

Chapitre XIII

Le concept de communauté et ses limites : à propos des centres de santé communautaires du Mali

Hubert Balique

Lors des discussions qui conduisirent à la création du premier centre de santé communautaire du Mali en 1988, l'initiateur de cette expérience, le regretté Lassana Siby, proposa d'employer le mot « communautaire » pour baptiser ce nouveau type de structure. « Le mot communautaire plaît aux bailleurs de fonds », expliqua-t-il pour justifier son choix.

Effectivement, le mot plut tellement aux bailleurs de fonds, qu'ils contribuèrent à son adoption par le Projet « Santé Population Hydraulique Rurale » conduit par le Ministère de la Santé avec l'appui financier de la Banque Mondiale. Il fut alors inscrit dans le texte de la « déclaration de politique sectorielle » qui devait accompagner tout projet soutenu par la Banque. Les « ASACO » et les « CSCOM » étaient nés.

Dans le langage des personnes qui se disent progressistes, le mot « communauté » a un contenu magique qui est censé ouvrir de nombreuses portes. Parmi les discours qui permettent d'expliquer la puissance de ce mot, deux d'entre eux peuvent être mis en exergue :

1. *La communauté, c'est l'égalité et le partage.* C'est le groupe contre l'individu, le rapprochement du riche et du pauvre, la disparition du maître et de l'esclave,... L'organisa-

tion en « communes » des collectivités locales, la « Commune de Paris » de 1871, le système « communiste » sont autant de faits historiques qui ont contribué à donner à ce terme une connotation idéologique. Ses années de gloire furent probablement celles qui firent suite aux événements de mai 68 : le départ du monde « bourgeois » de nombreux soixante-huitards pour se retrouver dans des « communautés » a concrétisé un courant de pensée qui a fait de ce mot le symbole d'une nouvelle façon de vivre.

2. *La communauté, c'est l'Afrique* avec ses images d'Épinal développées dès l'époque coloniale et reprises par un courant de pensée imprégné des idées de Rousseau. C'est le village contre la ville, la propriété collective contre celle d'une minorité, les échanges contre la solitude, la démocratie contre le pouvoir d'une oligarchie, la solidarité contre l'indifférence,...

La synthèse de ces deux visions a conduit les personnes qui s'intéressent au tiers monde à produire un discours qui fait de la communauté la clé de voûte d'un certain type de développement.

Les centres de santé communautaires et leur réalité « communautaire »

Les centres de santé communautaires du Mali sont des centres de santé¹ qui sont gérés par une *association privée sans but lucratif* composée d'usagers et qui sont liés à l'État par une *convention* les amenant à participer à la réalisation du *service public*. Ils assurent ainsi un « paquet minimum d'activité »² et fonctionnent à partir de ressources issues de mécanismes de *recouvrement des coûts*.

Dès sa création en 1989, le premier centre de santé communautaire, qui a vu le jour à Bamako dans le quartier

1 On entend par « centres de santé » une formation sanitaire de premier niveau, qui regroupe généralement un dispensaire, une maternité et un dépôt pharmaceutique.

2 Le paquet minimum d'activité ou « PMA » recouvre essentiellement les soins curatifs, les accouchements, les activités de santé de la mère et de l'enfant, les vaccinations, la vente de médicaments essentiels, le traitement de tuberculose et de la lèpre.

populaire de Bankoni, a connu un succès considérable et ses activités ont vite dépassé toutes les prévisions de ses initiateurs.

Au bout de quelques mois, un deuxième centre voyait le jour, puis un troisième. Un processus autonome de création de CSCOM par des usagers était lancé. Mais avec sa reconnaissance officielle en 1991, la multiplication de ce nouveau type de structure de soins devint un objectif à part entière du Ministère de la Santé. Au lieu de laisser les initiatives poursuivre d'elles mêmes leur développement, une grande mobilisation fut organisée auprès des « communautés » pour qu'elles créent leur « association de santé communautaire » ou « ASACO » et leur « centre de santé communautaire » ou « CSCOM ». À ce jour, le pays en compte plus de trois cents, dont plus de trente à Bamako.

Après dix ans d'expérience, l'évaluation de ces centres permet de conclure que lorsqu'ils sont gérés avec compétence, ils sont non seulement *viables* dans leur ensemble (en accordant cependant des subventions à ceux qui sont situés dans les zones à faible densité de population), mais ils sont de plus en mesure d'apporter aux usagers vivant alentour des soins efficaces et pertinents. Cette évaluation montre également qu'ils *souffrent de deux maux majeurs* : le manque de vie démocratique au sein des associations, et le manque de transparence dans leur gestion.

Le succès de ces centres peut être attribué d'une part à la « *logique d'entreprise* » sur laquelle ils ont été conçus : les soins qui y sont dispensés sont considérés comme des services en termes économiques et donc le résultat d'une logique de production, tenant compte à la fois des exigences de coût et des attentes des bénéficiaires ; d'autre part aux objectifs de *service public* qui leur sont assignés et qui les contraignent au respect d'un cahier des charges.

Leurs insuffisances résultent essentiellement du manque de compétences ou de rigueur de leurs responsables, d'une mauvaise appréciation par les représentants de l'État du rôle qui leur revient en tant qu'organes de tutelle, et d'erreurs manifestes sur « l'approche communautaire » dont ils sont l'objet.

Dans leur conception, la nature « communautaire » des CSCOM est censée reposer sur quatre considérations majeures : ils sont créés à l'initiative « d'une » communauté : c'est à la « communauté » que reviennent toutes les grandes décisions ; ils sont gérés par « cette » communauté, à travers l'association d'usagers qui la représentent ; ils sont situés au contact direct de « la communauté » ; ils prennent en charge les questions de santé considérées comme prioritaires par « la communauté ».

Mais l'analyse montre que de nombreux centres de santé communautaire sont l'objet de fortes déviations qui conduisent à remettre en cause la réalité de leur identité communautaire.

À Bamako, où le principe d'une adhésion individuelle a été admis, on constate en effet une *appropriation* de ces centres par le président de l'association : les rares réunions de bureau ne portent que sur des questions de gestion courante ; les assemblées générales sont exceptionnelles ; le président prend souvent seul les décisions importantes, après avoir éventuellement pris l'avis de certains de ses proches ; aucun budget n'est voté et les comptes sont habituellement opaques ; le mandat du bureau, qui est normalement de trois ans, s'éternise, sans que soit évoquée la moindre échéance. Pour étouffer toute velléité de dynamisation de la vie associative, aucun effort n'est accordé au renouvellement et à la diffusion des cartes de membre pour augmenter le nombre d'adhérents.

En zone rurale, le principe qui prévaut est celui d'une association composée de délégués des différents villages, situés à proximité du centre de santé et qui ont accepté d'appartenir à la même aire de santé. Le choix des délégués étant laissé à la discrétion des villages, ce sont en fait les « personnes influentes » qui cooptent leurs représentants, renforçant ainsi la réalité des pouvoirs en place, qu'ils soient traditionnels, religieux ou financiers.

Si des réunions de bureau ont lieu de temps à autre, elles consistent principalement à approuver des propositions qui leur sont faites par le médecin chef du district sanitaire. En effet, les bureaux des associations qui ont été créés à

l'initiative de ces médecins considèrent qu'ils se trouvent sous leur autorité hiérarchique directe. Habitué à se soumettre aux exigences du pouvoir central, ils acceptent d'autant plus cette dépendance qu'ils vont pouvoir user de la légitimité qu'elle leur procure pour s'imposer davantage aux autres membres de l'association.

Ainsi, le concept de communauté se limite-t-il à une simple déclaration qui donne aux « centres de santé communautaire » une image « politiquement correcte » à une époque où il est de bon ton de parler « communauté », décentralisation et démocratie. Il est vrai, cependant, qu'en tant que structures de soins, les centres de santé communautaires présentent tous un aspect novateur : leur nature « associative » et leur statut « privé sans but lucratif » est en effet incontestable et ils constituent de fait un troisième secteur entre le public et le privé.

Les raisons de cette déviation peuvent être trouvées dans une appréhension erronée du concept de communauté et dans une méthode inappropriée de promotion et de suivi des CSCOM.

Les fondements du concept de communauté

L'idée la plus courante fait du village le modèle type de ce que l'on peut considérer comme « la communauté ».

Un village d'Afrique est en effet perçu comme une entité homogène, qui évolue sous l'autorité d'un chef traditionnel, entouré de ses conseillers. Les grandes discussions conduisent tous les chefs de famille à se retrouver sous l'arbre à palabre, symbole de la démocratie africaine, pour permettre à chacun de donner son avis et parvenir au *consensus* sur lequel repose toute prise de décision.

Lorsqu'un technicien s'adresse à un village, il « le » sensibilise généralement, puis « lui » laisse le temps de décider. La réponse qui est donnée en retour par le chef de village ou par son représentant est considérée comme la pleine expression du choix de la « communauté ». Ainsi, est-il courant d'entendre dire « il faut consulter la communauté... » ou « la communauté a décidé de... ».

Dans une telle approche, rien ne saurait contester la réalité de la décision : la parole du chef de village engage l'ensemble de « la communauté », dont aucun membre ne remettra en cause la légitimité. Cependant, la décision qui aura été prise concernera le village en tant qu'institution politique, mais ne liera en rien chacun des villageois pris individuellement.

C'est ainsi que si le village a accepté le versement d'une cotisation individuelle, la plupart des chefs de famille accepteront de s'y soumettre, comme ils l'ont toujours fait. Mais la réalité de cette adhésion sera discutable, car la réponse positive du village ne sera pas forcément le reflet de l'adhésion de tous ses membres. Dans un tel contexte, la nature communautaire des centres de santé communautaire se trouve vide de sens.

Ce constat n'a rien de surprenant si l'on admet l'organisation sociale qui règne au sein d'un village au Mali : qu'il soit d'essence bamanan, peul ou songhaï, le village y est le fruit de *l'organisation de la société*. Sa cohésion repose sur le principe d'une inégalité fondamentale entre ses membres et sur l'importance de la force (*fanga* chez les bambara) dans l'exercice du pouvoir.

Les droits de chaque individu au sein du village sont avant tout déterminés par sa famille, par son âge et par son sexe. De même qu'il existe un hiérarchie de droit entre hommes et femmes et entre classes d'âge, perdurent des différences considérables entre les « nobles » (*horon*) et ceux qui ne le sont pas³.

Il existe également des différences de droit entre les familles nobles qui ont accès à la chefferie et celles qui en sont exclues, entre les familles « autochtones » du village et les familles « étrangères » — ce dernier qualificatif nécessitant la présence de plusieurs générations de la même famille dans un même village pour disparaître —, entre les familles n'appartenant pas à l'ethnie dominante, c'est-à-dire par

3 Dans les sociétés bamana, ne sont pas nobles les membres des familles dites « de caste » (*nyamakalaw*) que sont principalement les forgerons, les griots et les cordonniers, ainsi que les descendants des anciennes familles d'esclaves (*wolosow*).

exemple les Peuls dans un village bambara ou les Maures dans un village songhaï.

On assiste par ailleurs à une évolution considérable des rapports sociaux liés à l'argent : quelles que soient ses origines familiales, son âge et son sexe, une personne riche bénéficie d'une élévation de son statut social proportionnelle à l'importance de sa fortune et de sa sphère d'influence.

Ainsi, en admettant que le village constitue bien une communauté, accepte-t-on le principe d'*inégalité fondamentale* entre ses membres.

On accepte également que les décisions soient prises par une minorité n'ayant d'autre légitimité que celle de sa naissance, de son argent ou des ses relations politiques.

Par ailleurs le concept de communauté ne peut pas être utilisé sous le qualificatif de « la communauté », qui suppose que chaque individu n'appartient qu'à *une seule* communauté. Si l'on admet qu'une communauté est un « groupe de personnes vivant ensemble et partageant des intérêts, une culture ou un idéal commun », on doit considérer que chaque personne appartient généralement à *plusieurs* communautés.

Il appartient bien évidemment à sa communauté villageoise, qui regroupe toutes les personnes vivant dans la même localité, mais il appartient aussi à une communauté religieuse et à une communauté ethnique. L'exercice d'une profession, la politique, le sport, la chasse, la belote et maintes autres activités qui sont à même de créer des pôles d'intérêt peuvent être considérés comme support de communautés à part entière, suscitant chez chacun de leurs membres une identité particulière.

Ainsi, le terme « la communauté » ne doit-il pas être employé seul, mais suivi d'un qualificatif précis, tel que la communauté villageoise, la communauté catholique, la communauté des fonctionnaires, etc. Autour de chacune de ces communautés peuvent se construire des alliances et peuvent se prendre des initiatives. La création des tontines en est un exemple.

Le concept d'association

Face au concept de communauté, qui s'inscrit dans l'archaïsme des sociétés, émerge une dynamique nouvelle : celle de la *citoyenneté* et du droit d'association qui en résulte. Ce droit, qui est inscrit dans la constitution malienne, permet à chaque individu de se regrouper librement avec une ou plusieurs autres personnes pour créer une entité sociale nouvelle qui disposera de la personnalité morale et pourra donc exercer tous les droits qui sont inscrits dans la législation. La décision de confier la gestion d'un centre de santé à une association d'usagers résulte de la volonté de donner à chaque personne considérée comme un citoyen la possibilité de *participer* à la création puis à la régulation d'une offre de soins.

Elle s'inscrit dans une démarche qui relève des principes de la *démocratie et de la décentralisation* : femme ou homme, jeune ou vieux, autochtone ou « étranger », noble, casté ou descendant d'esclave, riche ou pauvre chaque personne est libre d'adhérer ou de ne pas adhérer à une association.

Chaque membre d'une association possède une voix pleine et entière qui lui permet d'accorder son pouvoir pour un temps déterminé à d'autres personnes qui la représenteront. Il est pour cela nécessaire que le mode de scrutin qui sera adopté garantisse à chacun le secret de son choix.

Ce principe *d'égalité de droit* permet l'émergence de nouveaux rapports sociaux qui se substitueront progressivement au produit de cultures imprégnées de féodalité, dans le respect des idées et de la liberté de chacun.

Cependant, le poids du passé, des intérêts bien compris et des pressions sociales nécessite la présence de *mécanismes régulateurs* pour protéger l'émergence de cette citoyenneté et des droits qui lui sont liés.

Dans l'État démocratique que s'efforce de construire le Mali de la III République, l'État reste en effet le premier garant du droit. Lui seul est en mesure d'imposer la transparence et le respect des règles du jeu. De plus, il bénéficie de

la force considérable que constitue l'octroi de subventions : s'adressant à des adultes responsables, il peut faire varier son soutien financier aux associations, en fonction du respect effectif des principes qui auront été librement consentis.

En effet, les associations de santé communautaire constituent en termes administratifs des *associations agréées*, c'est-à-dire qui, de par la convention qu'elles ont signée, se trouvent sous la tutelle de l'État.

En conclusion

Devant toutes les ambiguïtés portées par le terme « communauté », il semble préférable d'éviter son emploi pour utiliser une terminologie qui fait référence au principe d'égalité en droit dans l'organisation sociale.

Si l'on admet que l'idée maîtresse des CSCOM réside dans le contrôle des usagers sur l'offre de soins et donc sur leur responsabilisation à l'égard de leur propre santé, de celle de leur famille et de celle de leur lieu de vie (qu'il s'agisse d'un village ou d'un quartier), le mode d'organisation préconisé doit s'inscrire dans une dimension dominée par *le droit*.

Il nous semble ainsi préférable d'utiliser le terme de « centre de santé associatif » plutôt que celui de « centre de santé communautaire » et de mettre l'accent sur certains principes : la liberté d'adhésion, le respect des règles démocratiques, le respect d'un cahier des charges, la transparence des activités et des comptes.

Un tel choix affirmera l'adhésion profonde au principe de citoyenneté, sur lequel reposent en matière de développement les fondements de la démocratie et, en matière de santé publique, la participation véritable des individus. Si ces référents idéologiques méritent encore examen et débats, ils sont, en toute hypothèse, une des références contemporaines en matière de santé publique.