

**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 (PPTTE).

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

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_21417

