

**POLITIQUE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ET
VIABILITÉ ÉCONOMIQUE ET SOCIALE DES
CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES AU MALI**

ÉTUDE DE CAS EN MILIEU URBAIN ET RURAL

Mamadou Kani KONATE
Bakary KANTÉ
Dr Fatoumata DJÈNÈPO

**Document préliminaire préparé pour le projet RUIG/UNRISD
«Mondialisation, inégalité et santé», un projet international
de collaboration dans le cadre du programme de recherche
du RUIG «Le défi social du développement»**

Septembre 2003

REMERCIEMENTS

Les opinions exprimées sont celles des auteurs, et ne reflètent pas les vues ou les politiques d'une quelconque organisation. Nous exprimons toute notre gratitude aux Fonds du Programme de Recherche sur le Défi Social du Développement, du Réseau Universitaire International de Genève (RUIG).



L'Institut de Recherche des Nations Unies pour le Développement Social (UNRISD) est une institution autonome qui entreprend des recherches multidisciplinaires sur les dimensions sociales de problèmes contemporains du développement. L'Institut est guidé, dans son travail, par la conviction qu'il est indispensable, pour définir des politiques efficaces de développement, de bien comprendre le contexte social et politique. L'Institut tente donc de donner aux gouvernements, aux organismes de développement, aux organisations de base et aux universitaires, les moyens de mieux comprendre comment les processus et les politiques de développement, que modifient la situation économique et sociale et l'environnement, affectent divers groupes sociaux. Travaillant par l'intermédiaire d'un vaste réseau de centres nationaux de recherche, l'UNRISD vise à encourager une recherche originale et à renforcer la capacité de recherche des pays en développement.

Le programme de recherche de l'UNRISD s'organise autour de cinq domaines: Politique sociale et développement; Démocratie, gouvernance et droits de l'homme; Identités, conflit et cohésion; Société civile et mouvements sociaux; et Technologie, entreprise et société.

Pour obtenir des publications de l'Institut, veuillez prendre contact avec le Centre de référence.

UNRISD
Centre de référence
Palais des Nations
CH-1211 Genève 10
Suisse
Téléphone: +41 (0)22 917 3020
Fax: +41 (0)22 917 0650
E-mail: info@unrisd.org
Internet: <http://www.unrisd.org>

Copyright © Institut de Recherche des Nations Unies pour le Développement Social (UNRISD).

Le présent document ne constitue pas une publication officielle de l'UNRISD. La responsabilité des opinions exprimées dans les études signées n'engagent que leurs auteurs et la disponibilité de telles études sur le site Internet de l'UNRISD (<http://www.unrisd.org>) ne signifie en aucun cas qu'il existe un soutien quelconque de l'UNRISD aux opinions qui y sont exprimées. Aucune publication ou distribution de tels documents ne peut être permise sans l'autorisation préalable de leurs auteurs, à l'exception d'un usage personnel.

TABLE DES MATIERES

SIGLES	4
RÉSUMÉ	5
I. INTRODUCTION	6
II. PROBLEMATIQUE DE L'ÉTUDE	7
2.1. Contexte	7
2.1.1. Définition	7
2.1.2 Mission	7
2.1.3 Historique Genèse et évolution :	7
2.1.4 Evolution des Aires de Santé :	9
2.2. Objectif global de l'étude	11
2.3. Objectifs spécifiques	11
2.4. Les hypothèses de l'étude	12
III. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE	12
IV. LES RÉSULTATS EMPIRIQUES	13
V. LES RÉSULTATS ISSUS DE LA COLLECTE DES DONNÉES	15
5.1. Les CSCOM et la politique sanitaire du Mali	15
5.1.1 Les prestations de services	15
5.1.2. La disponibilité en médicaments essentiels	18
5. 2. La capacité de mobilisation des ressources financières des CSCOM	18
5.3. L'impact de la pauvreté sur la viabilité des CSCOM	21
5.4. La décentralisation et les activités des CSCOM	23
VI. RÉSULTATS SAILLANTS DU VOLET QUALITATIF	24
6.1. Gestion financière matérielle et humaine du CSCOM	24
6.1.1 Le transport et la référence	24
6.1.2 Les sources de revenus des CSCOM	25
6.1.3 Le personnel des CSCOM	25
6.1.4 L'approvisionnement en médicament et en matériel médical	26
6.1.5 Le comité de gestion	26
6.1.6 La comptabilité	27
6.1.7 Les avis sur la gestion autonome	27
6.1.8 Le devenir des CSCOM	28
6.2. Politique de prestation et améliorations des CSCOM	29
6.2.1 A propos de l'amélioration des prestations dans les CSCOM	30
6.2.2 Les approches politiques dans les CSCOM	31
VII. CONCLUSION	32
VIII. ANNEXES	34
IX. BIBLIOGRAPHIE	36

SIGLES

ASACOBA :	Association Santé Communautaire de Banconi
ASACOMA :	Association Santé Communautaire de Magnambougou
ASACO :	Associations de santé communautaire
IEC :	Information Education Communication
CMDT :	Compagnie Malienne des Textiles
CSCOM :	Centre de santé communautaire
CSREF :	Centre de santé de référence
CSAR :	Centre de santé d'arrondissement revitalisé
DCI :	Dénomination Commune Internationale
EDS :	Enquête Démographique et de Santé
FENASCOM :	Fédération des Centres de Santé Communautaires
I.B :	Initiative de Bamako
ODHD :	Observatoire du Développement Humain Durable
ONG :	Organisation Non Gouvernementale
PMA :	Paquet Minimum d'Activités
PRODESS :	Programme de Développement de la Santé et de l'Action Sociale
PSPHR :	Programme Santé Population et l'Hydraulique des Populations Rurales
PIB :	Produit Intérieur Brut
PPTE :	Pays Pauvres Très Endettés
SPS :	Services Publics de Santé
UNICEF :	Organisation des Nations Unis pour l'Enfance

RÉSUMÉ

La politique sectorielle de santé du Mali a été bâtie sur une structure pyramidale de santé dont le premier niveau est le Centre de Santé Communautaire (CSCOM). Le second niveau est le Centre de Santé de Référence (CSREF). Le troisième et le quatrième niveau sont respectivement les hôpitaux régionaux et nationaux.

La mise en œuvre de la décentralisation à partir de 1994 a souvent remis en cause la carte sanitaire élaborée, et créer des problèmes qui interpellent les populations, les élus et les techniciens de la santé.

Les sollicitations de plus en plus grandes adressées aux autorités publiques, aux ONG traduisent la difficulté des CSCOM à fonctionner de façon autonome.

L'objectif global de la présente étude est de comprendre les déterminants de la viabilité économique des CSCOM en milieu rural et urbain, dans le contexte de la décentralisation en cours, et dans le respect de la politique de santé au Mali.

Aujourd'hui, il y a 618 CSCOM jugés fonctionnels au Mali. Avec la création des CSCOM, La proportion de population ayant accès au Paquet Minimum d'Activités (PMA) qui était de 1% en 1990 est passée à environ 40% en 1998.

Les services non rendus à plus de 60% pour le suivi des enfants sains, d'environ 30% pour les vaccinations et d'un peu plus de 30% pour les IEC constituent une faiblesse dans la mission des CSCOM de l'avis des membres des Associations de Santé Communautaire (ASACO).

Parmi les facteurs qui limitent la fréquentation des CSCOM, figurent en premier lieu le faible pouvoir d'achat des ménages. A cela s'ajoute l'éloignement des centres et les mauvaises conditions de transport, particulièrement en zones rurales.

Il ressort des résultats que la principale source de revenu qui permet d'assurer la gestion financière des CSCOM est la vente de médicaments et les frais de prestations. La disponibilité des médicaments en quantité suffisante n'a été signalée à 50% par aucun groupe interrogé au cours de l'étude. Le fournisseur potentiel des CSCOM en médicament est la Pharmacie populaire du Mali (PPM). De plus en plus, certains CSCOM s'approvisionnent auprès de fournisseurs privés lorsque la PPM est en rupture de stock de certains produits.

Depuis la décentralisation, le manque d'appui financier des communes aux CSCOM est un facteur qui entrave leur fonctionnement, étant donné que ni les cotisations des adhérents, ni la vente de médicaments n'arrivent à assurer leur bon fonctionnement. Il est cependant à noter que certaines mairies votent souvent des fonds de subvention annuels destinés à ces centres. En outre les différentes interviews laissent apparaître que les CSCOM ne paient pas d'impôt.

Le statut autonome des centres de santé communautaire fait que le personnel est constitué essentiellement de contractuels. La comptabilité est interne pour tous les CSCOM couverts par l'étude. Les ressources limitées dont ils disposent ne leur permettent pas de confier leur comptabilité à des cabinets privés dont les prestations sont chères.

Le matériel de départ est fourni par l'État comme contribution au démarrage du CSCOM.

Selon les résultats obtenus, il est à remarquer que la plupart des structures enquêtées ne disposent pas d'une ambulance. Dans la majorité des cas actuels en milieu urbain, la référence des malades vers les CSR se fait soit par l'ambulance du CSR, soit grâce à la prise en charge du transfert du malade par sa famille.

Les avis sont partagés en ce qui concerne la perception de l'autonomie de gestion. Cette différence dans les avis existe quelquefois dans un même centre, selon que l'on soit prestataire ou membre de l'ASACO.

La question sur le devenir des CSCOM a surtout permis de collecter les avis sur les ambitions que ne manquent pas de faire naître une telle entreprise. L'évolution des centres vers des structures médicales plus spécialisées est souhaitée par les uns et les autres. La pyramide sanitaire telle que dessinée actuellement au Mali n'offre pas de possibilité réelle de changement du plateau technique des CSCOM.

Dans ce contexte, quel devenir pour les CSCOM dans un pays où le prix de la prestation suppose ou détermine sa qualité ? Ces centres sont-ils condamnés à terme à se privatiser ou à offrir des prestations à deux vitesses, dont l'une sera destinée à une clientèle qui peut payer le prix du marché ? Pour l'heure, les CSCOM sont menacés par la prolifération de cabinets privés de soins et de cliniques privés en tout genre, dans lesquelles une médecine onéreuse mais attrayante, qui flatte la vanité de ceux qui peuvent y avoir accès, est entrain de faire émerger une nouvelle conception des soins de santé, en même temps qu'elle exacerbe à nouveau le stigma d'une médication du pauvre.

I. INTRODUCTION

La politique sectorielle de santé du Mali a été bâtie sur une structure pyramidale de santé dont le premier niveau est le centre de santé communautaire (CSCOM), le second niveau est le centre de santé de référence (CSREF), le troisième et le quatrième niveau sont respectivement les hôpitaux régionaux et nationaux. On compte aujourd'hui six cent dix huit (618) CSCOM. La gestion de ces centres est assurée par des associations de santé communautaire (ASACO) et plus précisément par l'organe de gestion qui est le comité de gestion.

La mise en œuvre de la décentralisation à partir de 1994 a mis souvent en cause la carte sanitaire élaborée et créé des problèmes qui interpellent les populations, les élus et les techniciens de la santé.

Les sollicitations de plus en plus grandes adressées aux autorités publiques, aux ONG traduisent la difficulté des CSCOM à fonctionner de façon autonome. Ainsi, la viabilité économique et sociale indispensable pour assurer leur mission est de plus en plus menacée.

Cette étude, à partir d'une enquête légère réalisée en milieu rural et urbain, tentera de comprendre le niveau d'implication des CSCOM dans la politique sanitaire du Mali, la nécessité de rendre conforme la carte sanitaire à la politique de décentralisation, la réalité de la fonctionnalité et de l'autonomie des CSCOM et les perspectives dans cet environnement en mutation rapide tant sur le plan économique, social et politique.

Le document est organisé en cinq chapitres à savoir la problématique de l'étude qui prend en compte la politique sanitaire et l'évolution des CSCOM, la méthodologie de l'étude, les résultats empiriques, les résultats issus de l'enquête et la conclusion.

II. PROBLEMATIQUE DE L'ÉTUDE

2.1. Contexte

2.1.1. Définition¹

Selon l'article 3 de l'arrêté ministériel N°94/MSSPA-MATS-MP du 21 Août 1994, le CSCOM (centre de Santé Communautaire) est une formation sanitaire de 1^{er} niveau créée sur la base de l'engagement d'une population définie, et organisée au sein d'une Association de Santé Communautaire (ASACO) pour répondre de façon efficace et efficiente à ses problèmes de santé.

En outre, les CSCOM constituent des pièces maîtresses de la politique nationale de santé. Leurs résultats devraient augurer de ce que l'on est en droit d'attendre comme effets de la nouvelle politique de décentralisation institutionnelle. A cet égard, les CSCOM sont considérés comme des structures d'avant - garde du processus qui visent l'organisation de la prise en charge du développement local par les collectivités décentralisées, avec la participation concertée de l'Etat, des ONG et des autres partenaires.

2.1.2 Mission²

Les CSCOM ont pour mission de fournir le Paquet Minimum d'activités à savoir :

- ❑ gérer la mise en œuvre des actions socio - sanitaires au sein des populations ;
- ❑ fournir des prestations curatives telles que : soins courants aux malades, dépistage et traitement des endémies locales, exploration para clinique courante ;
- ❑ assurer la disponibilité des médicaments essentiels ;
- ❑ développer des activités de soins préventifs (santé maternelle infantile / planning familiale / Vaccination, Education pour la Santé) ;
- ❑ initier et développer des activités promotionnelles (Hygiène-Assainissement, Développement Communautaire, Information Education Communication) ; et
- ❑ promouvoir la participation communautaire dans la gestion des CSCOM et la prise en charge des problèmes de santé de l'individu et de la collectivité.

2.1.3 Historique Genèse et évolution³ :

Le Mali est un vaste pays enclavé d'Afrique de l'Ouest avec une population d'environ 10.6 millions d'habitants (1999) : le taux de croissance démographique naturel (environ 3% par an) est modéré par une émigration importante résultant en un taux d'accroissement net de la

¹ In Déclaration de la Politique Générale de la FENASCOM

² In L'expérience des CSCOM et la stratégie de mise en œuvre de Politique Sociale au Mali

³ In Expérience des CSCOM et la Stratégie de mise en œuvre de Politique Sociale au Mali.

population d'environ 2.2% par an. Environ 7.6 millions de la population résident en milieu rural malgré l'existence d'une forte mobilité entre les milieux ruraux et les villes (phénomène d'exode rural).

Le revenu par habitant au Mali est estimé à 240 dollars US (comparé à une moyenne de 510 dollars US pour l'Afrique Sub-Saharienne en 1998). Dans le programme d'allègement de dettes de la Banque Mondiale, le Mali répond aux critères des Pays Pauvres Très Endettés (PPTE).

Dans le domaine de la Santé, les Services Publics de Santé (SPS) ont connu d'importantes mutations :

En 1964, le Mali avait opté pour l'extension des soins de santé de base. Entre 1966 et 1968, le 1^{er} plan Décennal des Services de Santé était en application il se donnait comme objectif "la mise sur pied d'une pyramide sanitaire allant de l'équipe de santé de village jusqu'aux cadres supérieurs" avec comme objectifs prioritaires les soins préventifs, l'éducation sanitaire, l'hygiène et les curatifs essentiels.

En 1978, avec la conférence d'Alma Ata, la politique de soins de santé primaires fut adoptée. Dans ce contexte, plusieurs expériences ont été menées : l'opération Mali Sud (CMDT), le projet Santé Rurale de Koro, Yelimané, Mopti, etc. Toutes ces expériences se fondaient sur la mise en place d'agents de santé villageois qui constituaient une équipe dans le contexte d'un système de santé conçu comme une pyramide. Une dimension additive permettait en 1987 de combler une lacune des soins de santé primaires ; c'est celle de l'accessibilité aux médicaments essentiels. Elle fut introduite par James Grant, Directeur exécutif de l'UNICEF, sous le concept d'initiative de Bamako (I.B.).

En somme, avec les contraintes de différents ordres, le Mali adoptera une politique de concentration des services basés sur la stratégie des soins de santé primaire (SSP). Elle était fondée sur la justice sociale, l'équité en matière d'accès aux soins de santé. Cette stratégie n'a malheureusement pas permis d'atteindre les objectifs escomptés à cause de l'insuffisance des moyens financiers et la centralisation de la conception des programmes. La situation sanitaire ne s'était par conséquent pas améliorée.

Vers la fin des années 1980, l'une des questions à l'ordre du jour était le chômage des jeunes médecins. Cette réalité a fait germer de nouvelles idées sur le terrain des expériences accumulées. Ainsi on abordait le problème d'une offre de soins de qualité par l'emploi des jeunes médecins au niveau les plus périphériques. A cela, il faut ajouter la volonté des communautés de se structurer en des associations qui prennent en charge la gestion de leurs problèmes de santé. Elles étaient confrontées déjà à de grandes difficultés sur le plan sanitaire. Parmi celles-ci, il est à noter la disponibilité de médicaments essentiels, l'insuffisance des structures publiques, etc. La recherche de solutions à ces difficultés est à l'origine du mouvement de santé communautaire dont le pionnier demeure l'ASACOB (Association Santé Communautaire de Banconi) créée en 1989.

Il faut en outre rappeler que c'est suite à la 37^{ème} réunion régionale de l'OMS tenue à Bamako en 1987, qu'une redynamisation des SSP fut adoptée et mise en application à travers le renforcement de la participation des communautés. Cette redynamisation reposait sur les piliers suivants :

- ✓ les services de soins primaires ;
- ✓ une politique d'approvisionnement en médicaments essentiels et;
- ✓ un système de gestion de service de santé impliquant la participation des collectivités locales.

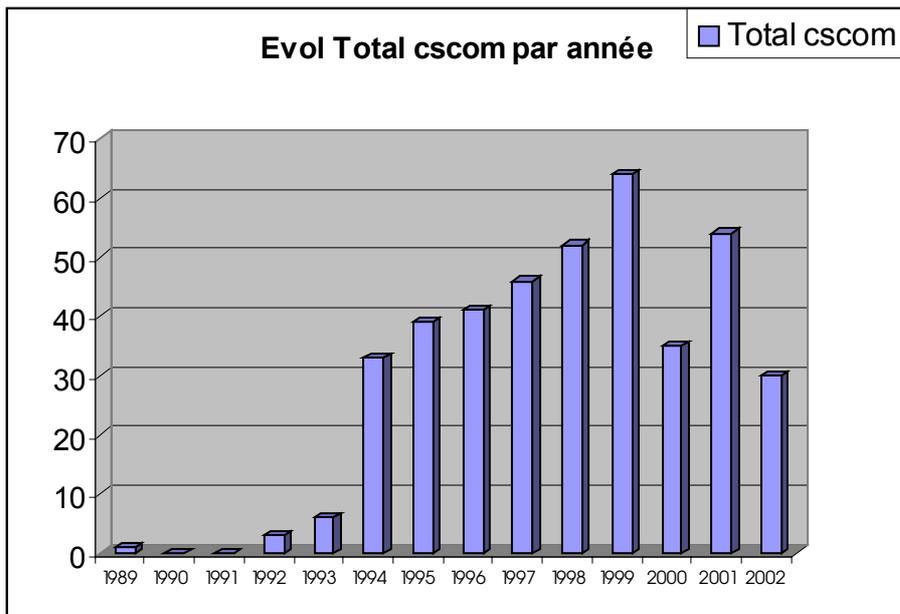
Apparu comme phénomène urbain, le mouvement de création des CSCOM va progressivement s'étendre au monde rural grâce à un foisonnement sans précédent d'initiatives locales. L'accroissement du nombre de ces structures passées dans l'intervalle d'une décennie de 10 en 1993 à 123 en 1996, puis 285 en 1999, illustre s'il est encore besoin de l'ampleur du phénomène. Ce système de santé connu un engouement si important au sein des populations que l'Etat était obligé de les considérer à partir de 1991 comme un élément moteur de sa nouvelle politique de santé. A la suite de cette reconnaissance officielle, une structure d'envergure fut mise en place pour exécuter et coordonner au niveau national le Programme Santé Population et l'Hydraulique des Populations Rurales (PSPHR). Cela fut rendu possible avec l'aide des partenaires au développement (USAID, Banque Mondiale). Ce système visait principalement à réduire la mortalité infantile et maternelle.

Le PSPHR, pour atteindre ses objectifs a soutenu la création de nouveaux CSCOM à travers des contributions financières, la construction ou à la rénovation de locaux de centre d'alphabétisation, la mise à leur disposition d'un Paquet Minimum d'Activités (PMA) (avec médicaments essentiels en Dénomination Commune Internationale (DCI) et matériels). Il encouragea aussi l'autonomie de gestion de ces centres et la prise en charge de leur coût de fonctionnement par les populations, grâce à la généralisation du système de tarification des prestations des services.

2.1.4 Evolution des Aires de Santé :

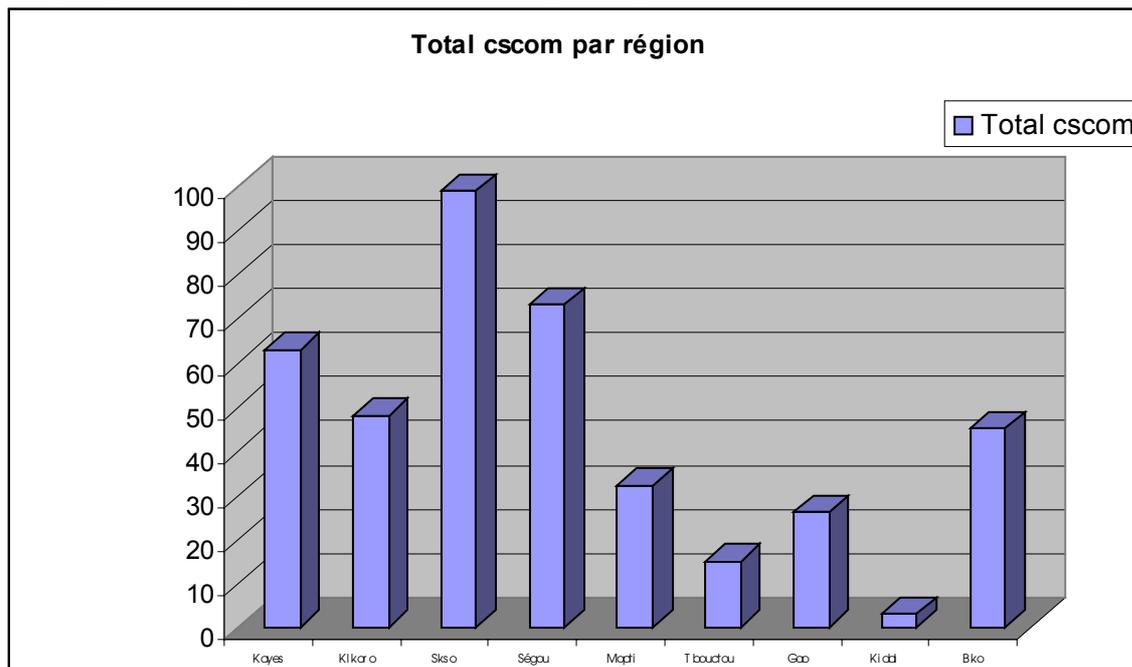
A partir des arrêtés ministériels qui organisent la création et la gestion des CSCOM, l'État a commencé à transférer la gestion des services de santé primaire aux associations de santé communautaire (ASACO). Ce phénomène est allé relativement vite. Ainsi le nombre des CSCOM s'est dès lors considérablement accru. L'évolution du nombre de CSCOM et leur répartition par région sont donnés dans les graphiques N°1 et N°2 à partir des statistiques de la Direction Nationale de la Santé Mali, Division CSCOM dans "création des aires de santé par région et par an, extension de la couverture jusqu'en 2002".

Graphique 1 : Évolution du nombre total de CSCOM par année



En terme de répartition géographique (voir graphique 2), la région de Sikasso a le plus grand nombre de CSCOM soit 99. Elle est suivie de la région de Ségou (73) et de Kayes (63). On dénombre moins de 50 structures dans les autres régions. Les raisons de cette inégalité sont à chercher dans le dynamisme économique de la population résidente de Sikasso et des transferts monétaires des ressortissants de Kayes.

Graphique 2 : Répartition des CSCOM par région



Le nombre des centres de santé d'arrondissement revitalisé (CSAR) qui ont évolué en CSCOM a augmenté aussi. Il est passé de 2 en 1993 à 46 en 1996.

Selon les statistiques de la Direction Nationale de la Santé, Division Santé Communautaire, la carte sanitaire prévoit 1100 centres de santé pour tout le pays. En fin 2002, le nombre total de CSCOM (404) et de CSAR (214) fonctionnels était de 618.

2.2. Objectif global de l'étude

L'objectif global est de comprendre les déterminants de la viabilité ou de la non viabilité économique des CSCOM en milieu rural et urbain dans le contexte de la politique de décentralisation en cours des structures de santé au Mali.

2.3. Objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques de cette étude sont de :

- Faire une analyse critique de l'évolution des CSCOM sur la base des objectifs de la politique sanitaire du Mali et des résultats obtenus tant en milieu rural qu'en urbain;
- Faire un examen de la capacité de mobilisation et de génération des CSCOM en milieu urbain et rural en matière de ressources financières, matérielles et humaines auprès des différents partenaires (structure décentralisée, partenaires au développement, ASACO, etc.) ;

- Examiner l'impact de l'économie locale sur l'accessibilité des populations au service des CSCOM et l'amélioration de la performance de leur prestation ;
- Examiner l'impact de la décentralisation en cours sur la gestion et le devenir des CSCOM et;
- Faire, sur la base des résultats issus des analyses, des propositions à l'endroit du politique dans le but d'accroître l'accessibilité des populations surtout des pauvres au service de santé de base ; mais également à partir de ces résultats de mettre en exergue les améliorations possibles des relations entre les centres de santé et pouvoir décentralisé.

2.4. Les hypothèses de l'étude

L'hypothèse implicite est que même si ce sont les besoins similaires de santé qui sont à la base de la création des CSCOM, les méthodes de gestion déterminent leur capacité à répondre aux dits besoins. Une seconde hypothèse est qu'en l'absence d'alternative comme en milieu urbain, les CSCOM en milieu rural réussissent mieux et jouent de manière plus appropriée leurs fonctions communautaires.

De façon transversale, une troisième question sera analysée pour prendre en compte l'adéquation entre la politique de création et de gestion des CSCOM et la politique de développement local par les collectivités décentralisées avec la participation concertée de l'Etat, des ONG et autres partenaires. Les implications institutionnelle, économique et de gestion doivent être appréhendées et analysées de façon à faire des propositions pour permettre aux CSCOM d'atteindre leur objectif.

L'analyse des questions de gestion à savoir la mobilisation des ressources financières, matérielles et humaines, et l'utilisation efficiente de ces ressources sont au centre de la détermination de la viabilité économique des centres. Ces points sont à prendre en compte dans les deux cas (rural et urbain). Ils constituent des bases de comparaison.

III. MÉTHODOLOGIE DE L'ÉTUDE

Les enquêtes se sont déroulées dans quatre sites dont deux en milieu urbain et deux en milieu rural. En milieu urbain, ce sont les CSCOM de Magnambougou et de Sabalibougou dans le district de Bamako. Ces structures ont été choisies dans deux univers économiques distincts. Un quartier classé comme « moyen » et un autre classé comme « pauvre ». Les deux autres sites choisis en milieu rural sont les centres de santé de Banguinéda Camp et de Tanima localisés à environ une trentaine de km à la périphérie de Bamako.

Trois groupes cibles ont été interrogés à savoir les populations bénéficiaires, les prestataires de services et les membres de l'ASACO. Ainsi, un questionnaire pour chaque groupe a été élaboré et administré. L'échantillon enquêté est de 39 personnes. Dans le premier groupe, il y a au 15 enquêtés dont 8 hommes et 7 femmes. Dans le second groupe, il y a 7 hommes et une femme. Enfin dans le troisième groupe, ce sont 8 hommes et 8 femmes qui ont répondu aux questions.

Pour vérifier ces différentes hypothèses structurelles, fonctionnelles et de gestion, deux types de données ont été collectées auprès de chaque groupe cible. Ces données sont qualitatives et

quantitatives. Elles font ressortir les aspects organisationnels, les performances et les perspectives selon le personnel du centre de santé et les membres de l'ASACO. Aussi, les informations permettent de comprendre les attentes des populations et apprécier le degré de satisfaction des utilisateurs. La technique utilisée a été celle de l'entretien approfondi. Cette forme a été privilégiée compte tenu de la faiblesse de la taille de l'échantillon.

En plus des données primaires, les données secondaires ont été collectées auprès de la Direction Nationale de Santé et des CSCOM visités. Ces données proviennent d'études antérieures ou de données de gestion économique et financière des CSCOM.

Les entretiens avec des personnes ressources du Ministère de la Santé, de la FENASCOM et des CSCOM ont permis de faire une lecture critique des informations et des résultats des analyses.

Les données ont été saisies et exploitées avec le logiciel SPSS. Les résultats obtenus ont permis de faire les analyses.

IV. LES RÉSULTATS EMPIRIQUES

Dans ce chapitre, il sera présenté les critères de fonctionnalité et de viabilité des CSCOM. Un centre de santé est fonctionnel si certains critères définis par le département de tutelle sont remplis. Les éléments considérés sont le bâtiment, l'ASACO, le personnel et les activités à exercer. Pour chacun d'eux, le contenu est le suivant :

Bâtiment :

1. le bâtiment existe
2. le bâtiment est en dur
3. le bâtiment respecte les normes.

ASACO :

1. l'ASACO est créée ;
2. le comité de gestion est fonctionnel ;
3. l'ASACO tient des réunions (sanctionnées par des P.V.)

Personnel :

1. le personnel est complet ;
2. le personnel doit être composé d'au moins 2 à 3 personnes.

Activités : le Paquet Minimum d'Activités est offert :

1. activité curative (soins) ;
2. activité promotionnelle préventive (IEC) ;
3. activité de vaccination.

Le critère de viabilité économique et sociale défini selon le Ministère de la Santé est basé sur le choix du site, la population et les fréquentations :

1. le CSCOM doit être localisé dans le village le plus peuplé ;
2. le CSCOM étend ses activités aux populations comprises dans un rayon de 15 km maximum et;
3. la population de l'aire du CSCOM est au minimum de 5 000 habitants sur lesquelles on estime la fréquentation à au moins 40%.

Un CSCOM qui n'obéira pas à ces critères ne peut pas être viable, c'est à dire, ne peut ni assurer son fonctionnement, ni générer des moyens pour des investissements futurs. Par conséquent, le principe de l'autonomie qui sous tend la création des CSCOM ne sera pas assuré.

Aujourd'hui, il y a 618 CSCOM jugés fonctionnels au Mali. Ils sont plus importants dans les régions de Sikasso, Ségou, Koulikoro et Mopti alors que le processus est presque naissant au nord du pays. L'État malien apporte un appui considérable à la création des centres et continue d'apporter son soutien en certains endroits par la mise à la disposition de médecins, sages femmes et infirmiers. Les enquêtes ont révélé que les centres de santé attendent encore beaucoup de l'Etat et d'autres partenaires. Ils demandent une assistance matérielle, humaine et financière. Cette attitude témoigne de l'inquiétude des ASACO, des prestataires et des populations bénéficiaires pour assurer l'avenir des centres de santé. Ce comportement est plus accentué en milieu rural qu'en urbain.

La rénovation actuelle en matière de création de CSCOM est le transfert de certaines compétences aux structures décentralisées. Il s'agit du changement apporté par le récent Décret qui stipule que « la délivrance et / ou le retrait des autorisations de création des centres de santé communautaires relève du Maire sur avis technique du Médecin-chef de cercle ou Médecin-chef de la commune pour le district de Bamako ». Cette innovation n'est pas sans conséquence sur la viabilité économique, car la carte sanitaire sera remise en cause en raison du désir des populations de se rapprocher de leur centre de santé.

L'accroissement rapide du nombre des formations socio - sanitaires décentralisées a permis d'améliorer subséquemment la couverture sanitaire du pays. La proportion de population ayant accès au Paquet Minimum d'Activités qui était de 1% en 1990 est passée à environ 40% en 1998. Les résultats sur l'amélioration de l'état de santé de la population ont été significatifs dans la mesure où le taux de mortalité infantile a chuté de 150‰ à 123‰ entre 1987 et 1996 (EDS/Mali 1995-1996).

Concernant quelques indicateurs d'activités, le taux de couvertures prénatales au Mali a été estimé en 1998 40% dont 38% pour la région de Koulikoro et 64% pour le District de Bamako. Le taux d'accouchements assistés au Mali a été de 29% dont 31% dans la région de Koulikoro et 83% dans le District de Bamako. Pour ce qui est des enfants complètement vaccinés, le taux moyen a été estimé à 50% contre 42% pour la région de Koulikoro. Il est important de noter que des efforts intenses d'investissement et de mobilisation ont soutenu la politique nationale de santé pour améliorer les indicateurs d'activités comme les soins curatifs, la couverture prénatales, les accouchements assistés et la vaccinations complètes des enfants.

La Fédération Nationale des CSCOM (FENASCOM) est apparue comme un partenaire incontournable dans la mise en œuvre de la politique sanitaire notamment en ce qui concerne les centres de santé. Ses objectifs sont :

- l'appui à l'Etat dans sa politique d'extension de couverture sanitaire ;
- la défense des intérêts des membres (ASACO) ;
- la coordination des ASACO et;
- la sensibilisation des populations à créer des ASACO.

La FENASCOM de par ses performances et son implication est reconnue comme une association d'autorité publique. Ayant opté pour une politique de Soins de Santé accessibles au plus grand nombre, le Mali enregistra des progrès. En dépit de tout, les conditions de vie des populations ont quelque peu changé.

V. LES RÉSULTATS ISSUS DE LA COLLECTE DES DONNÉES

5.1. Les CSCOM et la politique sanitaire du Mali

L'enquête a porté sur le degré et la forme d'application des éléments fondamentaux de la politique sanitaire dans les centres de santé communautaires. D'une manière générale, Les éléments identifiés sont conformes à la mission des CSCOM. Les avis des trois catégories de personnes interrogées (les populations bénéficiaires, les prestataires et les membres des ASACO) ont permis de donner les tendances dans la mise en œuvre des politiques.

5.1.1 Les prestations de services

a. Les populations bénéficiaires

L'analyse des résultats confirme la pratique dans les CSCOM de certaines activités qui sont les missions essentielles des CSCOM comme définies par la politique nationale de santé en vigueur. Pour qu'une structure soit reconnue CSCOM, ces activités doivent couvrir le curatif, le préventif et le promotionnel.

Dans le curatif, les services sollicités sont les consultations médicales et les accouchements. Pour plus de 80 % des personnes interrogées, ces services sont assurés par les CSCOM tant en milieu rural qu'en milieu urbain. De plus en plus, en milieu urbain, dans certains CSCOM, le personnel exprime le vœux d'élargir l'éventail des activités curatives en ajoutant par exemple la petite chirurgie, l'échographie et la radiographie.

Dans le cadre du préventif, les services sollicités sont les consultations prénatales, les vaccinations, le planning et le suivi des enfants sains. Si les CSCOM assurent les consultations prénatales selon 81% des enquêtés, les autres services de cette catégorie sont moins connus pour 25% à 37% des personnes interrogées. Elles ignorent dans leur grande majorité que ces services existent dans les CSCOM. Cela est inquiétant et demande de s'interroger sur les difficultés qu'éprouvent les centres à faire connaître ce service à la population.

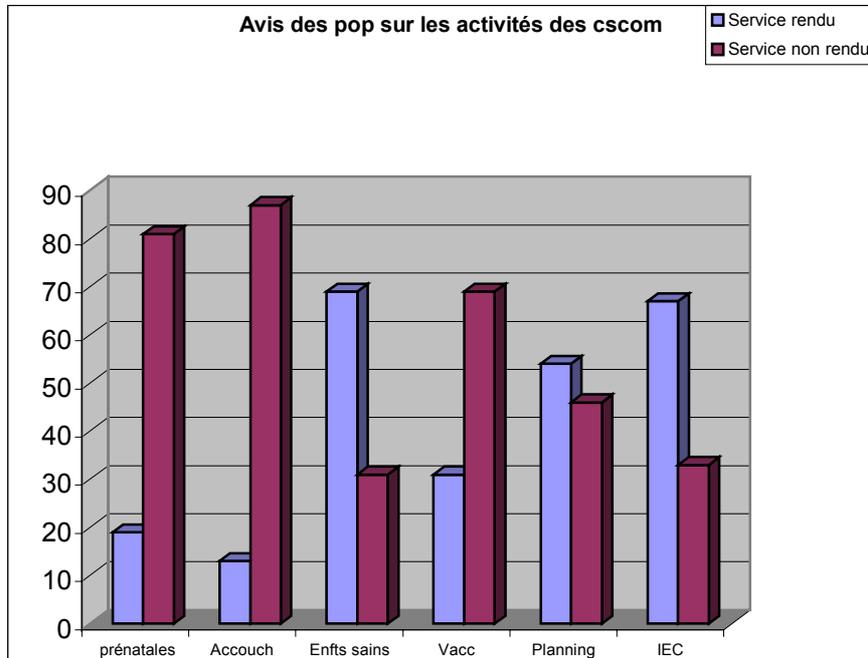
Les activités promotionnelles sont ignorées des populations qui n'ont participé à aucune activité d'IEC selon les résultats de notre enquête.

L'analyse des tableaux croisés fait ressortir que les populations sollicitent les consultations dans les CSCOM aussi bien en milieu urbain qu'en milieu rural. Pour ce qui est des accouchements, en milieu rural, les CSCOM sont sollicités à 100% selon la population enquêtée. En milieu urbain 71% des enquêtés estiment que les CSCOM sont sollicités pour les accouchements. Cela s'explique par l'existence de structures alternatives tels que les hôpitaux, les centres de santé de référence, les cliniques privées.

Pour le préventif, 25% des personnes interrogées en milieu urbain, pensent que les CSCOM sont sollicités pour les consultations prénatales. En revanche, en milieu rural la sollicitation

de ce service est plus élevée soit 81%. Une proportion de 40% des personnes enquêtées affirment que les enfants sains sont suivis dans les CSCOM. Ce taux, plus faible en milieu rural, est de 25%.

Graphique 3 : Avis des populations sur les activités des CSCOM (analyse des fréquences)



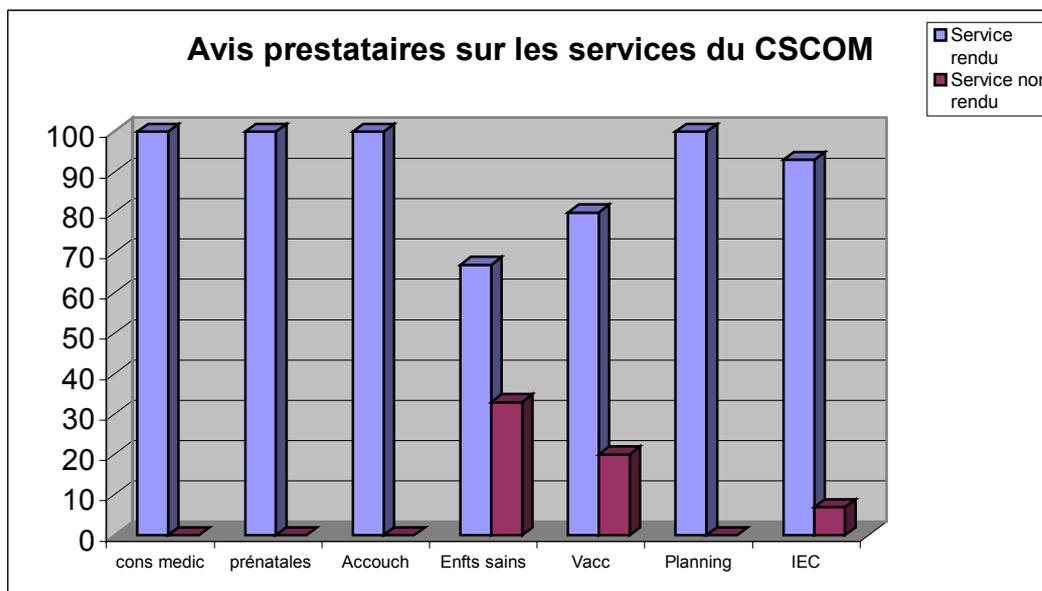
b. les prestataires

D'une manière générale, selon les prestataires, les CSCOM répondent au critère de fonctionnalité basé sur l'effectif exigé qui est de deux à trois personnes. L'enquête a indiqué qu'il y a une moyenne de six professionnels par centre. En milieu urbain, il y a toujours un médecin généraliste alors que ce sont les infirmiers qui sont chefs de centre en milieu rural dans la plus part des cas.

Par rapport à la fréquentation des centres, à Sabalibougou (quartier périphérique) les prestataires estiment que la pauvreté explique la faible fréquentation des CSCOM. Par conséquent, une partie importante de la population ne vient au CSCOM qu'en cas de maladies graves ou d'accouchement. Dans le centre de santé de Tamina, en zone rurale, il y a une affluence exceptionnelle de la population pendant les journées nationales de vaccination organisées par le ministère de la santé. En dehors de ces jours, la vaccination est une activité presque ignorée.

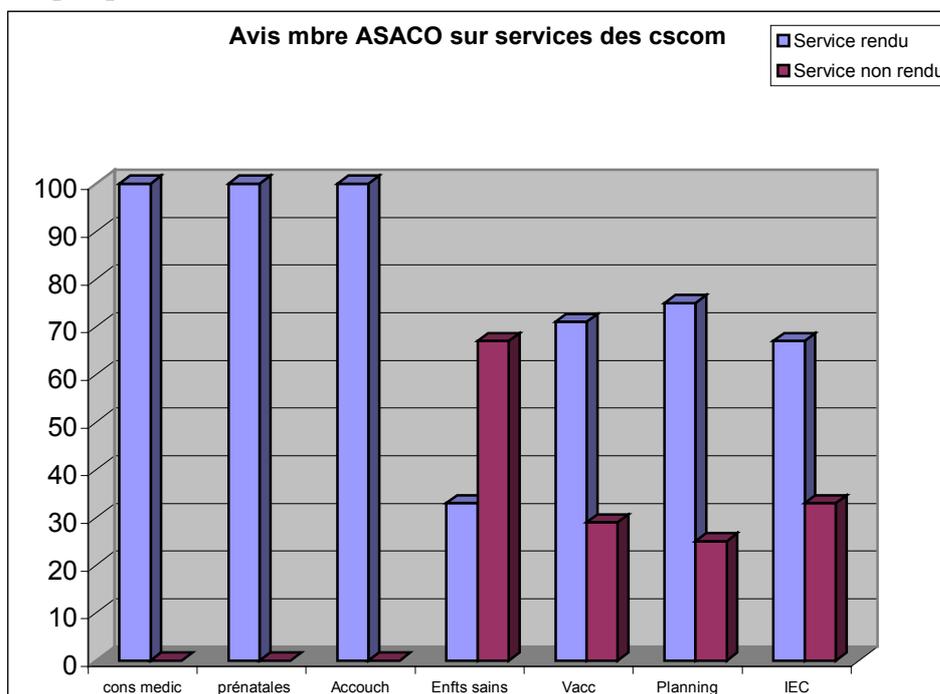
Dans une analyse plus détaillée en fonction de l'emplacement géographique, il ressort que de l'avis des prestataires les points saillants suivants, à savoir qu'en milieu urbain, 62.5% font le suivi des enfants sains; ce taux est de 71.4% en milieu rural. Les vaccinations sont pratiquées dans tous les CSCOM en milieu urbain selon l'avis des prestataires; en milieu rural, 57% des CSCOM pratiquent la vaccination.

Graphique 4 : Avis prestataires sur les services du CSCOM (analyse de fréquence)



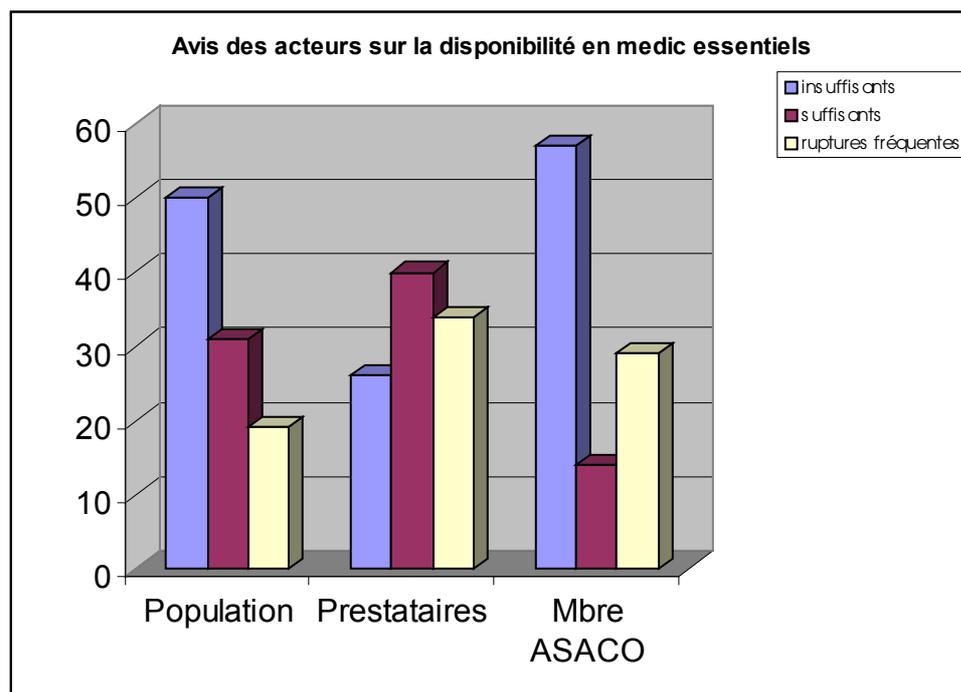
c. Les membres des ASACO

Graphique 5 : Avis membre ASACO sur services des CSCOM



Ce graphique indique que le suivi des enfants sains, les séances d’IEC, la vaccination et le planning sont des prestations dont la pratique n’est pas connue de tous. Le taux de plus de 60% pour le suivi des enfants sains, d’environ 30% pour les vaccinations et d’un peu plus de 30% pour les IEC est une faiblesse dans la mission des CSCOM de l’avis des membres des ASACO.

5.1.2. La disponibilité en médicaments essentiels



D'une manière générale, les tendances observées dans le comportement des différents acteurs ne sont pas conformes à la pratique d'une bonne gestion de médicaments. Les bénéficiaires, les prestataires et les membres des ASACO signalent que les centres de santé ne sont pas suffisamment approvisionnés en médicaments. Le paradoxe à ce niveau est que ceux qui sont chargés de contrôler la gestion indiquent l'insuffisance des médicaments alors qu'ils doivent y remédier. Les avis ne diffèrent pas que l'on soit en milieu rural ou en milieu urbain.

En conclusion, on peut noter que le service promotionnel n'est pas assuré de façon significative. Les services de prévention ne touchent pas une grande partie de la population pour garantir une bonne santé à la communauté. La vente de médicaments est la seule activité rentable, malheureusement les ruptures fréquentes dans les approvisionnements et l'insuffisance de stock pénalisent fortement les activités des CSCOM.

5. 2. La capacité de mobilisation des ressources financières des CSCOM

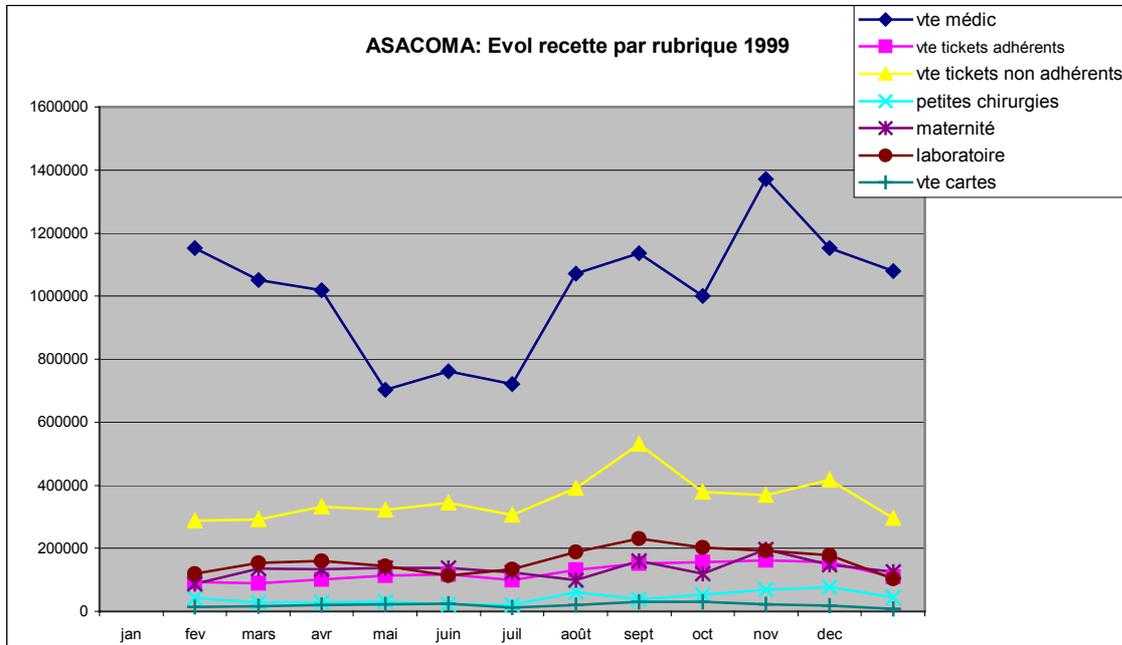
Les CSCOM dans leur conception doivent être des unités autonomes. Au moment de leur création, l'Etat apporte 90% des coûts de construction des bâtiments ; pour les médicaments, il fait un apport de 1 à 2 millions de franc CFA de dotation initiale en fonction de l'importance du CSCOM et pour l'équipement des CSCOM, la contribution est de 100%. Le centre de santé peut bénéficier de subventions de la part des ONG et d'autres donateurs. Par exemple, le CSCOM de Magnambougou et de Sabalibougou ont bénéficié d'un appui matériel comprenant des motos et un lot de médicaments de la part d'ONG.

L'enquête a révélé que les donateurs sont très peu nombreux alors que les CSCOM sollicitent de plus en plus des appuis financiers, matériels et humains.

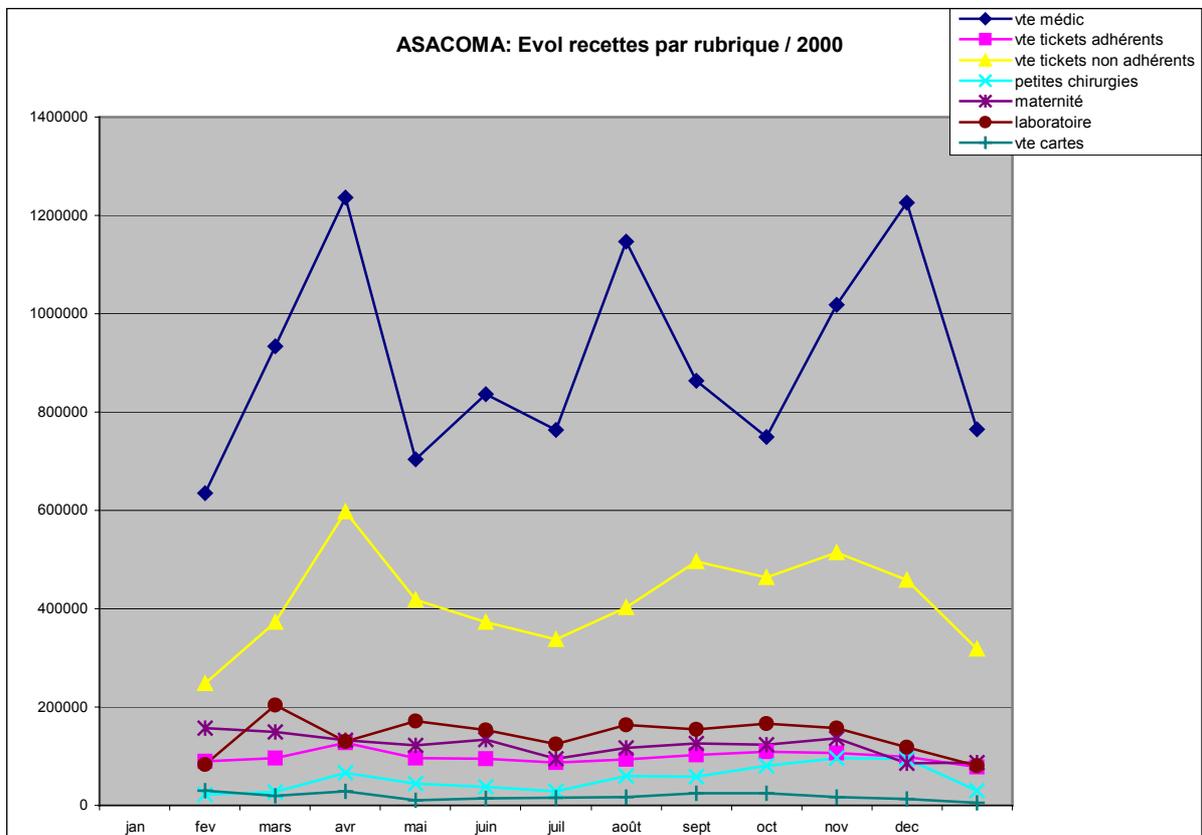
La vente des médicaments est la principale source de revenu des CSCOM. La distinction est bien marquée tant en milieu urbain que rural. Le revenu issu des autres activités est secondaire (illustration graphique 7, 8, 9 et 10).

En milieu urbain

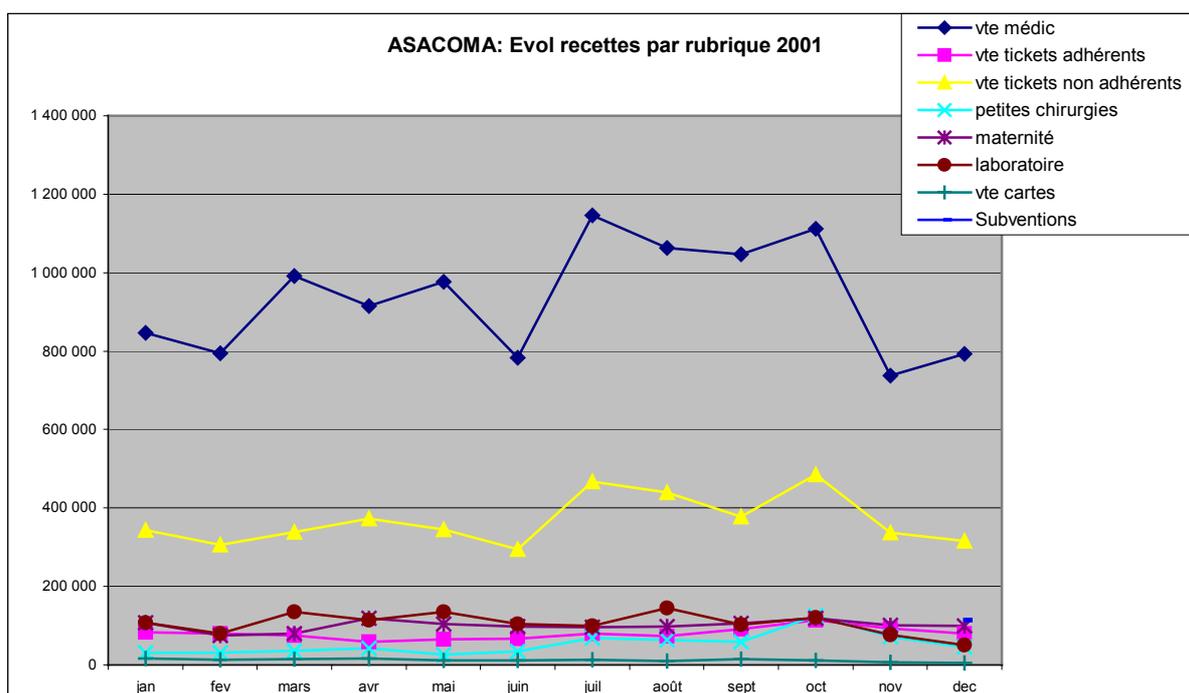
Graphique 7 : ASACOMA : Evolution recette par rubrique 1999



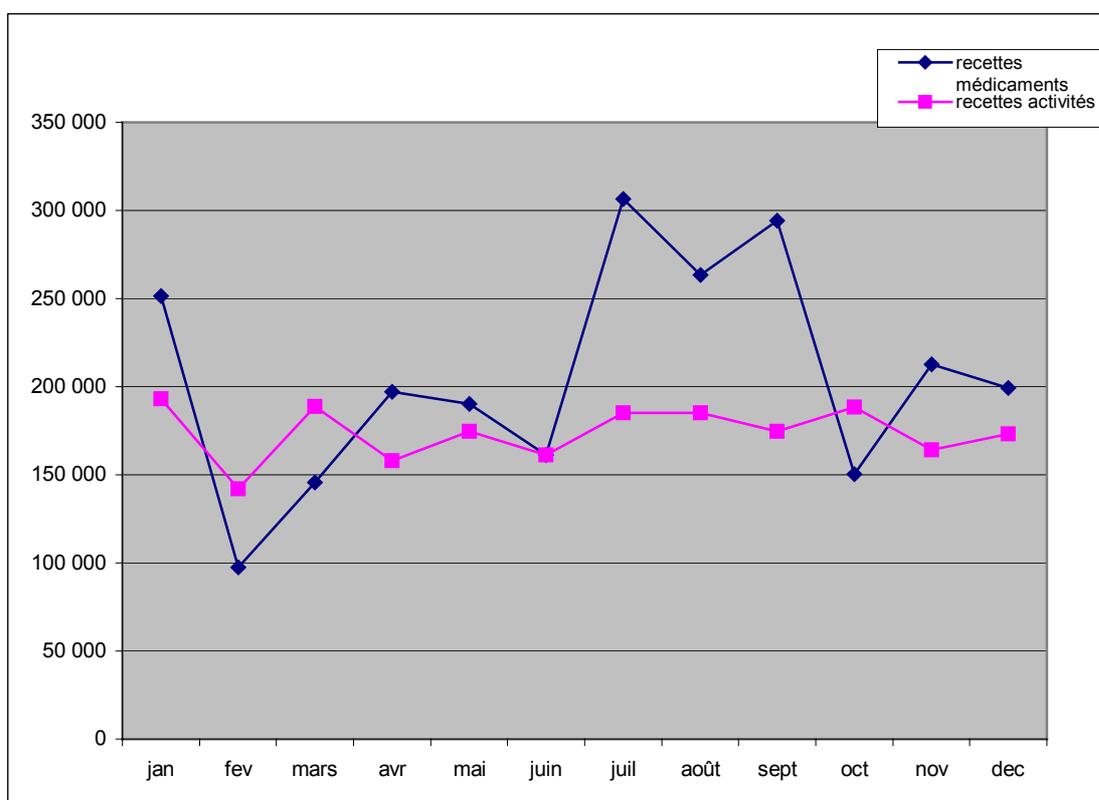
Graphique 8 : ASACOMA: Evolution des recettes par rubrique / 2000



Graphique 9 : ASACOMA: Evolution des recettes par rubrique 2001



En milieu rural



Il a été observé que la vente des médicaments fluctue en fonction de la saison. Les ventes les plus importantes sont effectuées de juin à octobre qui correspond à la période hivernale pendant laquelle sévit le paludisme.

Au regard du volume et de la composition des ressources, la capacité de mobilisation des ressources financières des CSCOM est très faible. Cette situation est affectée par deux problèmes. D'abord, le non - respect en milieu rural du critère de 5000 personnes comme population exigée dans une zone pour l'implantation d'un CSCOM. La seconde difficulté vient de la faible fréquentation des CSCOM à savoir le taux prévisionnel de 40% n'est pas atteint dans nombre de cas.

Pour ce qui est de la gestion, des problèmes existent en milieu rural et en milieu urbain. Tous les CSCOM notamment ceux du milieu rural ne disposent pas de gestionnaire. Pour pallier cette insuffisance, un membre du corps médical cumule cette fonction avec ses tâches quotidiennes. Le faible niveau des agents est un autre problème qui affecte la gestion des centres. Le cas de ASACOMA est une exception où le trésorier de l'ASACOMA, membre du Comité de Gestion est un spécialiste qui a pris en charge le suivi de la gestion du centre et l'élaboration des documents comptables.

La rentabilité des CSCOM est perçue par le personnel médical comme une mission difficile sinon impossible. Pour eux, le fonctionnement correct des CSCOM ne peut pas se faire sans subvention en raison de la pauvreté de la population cible et du faible taux de fréquentation.

L'autonomie des CSCOM se pose de plus en plus en raison de la faiblesse des ressources internes et de celles provenant des donateurs. Une analyse de la rentabilité n'est pas chose aisée en raison de l'absence de documents comptables et financiers dans les CSCOM. Ceux pour lesquels des documents sont disponibles comme ASACOMA, les résultats d'exploitation déficitaires d'une année à l'autre ne rassurent pas sur la viabilité économique des centres (voir annexe 2).

5.3. L'impact de la pauvreté sur la viabilité des CSCOM

En l'absence d'indicateur précis pour apprécier la dynamique du secteur économique des zones où sont implantés les CSCOM, il a été fait une analyse de la pauvreté dans son ensemble et de l'inégalité d'accès aux services sociaux comme la santé. Le rapport de l'Observatoire du Développement Humain Durable (ODHD, 1999) et le document intitulé « Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) » au Mali, publié en 2002 par la Banque Mondiale et le Gouvernement de la République du Mali constituent les sources de référence des informations et données présentées ci – après.

La pauvreté est devenue un phénomène généralisé au Mali. Les résultats d'études menées par ODHD en 1999 et en 2002, ont montré que 63,8 % et 21 % de la population totale vivent respectivement dans la pauvreté et dans l'extrême pauvreté. Si la pauvreté est essentiellement rurale, elle touche aussi de plus en plus les grandes villes en raison de la dégradation du marché du travail et des migrations

Selon une analyse du Département de la santé dans le cadre de la révision du PRODESS. Le constat est le suivant :

La pauvreté reste un phénomène rural, 80% des pauvres sont concentrés dans quatre grandes régions du Mali (Mopti, Sikasso, Ségou, Koulikoro). Les indicateurs de santé restent préoccupants.

Les résultats de l'EDS III tirés du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP) page 20), indiquent que la situation épidémiologique du VIH/SIDA est caractérisée par un taux de séroprévalence national estimé à 1,7 %. Par région la situation se présente comme suit : Bamako (2,5 %), Ségou (2,0 %), Kayes et Koulikoro (1,9 %), Tombouctou (0,8 %), Gao (0,6 %). Les femmes sont plus touchées (2,0 %) que les hommes (1,3 %) partout sauf à Bamako où les hommes sont plus touchés (2,7 %). Le milieu urbain avec 2,2 % est plus infecté que le milieu rural (1,5 %). Enfin, les bras valides sont plus touchés au Mali : 3,4 % chez les 30-34 ans dont 3,2 % pour les femmes et 3,8 % chez les hommes ; 2,3 % chez les 25-29 ans dont 3,2 % chez les femmes et 1,7 % chez les hommes ; 2,1 % chez les 35-39 ans dont 2,8 % chez les femmes et 1,1 % chez les hommes.

Les ménages les plus pauvres voient leur comportement en matière de santé influencé par le faible niveau d'éducation des mères, le faible accès géographique à des services fonctionnels, et le manque d'information, les pauvres étant moins informés que les moins pauvres sur les comportements favorables à la santé. L'influence du coût des services de soins et du coût de transport sur le comportement est mal connue. La plupart des services de santé sont moins utilisés par les pauvres que par les non-pauvres et moins par ceux du milieu rural que ceux du milieu urbain. Les dépenses de santé des ménages apparaissent d'un ordre de grandeur fondamentalement différent entre non-pauvres et pauvres. Il persiste des pratiques néfastes à la santé et le VIH/SIDA constitue une menace préoccupante.

Il est difficile de réduire la pauvreté sans tenir compte des inégalités tant au niveau de la distribution individuelle des revenus qu'à celui de l'accès aux services sociaux essentiels. En plus de l'éducation, la santé est aussi un facteur déterminant des conditions de vie. Parmi les facteurs limitant la fréquentation des CSCOM; figurent en premier lieu le **faible pouvoir d'achat des ménages**. Il faut ajouter à cela l'éloignement des centres et les mauvaises conditions de transport particulièrement en zone rurale, les contraintes socioculturelles, les difficultés de déplacement, la proximité d'autres formations sanitaires ayant plus ou moins un meilleur plateau technique, l'instabilité du personnel, la médecine traditionnelle comme alternative aux CSCOM.

En milieu rural, entre les villages d'une aire de santé, il n'y a souvent que des pistes en mauvais état et les moyens de transport sont soit des véhicules de transport en commun soit des moyens rudimentaires (charrettes, pirogues, etc.) pénalisant ainsi les villages éloignés.

La faiblesse du pouvoir d'achat conduit à réduire au strict minimum les consultations préventives et à privilégier des solutions alternatives : automédication, médecine traditionnelle, marabout, etc.

La faiblesse du pouvoir d'achat ne garantit pas une fréquentation élevée des CSCOM par les populations pauvres. Par exemple, le coût de la prestation qui est le plus bas possible (variant entre 300 et 600 FCFA) et les frais d'une ordonnance en DCI sont bien supérieurs à un dollar. Cette somme n'est pas toujours à la portée de la couche considérée comme pauvre soit 69% de la population.

Compte tenu de cette réalité, en milieu rural en particulier, la viabilité économique des CSCOM reste affectée. Aussi longtemps que le niveau de fréquentation des CSCOM n'atteindra pas un certain seuil, ces structures ne généreront pas de ressources suffisantes pour assurer les dépenses de fonctionnement et d'investissement. L'alternative reste une politique de subvention continue contraire à l'esprit de création des CSCOM.

5.4. La décentralisation et les activités des CSCOM

Les autorités sanitaires du Mali ont adopté le CSCOM comme pièce maîtresse dans la mise en œuvre de la politique nationale de santé en 1991. Ceci a abouti à l'élaboration d'une carte sanitaire déterminant les aires de santé dont les populations doivent participer à la prise en charge de leurs problèmes de santé. On a ainsi assisté à la création d'associations de santé communautaires (ASACO) qui se sont dotées d'infrastructures (CSCOM). La carte sanitaire prévoit 1100 centres de santé.

Des discordances sont nées du découpage administratif suite à la décentralisation : les aires de santé ne correspondent pas toujours à celles des nouvelles communes qui assurent la tutelle des CSCOM. Plusieurs situations se présentent :

- ✓ l'aire de santé correspond avec celle de la commune ;
- ✓ l'aire de santé est à cheval entre deux communes ;
- ✓ l'aire de santé est à cheval entre deux cercles ;
- ✓ l'aire de santé est à cheval entre deux régions.

Ces discordances entre aires de santé et communes ont engendré des difficultés de gestion, de fonctionnement et de collaboration au niveau des CSCOM.

Les problèmes de gestion recensés sont :

- les problèmes de gestion financière ;
- les problèmes de gestion des ressources humaines ;
- les problèmes de gestion des ressources matérielles ;
- les difficultés de fonctionnement et de collaboration entre les différents acteurs des CSCOM.

Les problèmes liés à la gestion des ressources financières : le problème majeur de gestion des ressources financières depuis la décentralisation demeure le manque d'appui financier des communes à leur fonctionnement. D'autres non moins importants sont le détournement des fonds, la mauvaise utilisation des ressources du CSCOM et le non respect des procédures d'ordonnancement des dépenses.

Les problèmes liés à la gestion des ressources humaines : le principal problème de gestion des ressources humaines est la difficulté de prise en charge des salaires. Il faut ajouter à cela le cumul de fonction comme par exemple la matrone ou l'infirmier qui fait la vente de médicament et le caissier. La conséquence est l'abandon partiel de la fonction principale de l'agent.

D'une manière générale, les responsables dirigeants des CSCOM pensent que la décentralisation rapproche le centre santé d'une autorité de tutelle qui est le Maire et ses Conseillers. Le conseil municipal doit appuyer le centre de santé dans la recherche de partenaires comme les ONG et les agences de développement. Aussi, la Commune doit aider à la prise en charge de certaines charges de fonctionnement. Une collecte annuelle de fonds peut être organisée dans la Commune pour soutenir les activités du centre de santé.

Il a été noté dans une étude récente (2002) de la Direction Nationale de la Santé sur la « Problématique de la gestion communautaire des structures de santé au niveau opérationnel

(CSCOM, CSREF) dans le contexte de la décentralisation » que les représentants de l'Etat révèlent une difficile collaboration entre les collectivités et les ASACO. Cela réside dans le fait que les textes sont peu connus des acteurs. Il existe alors une confusion dans les rôles et responsabilités des uns et des autres.

VI. RÉSULTATS SAILLANTS DU VOLET QUALITATIF

Le traitement et l'exploitation des données qualitatives ont permis d'avoir des points de recoupement avec les résultats issus du volet quantitatif. L'analyse séparée des deux volets n'a pas permis de procéder à leur intégration. Cependant, l'examen qualitatif des aspects de gestion financière, matérielle et humaine des CSCOM ainsi que celui de la politique de prestation et de l'amélioration des CSCOM a permis de faire entendre la voix des différents acteurs dans le présent chapitre.

Huit sous thèmes composent le thème de la gestion, tandis que deux sous thèmes alimentent la politique de prestation et l'amélioration des CSCOM.

6.1. Gestion financière matérielle et humaine du CSCOM

6.1.1 Le transport et la référence

Au sommet de la pyramide sanitaire au Mali culmine aujourd'hui les Centres de Santé de Référence (CSR). Ce sont des structures hospitalières où la plupart des spécialités existent. C'est le dernier recours en cas de complication. C'est pourquoi, lorsque les autres structures de santé font face à des cas qui dépassent leur compétence, elles les réfèrent au CSR le plus proche. Pour ce faire, le moyen de transport est l'élément logistique clef. C'est la raison pour laquelle le volet qualitatif de l'étude a cherché à documenter sa disponibilité au niveau des CSCOM qui ont fait partie de l'étude.

Selon les résultats obtenus, il est à remarquer que la plupart des structures enquêtées ne disposent pas d'une ambulance. Quelques unes en possèdent. Elles ont été offertes soit par des partenaires, soit par une ONG.

Dans la majorité des cas actuels en milieu urbain, la référence des malades vers les CSR se fait soit par l'ambulance du CSR, soit grâce à la prise en charge du transfert du malade par sa famille. Cette référence est plus fonctionnelle en milieu urbain, compte tenu des possibilités qui y existe. Le *Vice Président de l'ASACOMA* évoque ce processus en ces termes « *En cas de référence nous téléphonons au centre de Santé de Référence de la commune VI pour qu'on nous envoie l'ambulance. Mais s'il s'avère que l'ambulance n'est pas disponible, les intéressés sont obligés d'emprunter un taxi.* »

L'enquêteur poursuit en lui posant la question ci-après « Sont-ils remboursés par la suite? »
« *Non pas du tout ! Nous les référons au centre de Santé du Quartier Mali et ce sont les intéressés eux-mêmes qui prennent ça en charge.* »

Le même informateur souligne que face à cette situation, la recherche de solution en attendant que les CSCOM puissent se doter d'ambulances, a abouti récemment à la création d'une sorte d'association au sein de laquelle les charges sont réparties en quatre parties. Selon les explications du *Commissaire au compte de l'ASACOSAB II*, « *Il y a le centre de santé de référence qui prend en charge une partie, l'intéressé lui-même, plus la mairie et l'ASACO se répartissent le reste. Ça ne fonctionne pas pour le moment, mais on a déjà mis le bureau en place et les cartes sont en vente* ».

Le même *Commissaire au compte de l'ASACOSAB II* poursuit « *On a un service à côté, le PIB qui a des véhicules, eux ils nous aident beaucoup dans nos références, ou ce sont les malades qui prennent eux mêmes en charge* ».

Ce dernier témoignage, fait ressortir l'organisation des acteurs de la santé communautaire en association dans le but de mettre en place une solution transitoire. Celle-ci permet de pallier le manque de logistique pour référer les malades aux CSR, en attendant l'acquisition d'ambulances.

6.1.2 Les sources de revenus des CSCOM

La viabilité et l'autonomie des CSCOM dépendent des revenus qu'ils génèrent. Cette règle est l'un des fondements des CSCOM. L'étude qualitative a cherché à savoir jusqu'à quel niveau ce principe fondateur permet aux CSCOM d'avoir un niveau d'activités satisfaisant pour répondre à la demande des populations.

Il ressort des résultats que la principale source de revenu qui permet d'assurer la gestion financière des CSCOM est la vente de médicaments et les frais de prestations.

La *gérante de la pharmacie de Sabalibougou* témoigne en disant « *Moi je fais des versements au trésorier de l'ASACO deux fois par semaine, l'argent qu'on reçoit des médicaments est gardé à la 'Bank of Africa', maintenant l'argent reçu à partir des prestations est gardé dans une caisse d'épargne au marché et nos salaires viennent de là.* » Lorsque l'enquêtrice demande « *Et l'argent reçu de la vente des médicaments ?* », elle poursuit « *Cela sert à acheter d'autres médicaments en cas de rupture de stock* ».

Dans les localités de Magnambougou, Baguineda et Tanima, les sources de revenus sont identiques. Leurs gestions diffèrent légèrement en fonction des charges que ces revenus permettent de couvrir. Selon le *Trésorier de l'ASACOMA* à Magnambougou « *C'est le centre qui prend tout en charge, c'est nous qui payons les salaires, les primes de stage, les frais de garde* ». Quant au témoignage de l'*Infirmier major chef du centre* à Baguineda « *C'est un système de recouvrement des coûts c'est à dire les prestations ici sont payées, ce sont donc des sources génératrices de revenu pour la prise en charge des dépenses du CSCOM* ». L'*Infirmier chef du centre* de Tanima précise également à propos des revenus « *Ce sont les frais de consultation et les prix des médicaments offerts par nos partenaires français* ».

6.1.3 Le personnel des CSCOM

Le statut autonome des centres de santé communautaire fait que le personnel est constitué essentiellement de contractuels. Cependant, l'État malien dans le cadre de l'appui qu'il fournit aux CSCOM dans le cadre du Programme Décennal de Santé, afin que ceux-ci offrent des services conformes au plateau technique qui doit être le leur, fournit temporairement et gracieusement à certains d'entre eux du personnel qualifié. Ces agents de l'État émargent au Budget National. Ils ne sont pas pris en charge par les CSCOM. C'est le cas par exemple à Baguineda, où il y a des fonctionnaires et des contractuels. En réponse à la question « *combien sont des fonctionnaires et combien sont des contractuels ?* », l'*Infirmier major chef du centre* précise « *bon disons qu'il y a des agents de l'Etat qui ne sont pas tous fonctionnaires. Par exemple nous avons un aide-soignant qui est un conventionnaire de la fonction publique, mais nous tous on relève du budget de l'Etat. Il y a donc la sage femme,*

l'aide soignante, deux infirmières, une aide sociale, moi et l'aide soignant. Les autres sont des contractuels. » Quant à Magnambougou, le médecin de l'ASACOMA indique « *Tous les agents du centre sont des contractuels sauf la sage femme qui est un fonctionnaire de l'Etat. Cette disposition a été instituée en 2002 par la direction régionale de la santé, selon laquelle les sages femmes de l'Etat doivent faire une rotation de trois mois dans les CSCOM* »

Il est à souligner que des bénévoles interviennent également dans quelques CSCOM. C'est le cas par exemple de l'*Infirmier chef du centre* de Tanima qui explique « *À Tanima, je dirais que les deux autres agents sont des contractuels et moi je suis un bénévole* ». A la question « *Vous n'avez pas de salaire ?* », il répond « *Non, c'est des pourcentages qu'on me donne sur les consultations* »

6.1.4 L'approvisionnement en médicament et en matériel médical

Le fournisseur potentiel des CSCOM en médicament est la Pharmacie populaire du Mali (PPM). De plus en plus, certains CSCOM s'approvisionnent auprès de fournisseurs privés lorsque la PPM est en rupture de stock de certains produits.

Quant au matériel médical, il est fourni soit par des ONG, soit par des partenaires et dans certains cas le matériel de départ est fourni par l'État comme contribution au démarrage du CSCOM.

A Tanima, le *Gérant de la pharmacie* rapporte que « *Tout le matériel a été offert par les français. Au début c'est eux qui nous ont donné des médicaments qu'on a vendus et l'argent reçu de cette vente nous a servi de fonds de roulement* ».

A Baguineda, c'est un cas de figure différent comme l'indique l'*Infirmier chef du centre* « *L'approvisionnement initial en médicament a été fait par l'Etat et cet approvisionnement là sert de fonds de roulement* ». A la question « *Où est ce que vous vous approvisionnez maintenant ?* », il précise « *Au dépôt de Kati. Pour le matériel médical nous travaillons avec le matériel et si ça se gâte nous en payons d'autres et ainsi de suite* »

Quant au CSCOM de Sabalibougou, le gestionnaire décrit la procédure en ces termes « *Moi j'ai des bons de commande à mon niveau, si nous voulons faire une commande, moi je le fais et je remets ça au trésorier de l'ASACO qui va chercher les produits. Nous nous approvisionnons à partir de la PPM ou dans d'autres pharmacies en cas où la PPM n'a pas tous nos produits. Quand je donne la commande au trésorier, il va informer le président pour pouvoir faire sortir l'argent.* »

6.1.5 Le comité de gestion

Les résultats font ressortir que le comité de gestion est composé de 4 à 8 membres selon les CSCOM. Ces comités ont des périodicités mensuelles ou trimestrielles de réunion. Celles-ci varient également selon les CSCOM. Les CSCOM sont généralement représentés par les chefs de centre au comité de gestion de l'ASACO. Ils sont tenus de faire un compte rendu des décisions du comité de gestion aux autres membres du personnel du CSCOM. Les témoignages recueillis au cours de l'étude comme ceux de la *sage femme de ASACOSAB II* indiquent que ce n'est pas toujours le cas « *Je ne suis pas au courant de ce qui se passe là bas mais je sais en tout cas qu'ils se réunissent souvent et on ne nous fait pas de compte rendu. Nous leur avons fait des reproches mais ça n'a rien changé* ».

6.1.6 La comptabilité

La comptabilité est interne pour tous les CSCOM couverts par l'étude. Les ressources limitées dont ils disposent ne leur permettent pas de confier leur comptabilité à des cabinets privés dont les prestations sont chères. La comptabilité est par conséquent tenue par le trésorier du bureau de l'ASACO. C'est ce qu'indique le *Trésorier de Tanima* « *Nous nous occupons nous mêmes de la comptabilité* ». Étant donné qu'il peut y avoir des problèmes avec la gestion lorsqu'une même personne cumule des fonctions, la question du contrôle a été posée au cours de l'étude. Le précédent témoin y a répondu dans les termes suivants « *Bon moi j'ai commencé il y a pas longtemps mais je dois rendre compte au bureau tous les trois mois, des rentrées et des sorties d'argent* ».

A Magnambougou, l'ASACOMA a choisi un trésorier qui est expert comptable de profession pour se donner les chances d'une bonne gestion. Selon le *vice président de l'ASACOMA*, « *Bon c'est les deux chez nous parce qu'il se trouve que notre trésorier est un expert comptable et il est en même temps trésorier de l'ASACO. Donc on lui donne le prix de la colas mais il travaille comme un cabinet comptable* ». L'intéressé lui-même a confirmé dans les termes qui suivent « *La comptabilité c'est moi qui la tiens. Je suis trésorier banquier de formation et de profession, et je suis expert financier. Donc, quand on a demandé de confier la comptabilité à quelqu'un d'autre, les gens ont refusé. Quand nous avons fait le bilan pour l'envoyer ils disent que ça a été très bien fait et on a même été félicité pour cela. Finalement ils ont préféré que moi je le fasse ici parce que c'est à moindre coût* ». A la question additionnelle « *Donc vous avez un cabinet ?* », Il précise « *Oui j'ai un cabinet moi-même et c'est ce cabinet là qui s'occupe de tout* ». [Trésorier ASACOMA]

En ce qui concerne les dépenses, il est apparu dans les différentes interviews que les chefs de centres ou leur représentants sont ceux qui identifient les besoins en dépenses, le président de l'ASACO ordonne et le trésorier exécute. C'est le témoignage d'un tel schéma que livre l'*infirmier chef du centre Tanima* en ces termes « *Moi j'identifie les besoins en dépenses et le président de l'ASACO signe les bons de sortie* » pour indiquer qu'il y a une certaine décentralisation dans la gestion et la prise de décision au niveau des décaissements. Le même cas de figure est valable à Sabalibougou où le *médecin chef ASACOSAB II* témoigne « *C'est le médecin qui identifie les besoins et le président de l'ASACO les ordonne* ».

6.1.7 Les avis sur la gestion autonome

Les avis sont partagés en ce qui concerne la perception de l'autonomie de gestion. D'aucuns pensent que le système de gestion est purement autonome, tandis que d'autres trouvent qu'il leur est très difficile de bouger seul sans l'aide venant de l'extérieur. Cette différence dans les avis existe quelquefois dans un même centre, selon que l'on soit prestataire ou membre de l'ASACO.

Une telle différence de point de vue se note à Baguineda Camp où l'*Infirmier chef du centre* considère que l'autonomie de gestion existe déjà lorsqu'il affirme « *Mais ce que nous faisons là, c'est une gestion autonome, l'ASACO se prend en charge* ». Le *Caissier de l'ASACO Baguineda* de la même association est beaucoup plus réservé quand il évalue la situation. Son avis est le suivant : « *Nous n'avons pas la force de bouger seule, on est donc obligé d'être lié aux gens en tout cas pour l'instant. On pourra peut être penser à cela quand nous aurons bien démarré* ».

A Sabalibougou et à Tanima, le sentiment d'autonomie ne fait aucun doute pour le *commissaire au compte ASACOB A II* et pour l'*infirmier chef de centre* de ces deux localités. Le premier perplexe s'exclame « *Je ne sais pas ce que vous voulez dire parce que pour le moment jusqu'à preuve du contraire on est autonome* ». Quand au second, il soutient « *Moi je dois vous dire que nous avons toujours été autonome* ».

La question de l'autonomie recouvre à la fois un aspect politique et un aspect de gestion. Les avis émis par les différents responsables tendent à ne considérer que l'aspect politique de la question. Celle-ci est en effet plus confortable, puisque plus conforme à l'image et au principe de création d'un CSCOM géré par une association de santé communautaire. Les avis ou analyses normatives ci-dessus se fondent sur cette approche. En revanche, pour les personnes telles que le caissier de l'ASACO de Baguineda qui est plus impliqué dans le volet gestion, l'autonomie demeure un objectif à atteindre. C'est la raison pour laquelle son avis est plus nuancé.

6.1.8 Le devenir des CSCOM

La question sur le devenir des CSCOM a surtout permis de collecter les avis sur les ambitions que ne manquent pas de faire naître une telle entreprise à laquelle des limites sont fixées par les pouvoirs publics. L'évolution des centres vers des structures médicales plus spécialisées est souhaitée par les uns et les autres ; mais ils trouvent cela irréalisable pour le moment pour de nombreuses raisons que les témoignages ci-dessous font ressortir.

La plainte ci-dessous du Vice Président de L'ASACOMA donne déjà le ton et résume pas mal d'aspects « *Vous voyez, nous les ASACO nous sommes obligés de nous conformer à la politique générale de la santé du gouvernement du Mali et il y a un niveau, un plateau technique que les ASACO ne peuvent pas dépasser. Sinon, depuis longtemps on a demandé cela, car nous nous sentons maintenant capable de faire certaines choses. C'est hiérarchisé, nous ne pouvons pas faire ce que les centres de santé de référence font. Moi, depuis longtemps j'ai demandé à ce qu'on fasse l'échographie ici mais c'est impossible, on n'est pas autorisé* »

Dans les deux autres localités où l'enquête a eu lieu, les ambitions ne sont pas encore à la hauteur de celles des communes de Bamako. A Baguineda la *gérante de la pharmacie*, qui est matrone de formation affirme « *On n'a pas pensé pour le moment* ». A Tanima, on estime que « *Cela peut se faire mais tout est un problème de moyens* ».

La pyramide sanitaire telle que dessinée actuellement au Mali n'offre pas de possibilité réelle de changement du plateau technique des CSCOM. A cela s'ajoute l'instauration de la Médecine privée pour laquelle, la santé communautaire ne saurait être un secteur de spécialité. Il est intéressant de noter qu'aucun Médecin spécialiste ne fournit de prestation dans les CSCOM. Ces centres passent pour être la plate forme d'apprentissage des jeunes médecins généralistes pour lesquels ils représentent également une opportunité de premier emploi.

Dans un tel contexte, quel devenir pour les CSCOM dans un pays où le prix de la prestation suppose ou détermine sa qualité ? Ces centres sont-ils condamnés à terme à se privatiser ou à offrir des prestations à deux vitesses, dont l'une sera destinée à une clientèle qui peut payer le prix du marché ? Pour l'heure, les CSCOM sont menacés par la prolifération de cabinets privés de soins et de cliniques privés en tout genre, dans lesquelles une médecine onéreuse

mais attrayante, qui flatte la vanité de ceux qui peuvent y avoir accès, est entrain de faire émerger une nouvelle conception des soins de santé, en même temps qu'elle exacerbe à nouveau le stigma d'une médication du pauvre.

6.2. Politique de prestation et améliorations des CSCOM

La démarche est que les tarifs de consultation ont été fixés en assemblée générale de l'ASACO avec la participation des populations concernées. Ils varient de 300 F à 600 FCFA que ce soit en milieu rural ou urbain. Il existe aussi des tickets d'adhésion pour lesquels les intéressés payent une cotisation annuelle de 500 à 1000 FCFA selon les localités et par ménage. C'est ainsi que le ticket de consultation curative coûte 300 F pour les adhérents et 600 F pour les non adhérents. Ces tarifs sont de façon générale à la portée de la population, mais les patients se montrent réticents à s'acquitter de leur cotisation, non pas parce que c'est cher, mais parce qu'ils ne comprennent pas du tout le sens de la carte d'adhésion. Les prestataires quant à eux, rencontrent souvent des difficultés à placer les cartes.

Le sentiment de payer deux fois est celui qui a rendu la tâche difficile aux populations notamment en milieu rural. Face à la situation l'*Infirmier major de Magnambougou* fait simplement le constat suivant « *En ce qui concerne les tarifs, nous on est venu trouver cela comme ça, et je pense que partout c'est 300 F le ticket pour les adhérents qui prennent la carte à 1000 F/an et 600 F pour les non adhérents. Je pense que c'est abordable pour la population, car à côté de nous dans les cliniques les tarifs varient de 3 000 à 6 000 FCFA le ticket* ».

La *Matrone de Tanima* rappelle comment la tarification est intervenue dans sa localité en disant « *On a fait une réunion de masse avec les gens de Kati tous les villages de l'aire avaient des représentants, nous avons ainsi fixé les tarifs. C'est abordable pour la population...Bon d'abord, nous avons décidé à ce que les villages paient une certaine somme par an, les plus gros villages payent 40 000 FCFA/an, 30 000 FCFA pour ceux qui suivent et 20 000 FCFA ainsi de suite. Les gens se sont plaints mais avec tout cela la carte coûte 1 000 FCFA /ménage et 11 personnes pour les tickets. Ceux qui seront munis de leur carte seront consultés à 400 FCFA et ceux qui n'en ont pas à 600 FCFA* »

A Baguineda, la détermination des tarifs s'est déroulée de la manière ci-après selon l'*Infirmier chef de centre* « *Quand les CSCOM ont été ouverts, ils ont donné un barème mais ils nous ont laissé le libre choix de voir s'il y a lieu de faire des modifications en fonction des impératifs et des besoins* ».

A la question 'pensez-vous que c'est à la portée de la population?', il poursuit « *Bon, on a même apporté un changement dans certains domaines car les consultations c'est à 300 FCFA et les gens venaient n'importe quand. Par exemple en dehors des heures de services. Après 16 heures par exemple, quelqu'un qui vient avec une ancienne maladie de 3 à 4 jours vous allez le consulter à 300 FCFA? Autre exemple, quelqu'un qui vient un dimanche avec une dermatose d'un mois, ou une femme vient vous voir pour un problème de stérilité. Vous voyez ce que cela fait?* »

A la question spécifique 'Vos patients rencontrent-ils des difficultés à s'acquitter de leur cartes?' le même informateur ajoute « *C'est pas les adhérents qui rencontrent des difficultés mais c'est nous qui avons des difficultés à placer ces cartes. On vous a remis 500 cartes il y a 3 mois on n'a pas pu les placer sur 21 à 22 villages. Baguineda est une zone spéciale où la population est nomade. C'est une zone de forte migration. Il y a des exploitants de sable qui*

viennent pour un temps bien déterminé, où des gens qui quittent Bamako pour venir faire la culture du riz pour un temps et ils vont après. C'est ainsi que les résidents ne sont pas nombreux. Il y a des pêcheurs, des apprentis chauffeurs, bref une hétérogénéité pas du tout facile à contrôler ».

6.2.1 A propos de l'amélioration des prestations dans les CSCOM

L'amélioration des prestations au niveau des CSOM est perçue sous plusieurs angles par les différents acteurs de la santé communautaire. La perspective des prestataires est différente de celle des bénéficiaires.

La première amélioration selon les prestataires est leur condition de rémunération. La réalité des CSCOM est le niveau de salaire relativement faible comparé à celui des prestataires de même niveau dans le secteur public de la santé. Étant des structures à mi chemin entre le formel et le privé avec un fondement d'autonomie de financement à partir de tarifs forfaitaires, les CSCOM peuvent difficilement offrir des conditions salariales attrayante de même niveau que le secteur privé. Néanmoins, le personnel des CSCOM estime qu'il doit être motivé dans ses tâches quotidiennes, et selon lui la meilleure manière est la rémunération incitative. La manière d'y parvenir est celle d'inciter les populations en les sensibilisant, en leur donnant l'information pour susciter de nouveaux comportements sanitaires, afin qu'elles viennent se faire examiner dans les CSCOM.

A propos de l'amélioration des conditions, les membres des ASACO soutiennent la thèse selon laquelle il faudrait une aide venant des partenaires ou des ONG et même du gouvernement. L'objectif étant d'avoir le matériel médical nécessaire à l'amélioration des conditions de travail.

Les populations bénéficiaires des services des CSCOM voudraient une diminution des prix des médicaments DCI. Elles témoignent que souvent ceux-ci coûtent autant, sinon plus chers que les spécialités (contrairement à une idée largement répandue). Il reste que cette information est à considérer avec prudence, dans la mesure où l'échelle d'évaluation et la perception de la cherté varie d'une personne à une autre, voire d'une couche sociale à une autre. En outre, les populations réclament autant que les prestataires de meilleurs cadres de travail avec un ravitaillement des centres en eau potable et en électricité.

Les prestataires voudraient surtout ajouter à leur plateau technique des services de spécialité. Mais le niveau qu'ils occupent dans la pyramide sanitaire ne les autorise pas à fournir des prestations de spécialiste. C'est donc un vœu pieux que le *Médecin ASACOMA* formulait lorsqu'il disait «*Si on pouvait faire l'échographie et la petite chirurgie telle que les interventions des hernies cela nous fera plaisir, mais nous n'avons pas ce droit* ». La volonté de changement des responsables des CSCOM ne s'arrête pas là. Certains préconisent des changements même dans les relations avec les centres de référence, compte tenu des relations d'incompréhension qui existe avec différentes instances parmi lesquelles la Fédération nationale des centres de santé communautaires. Parmi les mécanismes potentiels voulus pour changer le statut des centres, *le médecin de Sabalibougou* pense à une relation directe avec le centre de santé de référence au lieu de passer par la FENASCOM (Fédération Nationale des Centres de Santé Communautaire) et autre, car il pense que ce sont des gens qui ne sont pas qualifiés pour comprendre leurs besoins en la matière. «*Souvent nous adoptons une politique qu'eux n'aiment pas. Il y a toujours des disputes lors des réunions. Alors qu'avec le centre de*

référence nous sommes des qualifiés en la matière donc on se comprend vite et il se trouve qu'eux ils ne peuvent prendre de décision contraire à celle de l'ASACO. »

Les prestataires ambitionnent de promouvoir les consultations d'enfants sains, la vaccination et un service de radiographie ainsi que celui des examens complémentaires. Il est à noter que la plupart des CSCOM ne sont pas satisfaits des services de suivi des enfants sains pour lequel les populations ne voient pas forcément l'intérêt. L'idée du centre de santé est associée dans l'imaginaire populaire à celle du lieu où l'on va lorsqu'on est malade.

En désespoir de cause de pouvoir améliorer les prestations préventives, la *sage femme de l'ASACOSAB II* malgré son souhait de changer la situation faisait le triste constat du manque d'enthousiasme des populations en ces termes *« Si on arrivait à faire la consultation des enfants sains cela nous fera plaisir, mais c'est surtout la population qui n'est pas très enthousiasmée, car les femmes trouvent que les cartes pour la consultation d'enfants sains à 500 francs CFA coûtent chère. Même si tu leur demandes de venir, elles acceptent devant toi, mais ne viennent pas à la consultation et tu ne les verras que lorsque l'enfant tombera malade. Même pour les consultations postnatales, elles ne viennent pas souvent de peur de payer les doigtiers à 50 francs CFA en arrivant »*.

En définitive, certains responsables d'Associations interviewés pensent que le rôle de l'Etat dans le cadre de l'amélioration des prestations des ASACO, est de doter les centres en matériel médical plus adéquats et en quantité suffisante. Certains de ces responsables faisant fi des limites qu'impose la place des CSCOM dans la pyramide sanitaire, persiste à demander que l'Etat envoie des spécialistes dans ces centres et qu'il les prend en charge, car le budget des ASACO ne leur permettent pas de payer ces spécialistes.

6.2.2 Les approches politiques dans les CSCOM

L'examen des relations entre les CSCOM et les structures administratives et politiques fait ressortir qu'il existe des liens, dès lors qu'il y a une reconnaissance et un soutien de l'Etat. Il y a des agents de l'administration qui travaillent dans ces structures ne serait-ce que de manière temporaire, et à ce titre, l'administration exerce un contrôle sur le domaine sanitaire, même s'il s'agit de santé communautaire, elle a un droit de regard. C'est ce qui explique qu'il existe un système de supervision. Selon le lieu où ils sont implantés, les CSCOM reçoivent des superviseurs venant aussi bien du niveau régional que national. Ces supervisions ont lieu par trimestre. La transmission des décisions de l'Etat aux ASACO et aux CSCOM se fait suivant la description qu'en donne le vice président de l'ASACOMA *« Comme je vous l'ai dit tout est hiérarchisé. Quand le Ministère prend une décision il saisit la direction nationale de la santé qui à son tour saisit la direction régionale, elle aussi va contacter le centre de santé de référence qui nous convoque »*.

Dans leurs relations avec les structures administratives de proximité, les CSCOM entretiennent des rapports avec la municipalité dans laquelle il se trouve. Cela se manifeste notamment dans l'élaboration de certains actes d'Etat Civils tels que la délivrance d'actes de naissance et de décès. Il est cependant à noter que les mairies votent souvent des fonds de subvention annuels destinés à ces centres. En outre les différentes interviews laissent apparaître que les CSCOM ne paient pas d'impôt.

Toujours dans le domaine politique et des relations administratives, il ressort des témoignages donnés quant au démarrage des CSCOM, que beaucoup d'entre eux ont bénéficié à la fois du

soutien de l'État que de celui de partenaires. Cette dynamique de partenariat et de soutien se poursuit pour la plupart d'entre eux avec des appuis ponctuels. Cependant, il ressort des interviews qu'aucun des CSCOM visités n'est engagé dans une politique de jumelage. A Tanima où les français ont construit le centre, ils continuent à le doter en matériel médical et en médicament. A Sabalibougou c'est la coordinatrice d'une ONG française qui passe souvent au centre pour le fournir en matériel médical. Magnambougou est engagé dans un partenariat avec l'ONG « Terre des hommes de France » qui leur envoie souvent des animatrices d'IEC qu'ils prennent en charge.

Une lassitude se note chez certains prestataires de cette assistance constante. A Tanima *l'infirmier chef du centre* veut voir si l'Etat même peut faire quelque chose, parce qu'ils ne peuvent pas continuer à demander de l'aide à leur partenaire français. « *Ils ont fait assez. Il faut que l'Etat prenne la relève* ». Des préoccupations plus centrées sur les avantages du personnel sont émises à Baguineda Camp où *l'infirmier chef du centre* pense qu'actuellement pour améliorer leur travail, il y a le contrat d'affiliation du personnel communautaire à l'Institut National de Prévoyance Social (INPS) qui leur assurera l'assurance maladie et la retraite. Selon ce prestataire, cela aussi va dans le sens d'une amélioration.

VII. CONCLUSION

Après l'engouement des dix premières années, les résultats socio - sanitaires obtenus par les CSCOM semblent stagner. Les informations sur leur fonctionnement réel et leur capacité de mobilisation et d'organisation des populations à la base rencontrent des difficultés. Dans ce contexte, certaines lacunes telles que l'absence d'évaluation de base et de suivi dans le processus de création et de gestion des CSCOM ressortent de plus en plus.

Des réalités telle que le redécoupage administratif du Mali en Communes est venu s'ajouter à la complexité de la question sanitaire. Il est à rappeler que la carte sanitaire fut établie avant la mise en place des communes rurales. En tenant compte de cette réalité, il aurait fallu donner effectivement aux élus communaux toutes les prérogatives en matière de santé. La promotion de la santé communautaire sur la base de l'expérience des ASACO et des CSCOM, devrait servir à définir les schémas futurs. Il est donc à rechercher une adéquation, voire une réconciliation entre ces structures et les communes. Quelque part un réajustement est devenu indispensable aussi bien dans le processus de création de structure que dans celui de gestion de la santé communautaire au Mali.

La viabilité de l'autonomie de gestion se pose de plus en plus. Cette situation est aggravée par une mauvaise gestion dont sont coupables certains responsables des centres de santé. Les membres de l'ASACO et le personnel du centre sollicitent régulièrement des formations qu'ils jugent indispensables pour mener à bien leur mission.

En milieu rural, les CSCOM assurent difficilement leur mission en raison de la faible fréquentation par les populations. L'assistance de l'Etat et celle d'autres donateurs sont toujours indispensables pour permettre une meilleure organisation et l'amélioration des prestations des CSCOM au bénéfice des populations. Le dynamisme et la bonne volonté des populations de certaines Communes pour prendre en charge la gestion de leur santé, font qu'il existe des CSCOM qui répondent pleinement au schéma de la politique nationale.

Il est cependant à noter en milieu urbain, l'apparition d'une forme de structure privée de prestation de services concurrence des Centres de santé communautaires. Ce sont les cabinets

de soins médicaux qui se situent à mi chemin entre les CSCOM et les cliniques médicales formelles. A quelle type de demande répondent-ils? Quelle est leur importance? Quelle valeur véhiculent-ils? Sont-ils économiquement plus abordables pour les populations? Dans quels types de quartiers ou d'environnement s'implantent-ils? Quelle crédibilité les populations leur accordent-ils? En plus de toutes ces questions, il importe d'en savoir davantage sur des aspects tels que leurs formes juridiques, leurs contenus, leurs modes de fonctionnement.

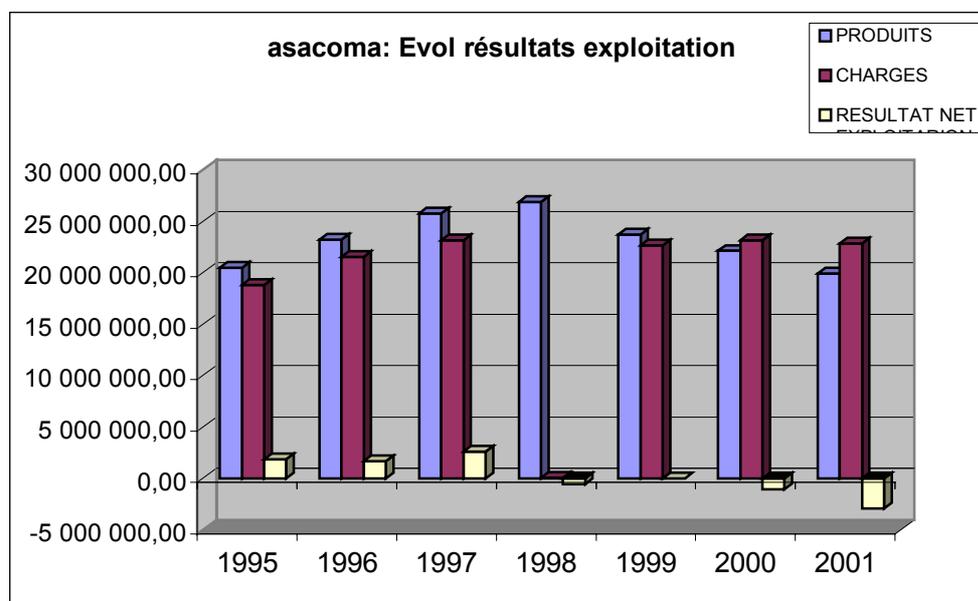
VIII. ANNEXES

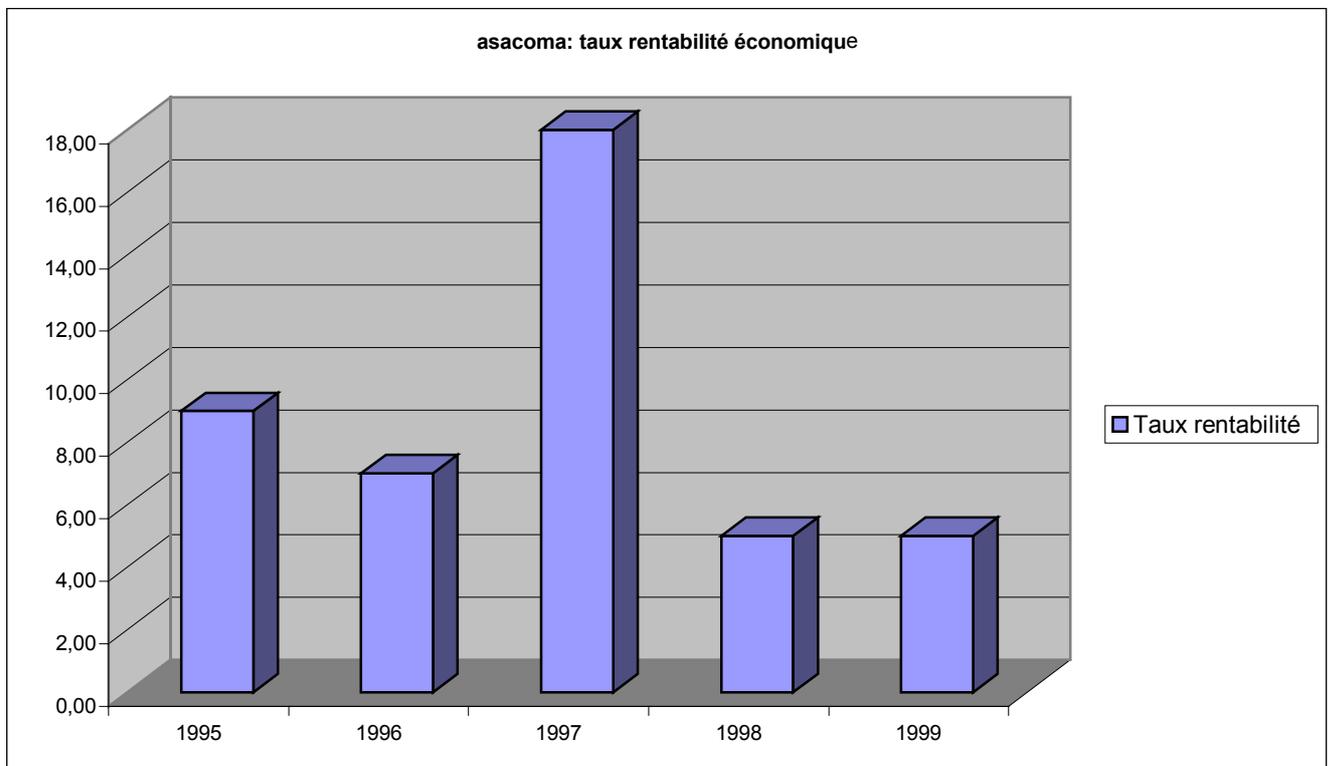
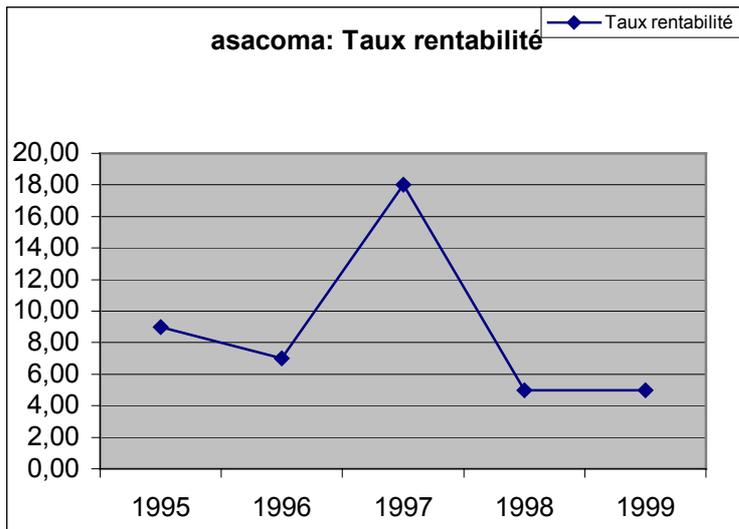
Annexe 1 : Répartition de l'échantillon

ÉCHANTILLON INDIVIDUS ENQUÊTES		
PRESTATAIRES	MEMBRES ASACO	POPULATION BÉNÉFICIAIRE
8 hommes	7 Hommes	8 Hommes
7 femmes	Femme	8 Femmes

ÉCHANTILLON LOCALITÉS VISITEES		
TYPE DE LOCALITÉ	MILIEU URBAIN	MILIEU RURAL
Moyen	Magnambougou	Baguinéda
Pauvre	Sabalibougou	Tanima

Annexe 2 : graphiques sur la rentabilité du centre de santé de Magnambougou





IX. BIBLIOGRAPHIE

Association Santé Communautaire de Magnambougou ‘’ Bilan et Annexes : 1996, 1998 et 1999’’

Banque Mondiale et Gouvernement de la République du Mali (2002) ‘’Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté (CSLP)’’ site Web : www.banque mondiale.org

Direction Nationale de la Santé (2002) ‘’ Problématique de la gestion communautaire des structures de santé au niveau opérationnel (CSCOM, CSREF) dans le contexte de la décentralisation’’. Rapport de recherche. Bamako, Mali

FENASCOM (1996) ‘’ Déclaration de la Politique Générale de la FENASCOM’’ Bamako, Mali

FENASCOM (1996) ‘’L’expérience des CSCOM et la stratégie de mise en œuvre de Politique Sociale au Mali’’ Bamako, Mali

Gouvernement du Mali (1994) ‘’Arrêté ministériel N°94/MSSPA-MATS-MP du 21 Août 1994’’