship in the development dynamics, the participation of private institutions in the accomplishment of public utilities, the jacobin and authoritarian attitude of the department representatives, the contradictions between multiplication of centres to improve geographic access and the requirements of financial viability.

Mots-clés : centres de santé communautaires - initiative de Bamako - décentralisation - recouvrement des coûts - participation.

Key words : community health centres - Bamako initiative - decentralisation - costs recovery - participation.

En mars 1989, s'ouvrait à Bamako le premier centre de santé communautaire ou « cscocom », créé à l'initiative d'un groupe de notables du quartier périurbain de Bankoni regroupés au sein d'une association de santé communautaire ou « asaco ».

Depuis lors, près de 350 autres cscocom et asaco ont vu le jour à travers l'ensemble du pays.

S'il est certain que la *qualité des soins* qu'ils dispensent représente l'élément fondamental de ces structures, leur viabilité constitue la question préalable à toute analyse.

Qu'est-ce qu'un centre de santé communautaire ?

Un « cscocom » est un *centre de santé privé sans but lucratif*, qui regroupe un dispensaire, une maternité et un dépôt pharmaceutique, et dont la gestion est assurée par une association d'usagers, dénommée « asaco ».

Bénéficiant des services d'une équipe de professionnels de santé dirigée par un médecin ou par un infirmier, il met à la disposition des populations vivant alentour des soins de premier niveau. Son statut privé lui impose d'assurer l'équilibre de ses

comptes, y compris la rémunération de son personnel, à partir du paiement par ses bénéficiaires des services qu'il dispense et de l'obtention d'éventuelles subventions.

Une « asaco » est *une association privée sans but lucratif* regroupant des habitants d'une même zone géographique (quartier urbain ou groupe de villages), dénommée « aire de santé », qui assure la gestion d'un centre de santé communautaire et conduit dans cette zone des activités de protection et de promotion de la santé.

Elle est liée à l'État par la signature d'une *convention*, qui l'engage à participer à la réalisation du *service public de santé* et précise les modalités de sa participation.

L'adhésion à l'asaco est individuelle et son fondement est le renforcement de la citoyenneté. Les enfants mineurs ou scolarisés et les épouses bénéficient de l'adhésion du chef de famille en tant qu'ayants droit. L'existence juridique de l'asaco résulte de la personnalité morale dont elle dispose ; son identité sociale repose sur le nombre de ses adhérents et leur degré d'engagement à son égard. Le moment fort de sa vie est son assemblée générale, qui réunit au moins une fois par an l'ensemble de ses

membres pour prendre les grandes décisions qui présideront à ses activités et plus précisément au fonctionnement et au développement de son centre de santé.

Le fonctionnement de l'asaco

Ses activités courantes sont confiées à un *conseil de gestion*, élu tous les 3 ans par l'assemblée générale pour veiller à l'application de ses décisions et à un bureau désigné en son sein pour assurer la continuité des activités. L'asaco doit apporter appui et conseils au directeur du centre de santé, informer les populations de l'aire de santé, afin de les mobiliser, et représenter l'association dans ses relations extérieures.

Chaque personne adhérente à l'asaco reçoit une *carte d'adhérent* qui concrétise sa décision et lui permet de *voter lors des assemblées générales*, de présenter sa candidature au conseil de gestion et de bénéficier avec ses ayants droits de la tarification normale lorsqu'ils ont recours aux services du centre. Si sa participation à la réalisation du service public impose au centre d'accueillir toutes les personnes qui sollicitent ses soins, l'asaco exige généralement des non adhérents une tarification supérieure à celle de ses membres.

La convention qui lie l'asaco à l'État assure au centre de santé le statut particulier de « Cskom ». Elle le distingue ainsi des cabinets médicaux privés et lui permet de participer à la réalisation du service public de santé, en bénéficiant de certains avantages, comme l'exemption de tout paiement d'impôts et taxes, la participation à des activités de formation et l'obtention de subventions.

Elle lui impose en retour le respect d'un *cahier des charges*, qui consiste essentiellement à réaliser un ensemble d'activités médicales et paramédicales en permettant l'accessibilité financière de la très grande majorité de la population. Ce « paquet minimum d'activité » comprend des soins curatifs, préventifs et promotionnels, y compris la réalisation d'accouchements et la cession de médicaments essentiels. Le cahier des charges exige par ailleurs du centre qu'il assure la permanence des soins, y compris la nuit, les dimanche et les jours fériés. Enfin, l'asaco est invitée à s'organiser pour assurer la prise en charge des personnes démunies et éviter toute exclusion.

La convention définit de plus les limites officielles de l'aire de santé à l'intérieur de laquelle doivent s'exercer les responsabilités du centre en terme de *couverture sanitaire* : il s'agira notamment de la réalisation du PEV, de la surveillance prénatale et du suivi des enfants sains, du dépistage et du traitement de certaines affections comme la tuberculose, d'activités éducatives, de la surveillance épidémiologique, de l'intervention en cas d'épidémie, etc.

Si les usagers ont la liberté de choisir le centre de santé qui leur convient pour y bénéficier des soins essentiels, il appartient à l'équipe du cskom d'aller au devant de la population vivant au sein de son aire de santé, pour lui proposer ses services, qu'il s'agisse de soins curatifs ou obstétricaux. Cette démarche, qui est à l'opposé des habitudes que l'on rencontre habituellement dans les pays d'Afrique francophone au sud du Sahara s'inscrit dans le passage nécessaire d'une médecine de masse à une médecine de la personne.

Cette initiative constitue un des éléments essentiels de la nouvelle politique de santé du Mali. Elle conduit à une nouvelle répartition des fonctions entre les établissements sanitaires qui assurent l'offre de soins et le ministère de la Santé, qui cherche à se concentrer sur des activités de régulation. Cependant, l'expérience montre que les risques de dérapage sont nombreux et qu'un tel système exige une place majeure de l'État, qui, loin de se désengager, doit au contraire être encore plus présent.

La naissance des asaco

La création d'une association de santé communautaire résulte généralement de l'initiative d'une personne, qui a su convaincre certains de ses proches de l'accompagner dans sa démarche et a initié une dynamique pouvant lui donner, à terme, une authentique identité communautaire.

Le premier noyau ainsi constitué ne dispose alors d'aucun caractère représentatif, mais va pouvoir donner à l'embryon d'association qu'il représente une existence juridique propre en se déclarant auprès de l'administration territoriale. Il va pouvoir ainsi débiter ses activités, se faire connaître et susciter de nouvelles adhésions. Au bout de quelques mois d'existence, il devra acquérir sa pleine légitimité en se soumettant au vote de l'assemblée générale de ses membres.

Il est donc nécessaire que ce premier bureau composé seulement de membres fondateurs reconnaisse le caractère provisoire de son statut et accepte de se soumettre au verdict des urnes dans des délais relativement brefs pour qu'une telle association puisse prétendre à une réelle représentativité.

Les discours qui s'appuient sur l'existence de « communautés prêtes à se mobiliser pour le bien commun » reposent sur une vision quelque peu utopique, qui résulte d'une mauvaise appréhension de la société malienne [3]. L'ignorance des règles sociales qui conduisent aux manifestations de solidarité ou aux émergences de conflits est à l'origine des nombreuses errances et des multiples échecs des actions menées dans le secteur de la santé au cours des 2 dernières décennies. Par ailleurs, la dynamique volontariste qui caractérise les projets de développement soutenus par des bailleurs de fonds conduit à imposer des rythmes qui ne sont pas en rapport avec les contraintes du développement.

Il existe à l'heure actuelle une telle demande potentielle de création de nouveaux centres de santé au sein des populations qu'il suffirait de répondre aux requêtes exprimées pour créer la dynamique dont dépend le succès de telles associations.

Il faut par ailleurs préciser que, si en zone urbaine les conseils d'administration peuvent être élus au suffrage direct, en zone rurale il est préférable qu'ils soient composés de représentants élus de chacun des villages qui constituent l'aire de santé.

Les relations entre l'État, les asaco et les cscm

Le statut d'association *agrée* qui caractérise les asaco, les place sous *la tutelle administrative de l'État*. Tout en acceptant leur caractère privé, ce dernier doit veiller à ce qu'elles respectent les conditions qui ont conduit à la reconnaissance de leur statut.

Son attention doit notamment être portée sur 4 aspects essentiels : le respect des règles démocratiques,

dont dépend la légitimité de leurs instances dirigeantes, la validité de leurs décisions, le respect de la non lucrativité de leurs activités et la transparence de leurs comptes.

Tout manquement à ces obligations devrait aboutir à la remise en cause de leur statut et à la suppression de leur agrément. De cscom, ces centres deviendraient alors de simples cabinets médicaux privés, qui devraient se soumettre aux textes qui leur sont afférents.

La convention qu'a signée leur asaco place les cscom sous *la tutelle technique de l'État*, qui doit veiller à leur participation effective à la réalisation du service public de santé. Confié aux médecins chefs de district, l'exercice de cette tutelle nécessite de la part des fonctionnaires du Ministère de la Santé un nouvel état d'esprit: ils doivent en effet oublier les relations hiérarchiques qui prévalaient jusqu'à ce jour au sein de la pyramide de santé, pour travailler dans un esprit d'équipe autour d'actions à mener et de résultats à atteindre.

Dans le contexte du Mali, une distinction doit être faite entre les cscom «avec infirmier» et les cscom «avec médecin». Si le manque de médecin a toujours justifié l'octroi du droit de prescrire aux infirmiers, il est nécessaire de rappeler que le statut des agents paramédicaux exige que leurs activités soient toujours réalisées sous la responsabilité directe d'un docteur en médecine, qui pour les cscom est en principe le médecin chef de leur district de rattachement. Il lui appartient en effet de répondre des éventuels manquements aux règles du droit et de la déontologie des infirmiers prescripteurs placés sous sa responsabilité.

Tous les cscom urbains disposant d'un médecin, ce problème ne concerne désormais que les cscom situés en zone rurale, qui dans leur très grande majorité sont encore dirigés par des infirmiers. Il faudra en effet attendre plus d'une quinzaine d'années pour que le processus d'installation de médecins de campagne [1] dont bénéficie le Mali et qui concerne actuellement 41 localités puisse aboutir à la médicalisation totale des cscom ruraux.

De nombreux problèmes entravent la conduite de cette évolution nécessaire et souhaitable. Ils résultent de la persistance de relations strictement hiérarchiques héritées de la période coloniale et renforcées à la fois par l'évolution politique du Mali jusqu'à une période récente, et par le dogmatisme qui caractérise le mode de pensée de certaines écoles de santé publique.

Enfin, les asaco se sont regroupées au sein d'une «Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaires» ou «FENASCOM», qui les aide à s'organiser et les représente auprès des pouvoirs publics et des partenaires au développement.

Quel bilan peut-on actuellement tirer?

Bamako compte à ce jour 35 centres de santé communautaires, qui bénéficient tous de la présence d'un docteur en médecine, salarié de l'association.

Une évaluation réalisée en 1998 [7] a montré que 16 centres, soit 46 % ont atteint un niveau d'activité leur permettant d'assurer leur autofinancement.

Malgré leur tarification, leurs activités sont relativement denses. En effet, 10 d'entre eux (28 %) ont dépassé la

moyenne de 20 consultations médicales par jour, tandis que 19 (54 %) se sont situés entre 10 et 20. Seulement 3 (8 %) ont dépassé le seuil de 1 000 accouchements par an, tandis que 15 (42 %) en ont réalisé entre 500 et 1 000.

L'analyse financière montre que, si les prestations sanitaires ont été globalement déficitaires, les cessions de médicaments en DCI ont permis à la plupart des centres d'équilibrer leurs comptes : elles se sont en effet élevées à 9 280 000 FCFA pour un coût de revient de 6 740 000 FCFA.

Le total des charges enregistrées par les 35 centres étudiés s'est élevé à une moyenne de 10 650 000 FCFA par centre pour un recouvrement global de 12 800 000 FCFA, réalisant ainsi un excédent de 2 150 000 FCFA [7].

Bien qu'ils soient pour la plupart de création récente, les cscoc occupent à ce jour une place importante dans la couverture sanitaire de la ville. C'est ainsi qu'à Bamako, ils ont assuré 69 % des consultations médicales réalisées dans le cadre du service public de santé, 48 % des accouchements, 53 % des consultations prénatales et 40 % de la couverture par le BCG [7].

Les zones rurales comptent quant à elles 312 cscoc, dont la plupart sont tenus par des infirmiers. On assiste cependant à l'arrivée de docteurs en médecine dans les villages : les deux tiers des 41 médecins de campagne installés en 1998 travaillaient en effet dans des centres de santé communautaires.

Une étude réalisée par l'Organisation Non Gouvernementale Santé Sud [1] a montré qu'en 1997, sur 21 centres de santé communautaires situés en zone rurale et bénéficiant de la présence d'un médecin, 10 avaient atteint un niveau d'activité leur per-

mettant d'assurer leur autofinancement, en apportant notamment des revenus suffisamment élevés au médecin pour assurer sa motivation et donc la pérennité de son exercice.

L'analyse montre à ce sujet qu'un tel équilibre nécessite au moins 2 ans d'activités continues pour être atteint.

En 1997, les 32 cscoc avec médecin de campagne ont effectué une moyenne de 3 829 consultations de médecine générale, de 562 consultations prénatales et de 203 accouchements [2].

Les tarifs les plus couramment pratiqués ont été de 500 FCFA pour une consultation au centre de santé et de 1 000 FCFA pour un accouchement.

Leur chiffre d'affaire moyen a été de 12 200 000 FCFA, dont 7 332 000 FCFA résultant de la cession de médicaments, soit 60 %.

Les cscoc situés en zone rurale et dirigés par des infirmiers sont également excédentaires : une étude réalisée par l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers [4] auprès de 13 établissements a en effet montré qu'en 1996, le montant moyen de leurs recettes s'est élevé à 4 370 711 FCFA, alors que celui de leurs charges (hors amortissements) était de 3 812 560 FCFA.

Quels sont les points forts des cscoc et des asaco ?

Les cscoc ont pour atout le mode de *gestion privé sans but lucratif* qui les caractérise :

- en tant qu'établissements privés, ils appliquent les règles de gestion propres aux entreprises, en cherchant à optimiser leurs résultats afin d'assurer l'équilibre de leurs comptes et leur développement. La pleine responsabilité qu'exerce leur directeur

constitue un élément essentiel de leur engagement. La possibilité d'un intéressement du personnel aux résultats financiers crée une des conditions nécessaires pour une réelle efficacité des centres.

- en tant qu'établissements sans but lucratif, ils ont pour seul but d'apporter aux usagers les services qu'ils attendent, en appliquant les décisions de leur assemblée générale.

- en tant qu'établissements conventionnés, ils doivent répondre aux exigences du service public défini par le cahier des charges que leur impose la convention signée par leur asaco avec l'État, mais doivent en retour bénéficier de l'octroi par l'État des ressources correspondantes.

Les asaco ont pour but de promouvoir la *responsabilisation des citoyens* à l'égard de leurs problèmes de santé, en organisant d'une part leur participation à la régulation de l'offre de soins, en les associant d'autre part à la définition et à la mise en œuvre des actions de santé au niveau local.

Le mode d'adhésion individuel et volontaire qui caractérise les associations contribue à cette responsabilisation. Les insuffisances de cette dernière ont en effet constitué une des grands faiblesses des initiatives antérieures, qui faisaient pourtant de la participation des populations leur fer de lance.

La grande distinction qui sépare les asaco des comités de santé qui ont prévalu au Mali et qui existent dans de nombreux pays réside dans la *personnalité morale* dont elles disposent. Celle-ci en fait des partenaires à part entière de l'État et des différents acteurs du système de soins. Grâce à elle, elles peuvent agir en tant qu'employeur, posséder un compte bancaire, disposer d'un patrimoine, signer des conventions et des contrats,

recevoir des subventions, ester ou être appelées en justice,... À travers les asaco, les populations ne sont pas seulement associées à la gestion des centres, mais au contraire pleinement responsables de cette gestion.

L'autorisation de gérer un centre de santé qui leur est accordée en fait des *associations agréées* [6], placées de fait sous la tutelle de l'État. La convention qu'elles ont signée précise le cahier des charges qui leur est imposé dans la réalisation du service public de santé, malgré leur statut privé.

D'essence démocratique, à travers l'application des statuts qui assurent la représentativité de leurs instances dirigeantes, elles constituent un des outils de la *décentralisation* dans le secteur de la santé.

Dans cet esprit, les asaco s'inscrivent en fait dans l'expression de la citoyenneté, qui invite chaque personne à s'impliquer non seulement dans le fonctionnement des institutions, mais aussi dans l'organisation de la vie locale.

À ce titre, elles accompagnent et renforcent le processus de décentralisation territoriale actuellement en cours au Mali, en offrant aux citoyens un cadre organisé pour s'impliquer dans la gestion du domaine précis que constitue la santé.

Quelles sont les faiblesses des cscom ?

Malgré leurs succès et le bien fondé des espoirs qui peuvent être mis en eux, les cscom du Mali souffrent encore de grandes insuffisances.

1. *Le manque de vie démocratique au sein des associations*: la tentation est grande pour les personnes qui sont à la tête des asaco, et en parti-

culier celles qui ont participé à leur création, de tout faire pour y rester au-delà du terme du mandat qui leur a été accordé.

En zone urbaine, les obstacles intervenant dans la distribution des cartes d'adhésion, la rareté des assemblées générales statutaires ou la discrétion qui entoure leur convocation, le manque de rigueur dans la réalisation des votes, le non respect de la durée des mandats sont des dysfonctionnements fréquents. Ils doivent être interprétés comme des pratiques destinées à contourner des statuts faits pour assurer le caractère démocratique des élections.

En zone rurale, le mode d'adhésion par village sans engagement individuel et sans recours à de véritables élections conduit à placer les asaco entre les mains de l'oligarchie en place. Celle-ci est peu motivée pour y consacrer le temps et les efforts requis, et implique rarement les autres villageois dans la vie de l'association et la gestion du cscm.

2. *Le manque de transparence des activités et des comptes*: les absences fréquentes de vote du budget en assemblée générale, de validation des comptes des années écoulées, de séparation entre l'ordonnateur et le comptable et même de tenue rigoureuse des comptes créent une opacité dans le fonctionnement des asaco qui favorise la mauvaise gestion et les abus de biens sociaux. Outre les préjudices directement liés à ces insuffisances, il en résulte une défiance des usagers à l'égard de l'association.

3. *Le dirigisme d'État et l'absence de véritable tutelle*: imprégnés du jacobinisme hérité de l'époque coloniale et renforcé par les options socialistes de la 1^{re} République, les représentants de l'État ont souvent

tendance à développer des relations hiérarchiques avec les asaco. Nombreux sont encore ceux qui leur donnent des instructions, en oubliant qu'elles disposent d'un statut privé et donc d'une totale indépendance d'action tant qu'elle se maintiennent dans le respect des lois, des règlements et des conventions qui les lient à l'État.

La tradition de « commandement » qui caractérise l'administration malienne s'oppose à un exercice authentique de la tutelle. Ainsi, pour un médecin chef de district sanitaire, un centre de santé ne peut être que « privé » et échapper à tout contrôle de l'État ou « public » et se trouver sous l'autorité hiérarchique de ses représentants.

L'état d'esprit qui en résulte prive l'asaco de toute la dynamique qu'exige son bon fonctionnement : se sentant totalement soumis, son bureau perd toute initiative et tout le sens de ses responsabilités pour se limiter parfois à un rôle de simple courroie de transmission.

À l'inverse, l'État ne joue pas le rôle de tutelle qui lui revient : il ne sait pas plus veiller au respect des statuts, qu'à celui des termes de la convention.

4. *La confusion entre les fonctions de présidence de l'asaco et de direction du cscm*: les membres du bureau de l'asaco considèrent qu'ils ont une autorité absolue sur le directeur du centre de santé, sans prendre en compte ni les spécificités de sa fonction, ni celles de ses responsabilités médicales. Ils interviennent dans des domaines qui relèvent strictement de compétences techniques et suscitent un sentiment de frustration chez le responsable du centre, surtout lorsqu'il s'agit d'un médecin. Cette situation aboutit souvent à son découra-

gement et va parfois jusqu'à le conduire à l'abandon de ses fonctions.

5. *La carte sanitaire* : l'accent mis à juste titre par les organisations internationales sur l'amélioration des indicateurs de couverture sanitaire conduit le ministère de la Santé à une multiplication excessive des centres, qui met en cause leur viabilité financière et leurs performances. Par ailleurs, l'absence de concertation entre les services du ministère de la Santé et ceux de la mission ministérielle chargée de la décentralisation territoriale (qui travaille pourtant sur des effectifs de population équivalents et selon les mêmes principes de négociation avec les populations), a abouti à un double découpage définissant les limites des aires de santé et celles des communes, qui ne manquera pas de poser aux cscocom de nombreux problèmes dans les années à venir.

6. *L'inadéquation des modalités de financement des activités préventives* : les cscocom reçoivent de l'État les intrants prévus dans le cadre des programmes nationaux de santé publique, comme s'il s'agissait des formations sanitaires publiques, mais ils ne bénéficient d'aucune prise en charge des dépenses de structure correspondantes que constituent notamment les charges salariales. Conscients des pertes financières que provoquent les activités préventives ou promotionnelles, les cscocom ont tendance à se concentrer sur les soins curatifs, qui sont, eux, incitatifs, car les ressources qu'ils génèrent sont proportionnelles au nombre d'actes réalisés.

7. *Le retour à « l'esprit fonctionnaire » du personnel soignant* : l'évolution des Cscocom au Mali a permis de constater le retour progressif de « l'esprit fonctionnaire », que l'on rencontre dans les formations sanitaires

publiques. La création des premiers cscocom, marquée par la volonté de mettre l'offre de soins au service des usagers, avait conduit à l'adoption de règles précises d'organisation et de fonctionnement, qui imposaient une certaine rigueur à l'accueil des malades, à la conduite des consultations, au déroulement des soins, à la tenue des fiches individuelles, à la prescription médicamenteuse,...

À l'heure actuelle, on ne peut que constater dans un nombre croissant de centres un relâchement significatif des conduites du personnel soignant : le médecin abandonne de nombreuses consultations à des infirmiers; la sage femme laisse faire la plupart des accouchements à des matrones; les prescriptions sont moins rigoureuses; l'accueil laisse à désirer; les passe-droits réapparaissent;...

Ce constat ne doit pas être considéré comme une fatalité, mais comme le résultat des dérives dont ont souffert ces établissements, à savoir l'appropriation des asaco par une oligarchie sans légitimité, la déresponsabilisation et le découragement des directeurs de centre, ainsi que les grandes insuffisances de l'État qui doit rester le principal garant du système, dans l'exercice de sa tutelle.

8. *Le manque de formation du personnel soignant et des membres des bureaux des asaco* : le personnel soignant ne bénéficie pas du niveau de formation continue, qu'exige l'amélioration de la qualité des soins et de la gestion du centre. Quant aux membres des bureaux des asaco, ils ont rarement les connaissances nécessaires pour jouer le rôle qui leur revient en matière d'organisation et de gestion d'un centre de santé et

n'ont pas non plus été formés en conséquences.

Mesures à prendre pour assurer la réussite des cscsm

Deux mesures s'imposent pour mettre un terme aux dérapages de certaines asaco et recréer les conditions de confiance dont dépend l'adhésion des membres et donc la force de la vie associative.

1. *Imposer le respect de la démocratie* au sein des asaco par l'organisation d'une journée nationale au cours de laquelle seront renouvelés tous leurs conseils de gestion. Réalisée tous les 5 ans par la FENASCOM sous le contrôle des représentants de l'État, cette journée électorale redonnera les bases de citoyenneté indispensables au processus de participation.

2. *Garantir la transparence des comptes*, par la réalisation annuelle d'un audit externe dont les résultats seront présentés lors de l'assemblée générale statutaire des membres.

En plus de ces deux mesures essentielles, d'autres décisions devront permettre aux asaco et aux cscsm de mieux répondre à leur vocation.

1. *Reformuler les textes relatifs aux asaco*: les asaco et les cscsm sont régis par un arrêté interministériel qui préside à leur création, à leur organisation et à leur fonctionnement et qui demande à être complété pour combler certaines lacunes. Ces modifications devront notamment concerner les modalités d'organisation des élections, la définition des responsabilités respectives du bureau de l'asaco et du directeur du centre de santé, les modalités de convocation et d'organisation des assemblées générales, le contenu minimum et le délai de

transmission à la tutelle du procès verbal des assemblées générales, les modalités d'exercice de la tutelle par les représentants de l'État et les mesures à prendre en cas de manquement, etc.

2. *Limiter le montant des cotisations pour augmenter le nombre des adhésions aux asaco*: la force de ces associations réside dans le nombre et la diversité de leurs membres, il est nécessaire de réduire le montant des cotisations annuelles, afin que personne ne puisse rencontrer la moindre difficulté de les rejoindre. L'absence de finalité mutualiste des asaco ne justifie nullement des montants, qui, bien que modestes, posent problèmes aux familles les plus démunies.

3. *Attribuer des subventions aux cscsm situés dans des zones de faible densité de population*: de nombreux cscsm situés dans la zone Sahélienne du Mali sont dans l'incapacité technique d'atteindre le niveau de ressources nécessaires pour couvrir leurs charges ordinaires. Ils doivent en conséquence pouvoir bénéficier de subventions à visée structurelle, destinées à équilibrer leurs comptes. Pour éviter tout abonnement démobilisateur, ces subventions doivent s'inscrire dans le cadre de contrats d'objectifs et de moyens et conduire à des évaluations périodiques.

4. *Contractualiser la participation des cscsm à la réalisation des grands programmes de santé publique*: l'intégration des cscsm dans la réalisation des activités préventives et promotionnelles comme le PEV ou la lutte contre la tuberculose nécessite la mise en place de relations contractuelles entre l'État, maître d'ouvrage, et le cscsm, maître d'œuvre. Conçus sur la base d'un consensus entre les deux parties, que constituent le direc-

teur du cscm et le médecin chef de district, ces contrats de droit privé, doivent reposer sur des paiements proportionnels aux résultats constatés et non pas sur l'octroi d'une dotation budgétaire systématique. Ils devront permettre :

- au cscm de bénéficier des ressources nécessaires à la réalisation des activités prévues, afin qu'elles puissent non seulement couvrir les charges correspondantes, mais aussi dégager des excédents qui pourront être répartis entre le personnel afin d'élever son degré de motivation ;

- au médecin chef de district de ne décaisser les ressources mises à sa disposition qu'en fonction des services effectivement rendus et de faire augmenter les ressources du centre en fonction du dépassement des scores annoncés dans les termes du contrat.

5. *Assurer la formation professionnelle du personnel soignant* : quel que soit le bon fonctionnement d'une asaco, la qualité des services offerts par son cscm est liée aux compétences de son personnel soignant. C'est en effet d'elles que dépend non seulement l'amélioration des résultats attendus en terme de santé publique, mais aussi la fréquentation du centre et donc ses capacités financières.

6. *Former les membres des bureaux des asaco afin qu'ils puissent assurer au mieux leurs fonctions* : leur formation devra non seulement porter sur la gestion des cscm, mais aussi sur l'amélioration de la santé des populations. Le recours à l'alphabétisation fonctionnelle en langues nationales constituera un des atouts de ces formations.

7. *Assurer une évaluation régulière des centres* : basée sur les notions de qualité des soins, de maîtrise des coûts et d'impact en terme de santé

publique, cette évaluation devra conduire à un classement des centres permettant d'une part de créer l'émulation nécessaire à l'amélioration des performances, d'autre part de procéder à des accréditations.

Les perspectives

Les cscm du Mali bénéficieront au cours des années à venir de deux innovations essentielles : la création des communes rurales et le développement de la mutualité.

Les 682 communes rurales nouvellement créées ont reçu notamment la charge de « décider en matière de création et de gestion des centres de santé communautaires ». Ce contexte institutionnel contribuera au renforcement des cscm, en provoquant une demande de création de nouveaux centres de santé par de nombreuses communes qui en sont démunies. L'analyse des populations de ces nouvelles collectivités locales conduit à chiffrer à 917 le nombre optimum de centres de santé de 1^{er} niveau [2] que peut espérer le Mali, dont 199 en zone urbaine et 718 en zone rurale. Certaines communes devant se regrouper pour atteindre l'effectif minimum de 10 000 habitants que nécessite actuellement la viabilité financière de tels centres de santé.

L'hypothèse la plus probable est que chaque commune procède à la construction des locaux du centre de santé et en confie la gestion à une asaco. La convention de service public devra alors devenir tripartite et regrouper l'asaco, la commune et l'État.

Le développement des *mutuelles de santé* sera d'un apport considérable au renforcement des cscm. Ces organismes de prépaiement ont en effet commencé à appliquer les principes de l'assurance maladie vo-

lontaine, permettant aux usagers d'anticiper sur leurs dépenses de santé pour disposer d'une prise en charge totale ou partielle à travers l'institution de mécanismes de *tiers payant*.

Elle permettront par ailleurs de constituer un puissant organe de régulation de l'offre et de la demande de soins, qui contribuera à la correction des insuffisances exposées ci-dessus.

- en ce qui concerne l'offre, la mise en place de mécanismes d'*accréditation* reposant sur des évaluations périodiques des établissements désireux de signer une convention avec certaines mutuelles devra introduire les centres dans une dynamique d'*amélioration de la qualité des soins et de maîtrise des coûts*.

- en ce qui concerne la demande, obligation sera faite aux mutualistes de choisir un centre de santé ou un cabinet médical, pour bénéficier de la prise en charge des soins de référence, qu'il s'agisse d'actes spécialisés ou d'hospitalisations. Cette constitution de *filiales de soins* contribuera à la rationalisation indispensable pour assurer la cohérence des recours, l'efficacité des soins et la maîtrise des dépenses de santé.

Il est cependant nécessaire de ne pas considérer les asaco comme des pré-mutuelles. Leur vocation doit se limiter à la gestion de l'offre de soins en mettant à la disposition de tous les usagers des services de qualité au meilleur coût. Les relations entre cscm et mutuelles doivent s'effectuer à travers la signature de conventions permettant d'assurer une prise en charge dans le cadre d'un *tiers payant*. Les asaco, qui sont des organismes de gestion, sont des structures hétérogènes, qui regroupent leurs membres sur des critères de proximité géographique, alors qu'ils

peuvent appartenir à des origines socio-professionnelles très diverses. Les mutuelles, qui sont des organismes de financement, sont quant à elles des structures beaucoup plus homogènes constituées sur la base de membres issus des mêmes professions et donc relativement proches les uns des autres.

En conclusion

Les centres de santé communautaires qui ont vu le jour il y a 10 ans au Mali ont permis au système de soins de ce pays, qui fait partie des plus pauvres du monde avec un PIB/habitant de 270 US\$ par an, de faire un pas qualitatif, en créant entre le secteur public et le secteur privé classique un secteur intermédiaire, qui allie les objectifs de santé publique du premier au pragmatisme gestionnaire du second.

La création de ces centres s'inscrit dans un processus de restructuration en profondeur du système de soins de ce pays qui rompt avec l'organisation hiérarchique de la pyramide sanitaire pour confier une grande partie de l'offre de soins à un réseau d'établissements privés sans but lucratif, gérés par des associations d'usagers et liés à l'État par des conventions de service public.

Si l'expérience malienne montre la faisabilité technique, humaine et financière de tels centres, elle met en évidence un piège et des insuffisances, qui doivent être évités pour ne pas aboutir à leur dénaturation complète et les réduire à des slogans politiquement corrects.

Le piège consiste à donner un contenu idéologique au terme de « communauté », alors que la spécificité des cscm est d'ordre essentiellement juridique et s'appuie avant

tout sur le concept de citoyenneté. Les associations de santé communautaire qui les gèrent doivent en effet permettre l'implication volontaire des usagers et apporter aux centres la représentativité qu'exige la responsabilité.

Les insuffisances se traduisent essentiellement par un déficit démocratique, qui aboutit à l'appropriation du centre par une oligarchie, par la non transparence des comptes, qui conduit à des gaspillages et à des abus de biens sociaux et par un mauvais exercice de la tutelle, qui a pour conséquence le retour des centres dans la logique habituelle des formations sanitaires publiques.

De plus, la réussite de ces centres nécessite l'adoption de mesures de santé publique nouvelles, dont dépend leurs aptitudes à remplir pleinement leurs fonctions et à assurer leur développement.

Il s'agit d'abord de mettre en place des mécanismes de subvention à visée structurelle pour assurer la viabilité des centres situés dans les zones à très faible densité de population du Nord du pays. Il s'agit ensuite de restructurer les programmes nationaux de santé publique, comme le PEV ou la lutte contre la tuberculose, autour de relations contractuelles avec l'État pour permettre aux csom

de trouver les ressources nécessaires à leur engagement dans la conduite d'actions préventives et promotionnelles. Il s'agit enfin de mettre en place des mécanismes d'évaluation externe, permettant aux différents acteurs du système de soins de connaître le niveau de performance de chaque centre et de conduire éventuellement à des accréditations.

Il ne faudra cependant pas oublier que c'est aussi de leur aptitude à améliorer la qualité des soins et la maîtrise des coûts que dépendra la réussite de ces centres.

Par ailleurs, la création récente au Mali de 682 communes rurales et le développement des mutuelles constitueront des atouts certains pour le développement des centres de santé communautaires, non seulement par les soutiens financiers qu'elles sont en mesure de leur apporter, mais aussi par les mécanismes régulateurs supplémentaires qu'elles sont susceptibles d'introduire au sein du système de soins du pays.

Si la société malienne est capable de prendre les mesures correctives qui s'imposent, les cscom permettront au système de soins de trouver l'assise que le Mali a toujours cherché à réaliser dans le domaine de la santé publique depuis son accès à l'indépendance.

BIBLIOGRAPHIE

1. Baliq H. « L'expérience des médecins de campagne du Mali », Publication Orstom-AMCM-Santé Sud, Document photocopié, Bamako, 1998, 122 p.
2. Baliq H. « Le système de soins du Mali : analyse, perspectives nouvelles et étude prospective à moyen terme », Thèse de Doctorat de l'Université de la Méditerranée, Marseille, 1998, 600 p.
3. Baliq H. « Le concept de Communauté et ses limites : à propos des centres de santé communautaires du Mali », (*) Communication au Colloque « Anthropologie des systèmes et des politiques de santé », organisé à Paris par l'Amades du 6 au 8 janvier 1999.
4. Blaise P, Kegels G, Van Lerberghe W. « Coûts et financements du système de santé de Cercle au Mali », *Studies in Health Services and Policy*, 5, Anvers, 1997, 130 p.

5. Brunet Jaily J. « Innover dans les systèmes de santé : expériences d'Afrique de l'Ouest », Éditions Karthala, Paris, 1997.
6. Désouches MJ. « Comptabilité et gestion des associations », 67^e édition, Delmas, Paris, 1995, 187 p.
7. Mevel A. « Rapport de la visite des centres de santé communautaires du District de Bamako effectuée du 5 mars au 21 avril 1998 », Direction Régionale de la Santé, Document photocopié, Bamako, 1998, 24 p. + annexes.
8. Ministère de la Santé, des Personnes Âgées et de la Solidarité : « Rapport sur la mise en œuvre de l'initiative de Bamako au Mali, 10 ans après », Document photocopié du Secrétariat Général, Bamako, 1999, 52 p. + annexes.