

Sous la direction de
Jean-Jacques Friboulet, Jean Brot et Hubert Gérardin

DYNAMIQUES DES SOCIÉTÉS CIVILES EN ÉCONOMIE OUVERTE

ÉTUDES DE CAS ET PERSPECTIVES
(Afrique de l'Ouest, Europe, Maghreb)



KARTHALA

Face au désengagement des États provoqué par les difficultés financières mais aussi par leur échec à prendre en compte les besoins des populations, la société civile a émergé et s'est développée, tant au Nord qu'au Sud. Profitant d'une liberté d'association récemment acquise, à l'exemple du Cameroun et des pays du Maghreb, toute une série d'organisations ont agi à des degrés divers sur le cours des politiques économiques et sociales. C'est le tableau de ces interventions que présente cet ouvrage avec des enquêtes menées au Maroc, au Cameroun, au Mali et plus largement au Sahel, ainsi qu'en France.

L'état des lieux frappe par sa diversité. Il montre les impacts de la société civile dans des domaines aussi divers que la santé, le mouvement paysan, la gestion des forêts, l'insertion sociale et le commerce équitable. Deux conclusions en ressortent. L'ouverture pratiquée dans les années 1990 ne connaîtra pas de retour en arrière. Le droit de regard et de participation acquis par de nombreuses organisations dans la vie économique et sociale, au Nord comme au Sud, ne pourra être supprimé. Il s'exerce aujourd'hui principalement dans le cadre des frontières nationales en attendant la constitution d'une société civile mondiale. Son renforcement dans les domaines de l'environnement et des droits fondamentaux des personnes demeure un grand défi pour le XXI^e siècle.

Les auteurs traitent également de l'équilibre nécessaire entre les pouvoirs publics et la société civile. Les associations ont besoin de prouver leur légitimité et de rendre des comptes à leurs mandants. Grâce à la croissance qu'elles ont connue dans les années 1990, elles se sont fortement professionnalisées. Elles ont besoin d'un cadre juridique clair et d'un soutien public pour jouer leur rôle dans leurs rapports avec l'économie de marché. Si la société civile a besoin d'un État modeste qui lui fasse de la place, elle a aussi besoin d'un État solide qui garantisse les droits des associations face aux acteurs du secteur privé.

Jean-Jacques Friboulet, professeur émérite en histoire économique et en économie du développement, Université de Fribourg (Suisse), professeur associé à l'Institut interdisciplinaire d'éthique et des droits de l'Homme.

Jean Brot, économiste, secrétaire de rédaction de la revue Mondes en Développement, secrétaire général de l'Association Tiers-Monde.

Hubert Gérardin, économiste, maître de conférences à l'Université de Lorraine, et directeur de publication de la revue Mondes en Développement, président de l'Association Tiers-Monde.

Ont contribué à cet ouvrage : Philippe Adair, Youghourta Bellache, Jean Biwolé Fouda, Bruno Boidin, Laura Brimont, Jean Brot, Yankou Diasso, François Doligez, Jean-Jacques Friboulet, Hubert Gérardin, Francis Kern, Émeline Laidet, Rémi Manier, Clémence Merçay, Farida Nemiri-Yaïci, Symphorien Ongolo, Jean-Luc Piermay, Jacques Poirot, Stéphanie Treillet.

**DYNAMIQUES DES SOCIÉTÉS CIVILES
EN ÉCONOMIE OUVERTE**

Cet ouvrage est publié avec le concours
de l'Université de Fribourg (Suisse)
et de l'Association Tiers Monde.

Visitez notre site : **www.karthala.com**

Paielement sécurisé

Couverture : Création de la une : Lab Wat.

© Éditions KARTHALA, 2016
(Première édition papier, 2015)
ISBN : 978-2-8111-1522-7

SOUS LA DIRECTION DE
**Jean-Jacques Friboulet, Jean Brot
et Hubert Gérardin**

Dynamiques des sociétés civiles en économie ouverte

**Études de cas et perspectives
(Afrique de l'Ouest, Europe, Maghreb)**

**Éditions KARTHALA
22-24, boulevard Arago
75013 Paris**

Des mêmes auteurs

Arnaud BOURGAIN, Jean BROT, Hubert GÉRARDIN (dir.) (2014) *L'intégration de l'Afrique dans l'économie mondiale*, Paris, Karthala.

Jean-Jacques FRIBOULET (2014) *La naissance de l'économie moderne, XVIIIe - XXe siècles*, Zürich, Schulthess.

Fabienne LELOUP, Jean BROT, Hubert GÉRARDIN (dir.) (2012) *L'État, acteur du développement*, Paris, Karthala.

Jean-Jacques FRIBOULET (2009) *Histoire de la pensée économique, XVIIIe - XXe siècles*, 2ème édition, revue et augmentée, Bruylant, L.G.D.J., Schulthess, Éditions romandes.

Jean BROT, Stéphane CALLENS, Hubert GÉRARDIN, Olivier PETIT (dir.) (2008) *Catastrophe et gouvernance. Succès et échecs dans la gestion des risques majeurs*, Cortil-Wodon, Éditions modulaires européennes.

Patrice MEYER-BISCH, Jean-Jacques FRIBOULET, Éric DAVOINE (éds.) (2008) *L'effectivité des normes sociales internationales dans l'activité économique*, Zürich, Bruylant & L.G.D.J. & Schulthess.

Jean-Jacques FRIBOULET (2006) *Measuring the Right to Education*, en collaboration avec l'IIEDH et l'APENF, Zürich, Schulthess, Unesco.

Géraldine FROGER, Claire MAINGUY, Jean BROT, Hubert GÉRARDIN (dir.) (2005) *Quels acteurs pour quel développement ?*, Paris, GEMDEV-Karthala.

Jean-Jacques FRIBOULET, Dusan ISAKOV, Donato BARBUSCIA, Flavia GIORGETTI (éds.) (2005) *La gouvernance d'entreprise en Suisse. Dynamiques externes et stratégie internes*, Zürich, Schulthess.

Jean BROT, Roger BERTAUX, Bernard BALZANI (dir.) (2002) *Questions urbaines et politiques de la ville*, Paris, L'Harmattan.

Jean BROT, Hubert GÉRARDIN (dir.) (2001) *Infrastructure et développement*, Paris, L'Harmattan.

Jean BROT (dir.) (1996) *Entreprise, région et développement*, Metz, Éditions Serpenoise.

Hubert GÉRARDIN (1994) *La zone franc. La dynamique de l'intégration monétaire et ses contraintes*, tome 2, Paris, L'Harmattan, collection Bibliothèque du développement.

Jean BROT, René GENDARME, Jean-Paul WEBER (1991) *Trois décennies de développement des zones industrielles*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy.

Hubert GÉRARDIN (1989) *La zone franc. Histoire et institutions*, tome 1, Paris, L'Harmattan, collection Bibliothèque du développement.

Jean BROT, René GENDARME, Anne-Marie RINALDI (1988) *L'absence de TGV-Est ou l'Alsace et la Lorraine sans locomotive*, Nancy, Presses Universitaires de Nancy.

INTRODUCTION

Économie ouverte et sociétés civiles : quelles perspectives ?

Jean-Jacques Friboulet, Jean Brot et Hubert Gérardin

Ce livre n'est pas un traité sur la société civile. Un tel traité relèverait d'ailleurs de la science politique et non de l'économie, de la géographie ou de la sociologie, qui sont les disciplines des auteurs de l'ouvrage. Celui-ci a pour objectif, plus modeste, d'établir un état des lieux au sujet de l'intervention des sociétés civiles dans le développement et d'en déduire quelques lignes de force. Dans la diversité des situations observées, il existe une cohérence que la préface veut mettre en lumière.

L'intervention des sociétés civiles dans le développement a été recommandée par les institutions internationales dans les années 1990 et a provoqué une profonde réforme des politiques suivies dans les pays du Sud. Face au désengagement des États qui a été provoqué par leurs difficultés financières mais aussi par leur échec à prendre en compte les besoins réels des populations, une société civile a émergé, tant au Nord qu'au Sud, et a construit un certain nombre de capacités. Profitant d'une liberté d'association récemment acquise, à l'exemple du Cameroun et des pays du Maghreb, toute une série d'organisations ont agi à des degrés divers sur le cours des politiques économiques et sociales. C'est un tableau de ces interventions qui est présenté dans cet ouvrage en choisissant quelques cas significatifs et en explicitant les enjeux.

Comme l'expose Stéphanie Treillet dans sa contribution, une telle réforme des politiques n'aurait pu avoir lieu sans un bouleversement théorique. Celui-ci a eu deux facettes. La première est celle de la théorie des « *capabilities* » d'Amartya Sen. En mettant en avant les libertés politiques et les droits économiques et sociaux comme fins et moyens du développement, cet auteur a ouvert une porte dans laquelle se sont engouffrés toute une série d'acteurs de terrain qui ont pu mesurer *in situ*

l'intérêt d'une construction des capacités. En second lieu, est intervenue la théorie néo-institutionnaliste qui a appuyé la vision d'Amartya Sen en soutenant un effacement de l'État et en formalisant une conception renouvelée des relations entre les pouvoirs publics, le marché et la société civile. Dans ce processus à la fois théorique et empirique, la Banque mondiale a joué un rôle moteur par ses travaux et ses financements. Elle a complété ses interventions en faveur de la société civile en s'intéressant au genre ; cette institution est ainsi au cœur d'une convergence des politiques que Stéphanie Treillet a su parfaitement mettre en évidence.

La définition de la société civile utilisée par les différents auteurs de ce livre est celle de l'Organisation des Nations unies. Elle inclut l'ensemble des organisations non gouvernementales et à but non lucratif qui animent la vie publique et défendent les intérêts et les valeurs de leurs membres. Font donc partie de la société civile les groupements communautaires, les organisations non gouvernementales (ONG), les syndicats, les organisations de populations autochtones, les organisations caritatives, les organisations confessionnelles, les associations professionnelles et les fondations privées.

Ce livre est organisé en quatre parties. La première se rapporte à une région, les pays du Sahel, où l'émergence de la société civile a été particulièrement spectaculaire au cours des années 1990-2000. Les textes présentés concernent deux situations bien différentes. Celui de **Bruno Boidin, Émeline Laidet et Rémi Manier** traite des centres de santé communautaire au Mali. Ceux-ci ont été créés à partir de 1989. Ce projet est financé avec l'appui de bailleurs de fonds internationaux et a conduit à la formation de près de 1 000 centres au tournant des années 2010. Il s'appuie sur le constat que l'État malien n'avait pas les moyens de financer seul les dépenses de santé et qu'une décentralisation en la matière était nécessaire. Les communautés locales devaient prendre en charge une partie des coûts des soins de base sous la double tutelle des pouvoirs publics de l'État et des communes. L'étude, réalisée par les chercheurs lillois à partir d'un travail de terrain dans la région de Kayes, montre que cette construction de centres de santé communautaire est un demi-succès. Ils contribuent effectivement à la distribution de soins de santé de base, mais ils connaissent de graves difficultés de fonctionnement. L'analyse que font les auteurs de ces difficultés est spécialement intéressante, car on les retrouve dans de nombreuses critiques qui sont faites aux organisations agissant en subsidiarité de l'action publique. Elles tiennent d'abord au manque de légitimité des organes décisionnels de ces centres et à l'insuffisance d'engagement des membres des associations qui les supervisent, ceci en raison du manque de formation et du caractère bénévole de ces fonctions. Elles sont,

également, relatives au mauvais fonctionnement de la décentralisation au Mali, envisagée plus comme une déconcentration que comme une véritable répartition des compétences entre les pouvoirs publics centraux et locaux.

Le second texte de cette partie examine un autre type d'organisation qui a fleuri en Afrique de l'Ouest : les associations de paysans. Formant la grande majorité des actifs, les agriculteurs ne se sont organisés que très récemment et **Yankou Diasso** et **Francis Kern** expliquent le rôle moteur joué par les producteurs de coton dans l'émergence du mouvement paysan. Celui-ci se trouve à la croisée des chemins entre une organisation verticale suivant une logique de branche ou de filière et une organisation horizontale selon une logique syndicale conforme aux valeurs de l'agriculture familiale. Le lecteur trouvera dans cet article une mine de renseignements, tant historiques qu'institutionnels, sur le mouvement paysan en Afrique de l'Ouest qui est devenu un acteur décisif du développement.

La deuxième partie du livre nous introduit dans un contexte très différent : celui de deux États du Maghreb, à savoir l'Algérie et le Maroc. En raison du poids de l'État central, ces deux pays ont eu du mal à faire émerger une société civile. C'est particulièrement vrai pour l'Algérie et **Farida Nemiri-Yaïci**, **Yougourtha Bellache** et **Philippe Adair** étudient les conséquences de cette absence de partenariat social sur le marché du travail. Le monde du travail algérien est segmenté en trois parties. La première regroupe les travailleurs du secteur public et des grandes entreprises publiques, la seconde intègre les salariés du secteur privé. Ces derniers, dans leur grande majorité, ne sont pas couverts par une convention collective et obtiennent des emplois précaires. **Farida Nemiri-Yaïci** recourt pour sa contribution à l'analyse de la segmentation de Doeringer et Piore. L'auteure ne reprend pas les arguments de cette théorie du marché du travail pour ce qui est de la qualification de la main-d'œuvre et du rôle de la demande. Mais sa démonstration est convaincante. Elle illustre les conséquences de l'absence d'une société civile organisée, c'est-à-dire d'un véritable partenariat social.

Cette analyse est renforcée par les propos de **Yougourtha Bellache** et **Philippe Adair**. À l'aide d'un modèle logit, les auteurs présentent les caractéristiques de l'emploi informel dans la région de Bejaia. Leurs conclusions font apparaître les discriminations selon la formation et le genre pour l'accès à l'emploi formel, ainsi que la difficulté paradoxale d'accès au secteur formel pour les jeunes issus des centres de formation et d'apprentissage.

Au total, ces deux contributions illustrent les rigidités du modèle algérien du marché du travail. Faute d'une véritable intervention de la

société civile, celui-ci fonctionne selon une dialectique État-marché qui place face à face deux segments (public-privé) qui se perpétuent dans le temps et en exclut un troisième, celui des salariés du travail informel. Une telle rigidité est lourde de menaces pour la stabilité sociale.

Jean-Luc Piermay ouvre une fenêtre bienvenue dans ce panorama des sociétés du Maghreb. Grâce à l'ouverture pratiquée par la monarchie chérifienne, des associations ont pu se constituer dans les zones industrielles au Maroc et jouent un rôle majeur en termes de gestion et d'incitation à l'installation de l'entreprise. L'auteur propose un panorama exhaustif de ces associations, dont les diverses logiques de constitution ne relèvent pas de simples critères économiques. L'interventionnisme de l'État est encore important au Maroc, de même qu'un fonctionnement clanique. Mais la montée en puissance des associations dans les zones industrielles est caractéristique d'une dynamique de la société civile marocaine qui s'ouvre chaque jour davantage à la mondialisation.

Les deux dernières parties du livre portent sur un aspect plus novateur des sociétés civiles, tant par leur intervention dans les logiques productives que par leur intégration dans des activités qui dépassent les frontières nationales.

Les textes de Jean Biwolé-Fouda et François Doligez nous placent au cœur des industries de réseau en Afrique centrale et des cultures d'exportation en Amérique latine, pour le second. Ces deux textes se rapportent plus précisément à l'influence de la demande sur l'offre dans ces productions et du rôle que peut y jouer la société civile. **Jean Biwolé-Fouda** s'intéresse aux défauts du processus de privatisation des industries de réseau au Cameroun. Calqués sur les modèles occidentaux, ces processus ont fait fi des carences institutionnelles qui caractérisent le Cameroun comme de nombreux États africains¹. Le résultat est un constat d'échec des mécanismes de régulation. Toutefois, ces défaillances ont permis l'émergence d'associations de consommateurs très actives au Cameroun. Le tableau que l'auteur dresse de leurs actions nous montre la valeur des résultats obtenus et suscite de grands espoirs pour l'avenir de cette composante de la société civile.

François Doligez analyse les problèmes que soulève le développement du commerce équitable des cultures d'exportation, après une période initiale de grand développement. Le commerce équitable est devenu incontournable pour certains produits dans plusieurs pays européens et, notamment, en Suisse. Il fonde son modèle économique sur une relation plus forte et plus stable avec les producteurs qui procure à

1. Ceci n'est pas une critique, car ces États ont accédé à l'indépendance en possédant des capacités institutionnelles, héritées de la colonisation, très réduites. La tâche à réaliser pour les construire exige plusieurs générations.

ces derniers une meilleure rémunération, ainsi qu'un renforcement de leurs capacités en termes d'éducation et de santé. François Doligez souligne que cet avantage comparatif du commerce équitable vis-à-vis du commerce traditionnel est menacé et que le premier devrait intervenir en amont et se préoccuper davantage du financement des activités productives en facilitant l'instauration d'une offre de crédits de campagne et de crédits d'investissement. Pour ce faire, les coopératives à l'origine du commerce équitable devraient collaborer avec des organismes de financement liés à la microfinance ou à la finance solidaire, mais ceci est encore une « musique d'avenir ».

Hubert Gérardin et **Jacques Poirot** examinent un autre aspect des logiques productives qui sont perceptibles dans la société civile. Il concerne ce qu'on appelle communément le Tiers-secteur ou l'économie sociale et solidaire. S'attachant au cas français, les auteurs montrent le rôle des différents acteurs de cette économie : entreprises d'insertion, associations fournissant des services de proximité ou s'adressant à une population en difficulté. On touche dans ce texte les limites de la société civile et on se rapproche de ce qu'on appelle l'entrepreneuriat social, c'est-à-dire des associations ou des coopératives qui ont un double impact économique et social.

La dernière partie précise les raisons pour lesquelles l'intervention des sociétés civiles devrait se situer dans un cadre qui dépasse les frontières nationales. **Symphorien Ongolo** et **Laura Brimont** traitent de la gestion communautaire des forêts à Madagascar et au Cameroun. Ce processus a été créé lors de la Conférence des Nations unies pour l'environnement et le développement (CNUED), à l'issue de la Conférence de Rio de 1992. Les institutions financières internationales et les grandes ONG internationales de la conservation (*World Wildlife Fund (WWF)*, *Conservation international*, *Wildlife conservation Society*) ont favorisé et soutenu financièrement l'adoption de nouvelles lois relatives à la gestion des forêts, et ce dans une perspective de développement durable. L'impact de ces lois sur l'émergence d'une société civile intervenant dans ce domaine a été fort à Madagascar, plus faible au Cameroun en raison de résistances étatiques. Selon ces deux auteurs, la société civile n'est pas un objet neutre, exempt de tensions et de conflits internes. Elle explicite, en particulier, les mécanismes selon lesquels les acteurs locaux ont pu se saisir de ces nouvelles lois pour assurer leur prédominance dans le domaine de la déforestation, si importante pour l'avenir de la biodiversité et du climat.

Clémence Merçay illustre une action spécifique des ONG au niveau international : leur intervention dans l'élaboration du Code de pratique mondial de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour le

recrutement international des personnels de santé. Il s'agit pour les ONG concernées de faire apparaître l'impact dans les pays du Sud des conséquences des politiques malthusiennes de formation des personnels de santé élaborées au Nord. Clémence Merçay a le mérite de souligner cet aspect peu connu de la mondialisation. Sans un changement de politique des pays dits riches, la libre circulation des personnes et l'ouverture des frontières peuvent conduire à priver les pays du Sud des personnes qualifiées dont elles ont besoin pour leur développement.

Le texte de **Stéphanie Treillet** conclut cet ouvrage. Nous l'avons évoqué au début de cette introduction. L'auteure met en lumière, de façon très pertinente, les portails tant empiriques que théoriques par lesquels la société civile s'est engouffrée dans la politique de développement et a fini par y introduire une forme de cohérence.

Le panorama dressé dans cet ouvrage frappe par sa diversité. Il montre quels sont les impacts de la société civile dans des domaines aussi divers que la santé, l'industrialisation, la gestion des forêts, l'insertion sociale et le commerce équitable. Il conduit à deux conclusions. La première est que l'ouverture pratiquée dans les années 1990 ne connaîtra pas de retour en arrière. Le droit de regard et de participation acquis par de nombreuses organisations à la vie économique et sociale au Nord comme au Sud ne pourra pas être supprimé. Mais il s'exerce aujourd'hui principalement dans le cadre des frontières nationales. La constitution d'une société civile mondiale grâce à l'internet et aux facilités de circulation des personnes reste embryonnaire. Son renforcement dans les domaines de l'environnement et des droits fondamentaux des personnes demeure un grand défi pour le XXI^e siècle.

La seconde conclusion est relative à l'équilibre nécessaire entre les pouvoirs publics et la société civile. Les associations qui composent cette dernière ont besoin de prouver leur légitimité. Elles ont également besoin de rendre des comptes à leurs mandants. Grâce au développement qu'elles ont connu dans les années 1990, elles se sont fortement professionnalisées. Cette professionnalisation et le sérieux de leur gestion ne suffisent cependant pas à leur légitimité. Elles ont besoin d'un cadre juridique clair et d'un soutien public pour jouer leur rôle dans leurs rapports avec l'économie de marché. Pour se développer, la société civile a certes besoin d'un État modeste qui lui fasse de la place, mais elle a aussi besoin d'un État solide institutionnellement et financièrement, qui garantisse les droits des associations face aux demandes des acteurs du secteur privé.

PREMIÈRE PARTIE

**ORGANISATIONS PAYSANNES ET ÉMERGENCE D'UNE
SOCIÉTÉ CIVILE EN AFRIQUE SUBSAHARIENNE**

1

Décentralisation et santé communautaire : analyse des déficiences dans la région de Kayes au Mali

Bruno Boidin, Emeline Laidet et Rémi Manier

Face aux défaillances du système de santé public, le Mali a fait le choix, depuis la fin des années 1980, de développer un système de santé communautaire fondé sur la participation des populations aux structures de santé décentralisées. Les centres de santé communautaire constituent ainsi un maillon essentiel du système de santé malien.

Cette contribution s'intéresse aux avancées et aux défaillances de la santé communautaire en tant que dispositif de développement humain adossé à la société civile. Le travail se fonde sur une enquête de terrain réalisée auprès des acteurs de la santé communautaire et de ses usagers dans la région de Kayes. Sur le plan analytique, nous cherchons à compléter les travaux sur les avantages et les limites de la décentralisation des systèmes de santé dans les pays à faible revenu. Les résultats de l'enquête montrent, en effet, que, malgré les services indiscutables rendus par la santé communautaire, celle-ci ne peut devenir un véritable levier de santé que sous certaines conditions tenant, en particulier, au rôle des acteurs publics en tant que régulateurs et acteurs du rééquilibrage entre des centres de santé aux ressources inégales.

Le chapitre est articulé en trois parties. La première présente le système de santé malien et le rôle des centres de santé communautaire. La deuxième précise la méthodologie d'enquête. La troisième propose les résultats en analysant successivement les trois facettes des déficiences des centres de santé communautaire : le financement et la gestion ; l'appropriation et la participation ; enfin, les difficultés plus larges de la décentralisation administrative et sanitaire au Mali.

1. Le système de santé malien et le rôle des centres de santé communautaire (CSCOM)

1.1 Contexte du système de santé

Face au problème récurrent du financement de la santé dans les pays à faible revenu, les années 1980 sont caractérisées par un désengagement relatif de l'État et un recouvrement des coûts par les populations. Cette approche s'officialise en 1987 avec l'Initiative de Bamako. Celle-ci est marquée par la forte implication de la Banque mondiale qui adhère aux principes de décentralisation et des soins de santé primaires, tout en s'opposant à la gratuité des services de santé. L'instauration du recouvrement des coûts a pour objectif d'améliorer la qualité des services de santé et de restaurer ainsi la confiance des usagers (cercle vertueux qui permet d'augmenter les recettes et, dès lors, d'accroître encore la qualité, tout en diminuant éventuellement les prix). Pour atteindre ce but, une stratégie est mise en place :

- les communautés sont chargées de prendre en charge les coûts de fonctionnement de leurs centres de santé ;
- le pouvoir décisionnel et gestionnaire concernant le centre de santé est confié à la communauté ;
- les médicaments essentiels sont distribués à un prix accessible grâce à une politique d'achat groupé de médicaments génériques en DCI (dénomination commune internationale).

L'Initiative de Bamako s'attache à placer le district comme espace pertinent pour mener une politique décentralisée de santé. Les centres de santé gérés par les communautés peuvent donc être rattachés à l'administration de ces territoires. Le Mali adopte cette politique ; le niveau de référence étant ici le cercle (équivalent au district dans la terminologie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS))¹.

1. La pyramide sanitaire du Mali (cf. 1.2) est découpée en quatre niveaux : les centres de santé communautaire (CSCOM, à l'échelle communale), les centres de santé de cercle (ou district, recouvrant un territoire plus large, équivalent du département), les hôpitaux régionaux (au niveau de la région) et les hôpitaux nationaux. Tandis que les CSCOM constituent le niveau le plus décentralisé, les cercles constituent la référence au niveau du district et servent d'interface entre les besoins locaux et la politique nationale de santé. On les qualifie ainsi de cercles de santé de référence (CSREF). Ils sont en charge de la référence/évacuation en vue d'une prise en charge efficace des urgences obstétricales et assurent la planification, la coordination des activités, la formation continue et la supervision du personnel.

Le premier centre de santé communautaire du Mali est créé par l'Association de santé communautaire de Banconi, un quartier de Bamako, en 1989. De nombreuses initiatives locales poussent ce mouvement, d'abord urbain, à s'étendre dans les campagnes. Devant l'ampleur du phénomène, l'État reconnaît en 1991 le système communautaire comme un élément moteur sur lequel baser sa politique de santé. En mars 1993, le Mali lance, avec l'appui des bailleurs de fonds, le Projet santé population et hydraulique rural (PSPHR). Celui-ci soutient la création de nombreux centres de santé communautaire à travers la construction ou la rénovation de bâtiments, ainsi que la dotation des structures de santé en médicaments essentiels et en matériel. Le PSPHR s'engage dans un soutien à l'autonomie de gestion des centres de santé et à la prise en charge de leur coût de fonctionnement par les utilisateurs ; le Mali étend petit à petit le paiement des prestations par les patients. Depuis la mise en place de cette politique, le pays a vu s'accroître considérablement le nombre de CSCOM : 10 en 1993, 285 en 1999, 618 en 2002, pour atteindre 993 en 2009.

1.2 Les CSCOM, maillons du système de santé décentralisé

Le système de santé malien est organisé de façon pyramidale sur le modèle décentralisé de la politique de « santé pour tous »² fondé sur quatre échelons : les CSCOM à l'échelle communale ; les centres de santé de référence (CSREF) dans le chef-lieu de chaque cercle (district) ; les hôpitaux régionaux et enfin les hôpitaux nationaux.

Dans cette étude, nous analysons le fonctionnement des structures sanitaires du premier échelon. Le CSCOM constitue la base du système de santé pyramidal malien. Ses principes de création et de fonctionnement s'appuient sur le décret n° 05-299 / P-RM du 28 juin 2005 (Secrétariat général du gouvernement, 2005). La création du CSCOM émane du regroupement de la population en associations de santé communautaire (ASACO). Le CSCOM est destiné à faire face « *de façon efficace et efficiente aux problèmes de santé* »³ de la population se situant dans une aire définie. Il assure une mission de service public, ce qui le contraint à offrir à la population de son aire de santé le paquet minimum d'activité. Ainsi, le centre de santé est chargé :

-
2. La « santé pour tous » lancée en 1978 par l'Organisation mondiale de la santé et l'UNICEF prône la décentralisation des systèmes de santé, la promotion des soins primaires et la gratuité des soins (OMS, UNICEF, 1978).
 3. Décret n° 05 299 / P-RM du 28 juin 2005, article 2.

- « de fournir des prestations curatives telles que les soins courants aux malades, le dépistage et le traitement des endémies locales, les explorations paracliniques courantes ;
- d'assurer la disponibilité des médicaments essentiels en DCI ;
- de développer des activités de soins préventifs (santé maternelle infantile, planning familial, vaccination, éducation pour la santé) ;
- d'initier et de développer des activités promotionnelles (hygiène, assainissement, développement communautaire, information, éducation à la communication) »⁴.

Encadré 1 : Organisation administrative des centres de santé communautaire

Le conseil d'administration de l'ASACO a pour mission de « *veiller au bon fonctionnement du centre de santé communautaire* »⁵. Son rôle est :

- d'étudier et de voter les programmes annuels d'activités et les budgets prévisionnels du CSCOM ;
- de réfléchir à la façon de réaliser ces programmes en faisant intervenir les populations ;
- de suivre et de contrôler l'exécution des programmes ;
- de recruter les agents de santé nécessaires au bon fonctionnement du CSCOM sur la base de contrats ;
- de fournir à l'assemblée générale de l'association un compte rendu de l'état de fonctionnement du centre.

Le comité de gestion de l'ASACO a pour mission de « *veiller à la bonne exécution des décisions du CA* »⁶. Son rôle est :

- de suivre la gestion du CSCOM ;
- de valider le budget de fonctionnement mensuel du centre proposé par le chef de poste médical ;
- d'exécuter les dépenses nécessaires au fonctionnement ;
- de fournir au CA les justificatifs des dépenses ;
- de décider de sanctions éventuelles contre le personnel soignant.

La direction technique du centre est assurée par un professionnel de santé ayant au moins le niveau de technicien de santé. Il est chargé :

- de veiller au bon fonctionnement du centre ;
- de tenir les statistiques sur les activités menées dans l'aire de santé ;
- de s'occuper du personnel du centre qu'il a sous sa responsabilité.

L'ASACO est habilitée à créer et à assurer le fonctionnement des centres de santé communautaire, après autorisation de la commune (ou des communes) concernée(s) avec l'accord du médecin-chef du cercle.

4. *Ibid.*, article 2.

5. *Ibid.*, article 13.

6. *Ibid.*, article 16.

La gestion courante du centre de santé communautaire est assurée par trois organes : le conseil d'administration, le comité de gestion et la direction technique (*cf.* encadré 1).

1.3 Les communes et l'État, un rôle de soutien et de tutelle

La politique sectorielle des pouvoirs publics maliens en matière de santé, qui a accompagné le lancement des premiers CSCOM dans les années 1990, donnait un rôle de tutelle administrative et technique à l'État sur les ASACO. Celui-ci participait au financement de la construction du centre, de son équipement et dotait le dépôt de médicaments. Depuis le décret n° 02-314 / P-RM du 4 juin 2002 (Secrétariat général du gouvernement, 2002) fixant les détails des compétences transférées aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle en matière de santé, un certain nombre de compétences qui étaient du ressort des autorités publiques centrales doivent être assurées par les communes. Depuis 2002, le rôle de la commune est alors étendu (*cf.* encadré 2).

Encadré 2 : Le rôle élargi des communes depuis le transfert de compétences

Les articles 2 et 3 du décret n° 02-314 / P-RM du 4 juin 2002 fixent les compétences suivantes aux communes :

- élaborer et mettre en œuvre un plan communal de développement dans le domaine de la santé ;
- signer la convention d'assistance mutuelle avec les ASACO ;
- distribuer des subventions destinées au financement d'activités de santé ;
- doter le CSCOM d'un stock initial de médicaments essentiels et assurer ainsi un fonds de roulement ;
- participer au financement des salaires de certains agents ;
- allouer des subventions à la construction et à l'équipement des CSCOM ;
- lutter contre la vente illicite de médicaments ;
- contrôler la gestion des ASACO ;
- lutter contre les épidémies et les catastrophes ;
- contrôler la transmission par le CSCOM des données d'informations destinées au CSREF ;
- fournir l'autorisation de création du CSCOM (après consultation du médecin-chef du cercle).

Le développement des centres de santé communautaire ne signifie pas, en principe, un moindre rôle des pouvoirs publics. Tout d'abord, ceux-ci doivent jouer un rôle de soutien financier (article 5 du décret

n°05-299). Ensuite, l'État pose les règles de création et de contrôle des CSCOM. Le ministère a ainsi défini des conditions de viabilité économique et sociale qui conditionnent le droit de créer un CSCOM : celui-ci doit être implanté dans le village le plus peuplé de l'aire de santé ; il doit réaliser ses activités pour les populations comprises dans un rayon de 15 km maximum ; la population rattachée au CSCOM doit comprendre au minimum 5 000 habitants, la fréquentation doit être estimée à au moins 40 % de ce nombre. Si le CSCOM ne remplit pas ces critères, il ne peut être autonome : il n'assure pas son fonctionnement et ne parvient pas à générer des fonds pour ses investissements futurs. L'ASACO est reconnue si elle signe une convention avec l'État. Celle-ci lui permet d'être exemptée de tout paiement d'impôts ou de taxes, d'obtenir des subventions et offre la possibilité au personnel du centre et aux membres de l'ASACO de participer à des formations.

2. Méthodologie de l'enquête

Cette enquête a été menée dans le cadre d'une mission confiée par l'ACAUPED (Association de coordination d'actions utiles aux pays en développement), visant à évaluer les difficultés et les voies d'amélioration du fonctionnement des centres de santé communautaire dans la région de Kayes⁷. En dehors de la revue de littérature et de la revue documentaire, l'étude des CSCOM de la région de Kayes s'appuie sur une enquête conduite du 11 mai au 19 août 2010 sur le site de 16 centres de santé (4 jours de présence ont été consacrés à chaque centre, en moyenne). Cette enquête a été menée auprès de 120 personnes représentant les quatre catégories d'acteurs suivants : membres du personnel soignant des CSCOM (48 personnes interviewées) ; membres des ASACO (35 personnes interviewées) ; représentants des communes (18 personnes interviewées) ; patients (19 personnes interviewées).

L'enquête combine deux volets. Un premier volet porte sur le recueil auprès de chaque centre des données chiffrées disponibles, tant sur les patients que sur l'offre de santé (nombre d'habitants, nombre de villages

7. L'ACAUPED, association française de solidarité internationale, a été créée en 1984. Nous tenons à adresser nos plus sincères remerciements à Jean-Luc Desmarests, président de l'ACAUPED, ainsi qu'à Karim Diakitè, médecin malien spécialiste en santé publique et coordinateur de l'ACAUPED au Mali, qui a suivi le travail de préparation de l'enquête et nous a été d'une grande aide dans l'organisation de celle-ci et la prise de contact avec nos interlocuteurs.

de l'aire de santé, type de soins dispensés, accessibilité géographique, prix des prestations, effectif par catégorie de personnel, salaire mensuel, accès à l'eau et à l'électricité, etc.). Un second volet, fondé sur des entretiens semi-directifs auprès de 120 personnes, abordait auprès de chaque catégorie d'acteur les cinq domaines suivants :

- La présentation du centre de santé dans sa globalité (histoire, caractéristiques de son aire de santé, etc.).
- L'accessibilité géographique et financière et les éventuels obstacles.
- Le fonctionnement : personnel, prise en charge des patients, activités et organisation de l'évacuation pour les cas d'urgence obstétricale. La finalité est de comprendre le fonctionnement du centre et d'identifier les difficultés rencontrées et les moyens mis en œuvre pour les contourner.
- L'organisation interne, la gestion et les relations avec les communes.
- Les relations avec d'autres acteurs (associations, coopératives, mutuelles, prestataires de soins).

Une grille d'entretien différenciée pour chaque catégorie d'acteurs a été élaborée. Les entretiens ont également été adaptés à la fonction ou au statut de chacun, que ce soit comme personnel du centre ou membre de l'association (l'ensemble des thèmes a été abordé avec les chefs de centre, tandis que les autres membres du personnel ou de l'association ont permis d'approfondir certaines questions, telles que, par exemple, l'accessibilité géographique de l'aire de santé avec les agents vaccinateurs, ces derniers arpentant tous les villages, les activités et les difficultés de l'activité de maternité avec les matrones – planning familial, accouchement, consultations postnatales –, ou encore les problèmes de gestion de la caisse du centre avec les trésoriers).

La méthode d'enquête comporte des limites car malgré la diversité et le nombre des acteurs interrogés, elle ne recouvre pas l'ensemble des personnes susceptibles d'apporter un éclairage sur le fonctionnement et les difficultés des centres de santé. En outre, l'enquête est focalisée sur la région de Kayes et ne préjuge pas de résultats différents dans d'autres régions du Mali. Néanmoins, plusieurs caractéristiques de cette enquête permettent de tirer des enseignements plus larges. D'abord, nous avons cherché à recouvrir les diverses catégories significatives des acteurs de terrain présents dans l'administration des CSCOM ou en relation avec ceux-ci. Ensuite, notre enquête est complétée par une étude⁸

8. En dehors des références indiquées dans le corps du texte et reprises en bibliographie, nous citons de nombreuses données issues de l'enquête démographique et de santé du Mali (EDSM-IV). Cette étude, réalisée en 2006, fait suite à celles 1987, 1995 et 2001. Les résultats de cette enquête sont basés sur l'étude d'un échantillon de 1 584 ménages de la région de Kayes : 360 ménages en milieu urbain et 1 224 en milieu rural.

documentaire préalable. Enfin, la partie 3 permet une mise en contexte plus large de l'expérience de la région de Kayes par rapport au cadre institutionnel malien.

3. Résultats : analyse des déficiences des CSCOM

Les résultats présentés ne recouvrent pas toute l'enquête (pour une présentation complète, voir Manier, Laidet, 2010)⁹.

Nous mettons en évidence les déficiences en les regroupant en trois domaines significatifs. Dans un premier temps sont abordées les déficiences portant sur le financement et la gestion. Ensuite sont explorées celles tenant à l'appropriation et à la participation. Nous terminons notre analyse en mettant en perspective les difficultés rencontrées par les CSCOM avec celles, plus larges, de la décentralisation administrative et sanitaire conduite au Mali.

3.1 Difficultés de financement et de gestion

Les entretiens avec le personnel soignant et les relevés établis dans les différents centres nous conduisent à identifier quatre difficultés pouvant expliquer les déficiences en termes de ressources financières et de gestion. Ces difficultés ont toutes trait à des questions de gestion au sens large : gestion et motivation des ressources humaines, levée et pérennisation des ressources financières, ou encore capacités de gestion comptable du budget.

3.1.1 Gestion et motivation des ressources humaines et des agents bénévoles

Le statut et la rémunération du personnel des centres de santé

L'absence de contrat de travail et de cotisation à la caisse de retraite est une des difficultés rencontrées par le personnel soignant. Les employés sans contrat sont surtout nombreux dans le cercle de Diéma. Les employeurs concernés sont l'ASACO et la commune. En 2009, selon

9. Nous n'abordons pas ici certains éléments de l'enquête tels que les caractéristiques techniques des CSCOM, leur fonctionnement, leurs difficultés à assurer les fonctions de prévention, leur gestion du stock de médicaments, les problèmes d'accessibilité géographique et financière, etc.

la Direction régionale du développement social (DRDS), les ASACO de la région de Kayes employaient 747 personnes ; seulement 260 étaient inscrites à l'INPS¹⁰, soit un peu moins de 35 %. Malgré les plaintes des salariés, la situation reste souvent bloquée pour diverses raisons :

- le salaire mensuel est trop faible pour pouvoir être déclaré à l'INPS et l'employeur ne souhaite pas augmenter les salaires ;
- selon les employés interrogés, l'absence volontaire de contrat de la part de la mairie ou de l'ASACO permet d'assurer une certaine mainmise sur les employés. Ces derniers ne sont pas dans leurs droits et n'ont pas de recours possible ;
- la commune ou l'ASACO ne veulent, ou ne peuvent pas, payer les cotisations dues à l'INPS ;
- les employeurs sont dans une logique d'informalité ; pour la plupart cultivateurs, ils n'ont pas de contrat de travail eux-mêmes et n'en voient donc pas forcément la nécessité pour le personnel soignant employé.

Le salaire mensuel du personnel est fréquemment jugé trop faible par rapport à la quantité de travail fournie et/ou au niveau de formation de certains employés. Des écarts conséquents de salaire existent entre les CSCOM eux-mêmes, mais aussi par rapport à la convention collective qui n'est pas toujours respectée. Nous pouvons, par exemple, remarquer que le salaire moyen des gérants dans les CSCOM étudiés est de 41 000 FCFA, 19 000 FCFA (100 FCFA=0,1524 euro) de moins que le montant indiqué dans la convention. Le salaire le plus bas est de 15 000 FCFA, alors que le plus élevé est de 69 000 FCFA. Les deux gérants concernés sont présents chaque jour et prennent tous deux peu de congés, rien ne semble donc justifier un tel écart. Notons que le salaire de certains agents est inférieur au SMIG (salaire minimum interprofessionnel garanti) malien qui s'élève, en 2008, à 28 639 FCFA.

Parmi les chefs de poste médical, les disparités en matière de rémunération sont importantes. Le montant versé ne correspond pas au niveau d'études effectuées : un infirmier peut toucher un salaire plus élevé qu'un médecin. Le salaire dépend souvent d'une négociation avec l'ASACO ; si le CSCOM fonctionne bien, le chef de poste médical obtiendra des primes. De même, si le chef de poste jouit d'une bonne réputation dans le secteur et que l'association souhaite le garder, elle fera des efforts. Des primes sont consenties pour dédommager l'agent qui fait davantage que son travail, c'est-à-dire qui accepte d'assurer la

10. L'Institut national de prévoyance sociale est une caisse de redistribution des revenus (vieillesse, maladie). D'après l'Agence pour l'emploi du Mali, cette caisse redistribue les revenus à près de 150 000 personnes.

permanence des soins la nuit et le week-end, qui vit au centre pour être disponible.

Parmi le personnel, de nombreux employés indiquent que leur salaire n'augmente pas de manière significative au cours de leur carrière. Ce problème rejoint celui de l'absence de contrat de travail : tant que le salaire n'a pas atteint un montant minimum, aucun contrat et donc aucune cotisation à l'INPS ne sont possibles. Les différents statuts des employés (fonctionnaire, financement Initiative pays pauvres très endettés (PPTE), ASACO...) ont un impact ; le salaire d'une personne payée par l'ASACO peut stagner de nombreuses années.

Face à ces salaires peu élevés, les personnels interrogés réagissent de plusieurs façons :

- La résignation. Certains personnels ont écrit aux autorités (INPS ou maire de la commune) sans résultat.
- Le souhait de quitter le CSCOM dès que possible, pour un autre centre ou une autre profession.
- Le sentiment de sacrifice à la communauté, qui représente une compensation morale à la faiblesse du salaire.

Les arriérés de salaires constituent un deuxième problème majeur pour le personnel car les recours possibles sont limités. Toutes les difficultés de paiement sont liées à l'ASACO ou à la commune. Nous avons identifié plusieurs cas montrant que les responsabilités des acteurs concernés ne sont pas clairement établies, rendant tout recours incertain :

- La commune rencontre de grandes difficultés à collecter l'argent des impôts. La population vit essentiellement de la culture ou de l'élevage et les maigres revenus ne permettent pas de payer les employés correctement. Dans certains cas, les ménages refusent de payer l'impôt car ils n'en voient pas l'utilité, ou se méfient des autorités.
- L'ASACO a parfois tendance à lier la performance du centre aux salaires du personnel. Dans un des centres étudiés, l'association attend de faire l'inventaire chaque mois (dont la date peut varier considérablement) pour payer les employés.
- Des détournements d'argent de la part de l'ASACO ou de la commune ont été signalés dans certains centres, sans qu'il s'agisse toujours des équipes actuelles. Ceci implique des arriérés de salaire de plus de deux ans qui semblent ne pouvoir être remboursés car les membres ou les élus coupables des détournements ne sont plus en exercice dans l'ASACO et les nouveaux arrivés ne veulent pas endosser la responsabilité du comportement de leurs prédécesseurs.

L'absence de mutation pour certains statuts représente un obstacle important pour le personnel. Seuls les fonctionnaires ont la possibilité d'être mutés, en particulier pour le rapprochement du conjoint. Le Fonds

pays pauvres très endettés, l'ASACO ou la commune ne le permettent pas et obligent l'employé à démissionner s'il souhaite changer de structure.

Enfin, la dernière difficulté notable est le manque de formation ressenti par les personnels. La grande majorité du personnel interrogé semble unanime sur ce point. Beaucoup n'ont pas mené leurs études à leur terme, généralement par manque de moyens et par besoin de ressources dans la famille. Le projet personnel le plus fréquent est de travailler quelques années afin d'économiser pour reprendre ensuite des études. Ce souhait existe aussi bien chez les aides-soignants que parmi les médecins. Au sein de cette dernière profession, la spécialisation est un des objectifs principaux, malgré les difficultés de ce projet (il est souvent nécessaire de partir à l'étranger et d'obtenir une bourse).

L'une des conséquences des difficultés personnelles et financières rencontrées par le personnel des CSCOM, surtout en milieu rural, est le cumul des fonctions. L'absence d'agents qualifiés pour chaque tâche à effectuer pousse le personnel à dépasser sa compétence première : l'injection fait de l'aide-soignant un infirmier, tandis que la prescription élève l'infirmier au rang de médecin. Cette adaptation aux contraintes du milieu semble nécessaire car elle permet aux agents d'assurer les services de santé indispensables à la population. Elle se caractérise, pourtant, par « l'abandon partiel de la fonction principale de l'agent », comme l'avaient déjà constaté Konate, Kanté et Djènèpo (2003). Ceci peut constituer un danger car chacun réalise des actes supérieurs à sa qualification (même si la compétence acquise sur le terrain est à prendre en compte).

La difficile mobilisation des agents de relais communautaire

Les relais ont été mis en place au Mali par l'UNICEF, à l'instar des expériences conduites dans d'autres pays sous l'impulsion des autorités publiques et des acteurs internationaux (OMS, UNICEF, Banque mondiale). Ils représentent des acteurs clefs dans les politiques de santé communautaire en Afrique. Couramment désignés par les notables du village selon des critères de choix divers (jeunes, lettrés...), les relais doivent participer activement à la stratégie dite de « communication pour un changement de comportement » (CCC).

Présents dans tous les villages des aires de santé étudiées¹¹, les relais ont pour mission de :

- répertorier les naissances, les malnutris et les personnes malades ;
- participer aux campagnes de vaccination nationales ;

11. Dans ces aires, un à trois relais sont désignés par village.

- aider le personnel soignant du centre de santé lors de la stratégie avancée. Les relais sont chargés de prévenir la population et de rechercher activement toute personne absente pour les vaccinations ;
- sensibiliser trente-cinq ménages chaque mois, afin d'aborder différents thèmes, comme l'allaitement exclusif les six premiers mois de grossesse, ou l'intérêt de dormir sous une moustiquaire.

À l'exception des campagnes nationales de vaccination (qui permettent d'obtenir des *perdiem*), les relais travaillent bénévolement.

Les agents ou relais de santé communautaire constituent un élément important des politiques de santé dans les pays africains dans un contexte où les plans d'ajustement structurel et le marasme économique ont réduit la place de l'État dans les politiques sociales. Cependant, le succès de tels programmes est inégal selon les pays et les périodes. Au Bénin (Boidin, Savina, 1996), la décentralisation du système de santé sous ajustement structurel avait buté sur la difficulté à mobiliser les ressources humaines en milieu rural. Les difficultés économiques des personnels de santé semblaient incompatibles avec l'idée d'activités bénévoles, fussent-elles compensées par des dons en nature et une reconnaissance sociale. Au Sénégal, plus récemment, la lutte contre le paludisme a connu des avancées importantes avec la prise en charge à domicile du paludisme (PECADOM) appuyée, en partie, sur l'engagement des communautés et en particulier le rôle du dispensateur de soins à domicile (DSDOM), agent bénévole choisi par le village et ayant reçu des indemnités au moment de la formation (Roll Back Malaria, 2010). L'expérience sénégalaise en la matière illustre une certaine réussite de la mobilisation des agents bénévoles lorsque ceux-ci reçoivent, en échange de leur investissement, des contreparties en nature (denrées alimentaires) et jouissent d'un certain prestige auprès de leur communauté.

Au Mali, notre enquête fait apparaître que l'activité de relais se heurte à la difficulté pour les personnes concernées de consacrer le temps nécessaire à cette activité, compte tenu des arbitrages économiques nécessaires. Face à l'absence de rémunération, les agents de relais communautaire semblent se décourager ; dans toutes les aires de santé étudiées, les personnels de santé estiment, en effet, que les relais de santé n'effectuent pas leurs missions. Outre la difficulté à mobiliser les relais en l'absence de rémunération, il semble que le non-renouvellement de ces derniers contribue à réduire leurs motivations après plusieurs années d'exercice. Enfin, lorsqu'ils sont encore actifs, les agents se heurtent à des difficultés liées à leur niveau d'études : pour établir un bulletin de référence (*cf.* 3.1.2 *infra*), recenser les naissances et les répertorier dans un cahier, il est nécessaire d'être lettré, ce qui constitue une difficulté supplémentaire dans le recrutement des agents.

3.1.2 Levée et pérennisation des ressources financières

La difficulté de recouvrement des caisses de solidarité

Comme indiqué précédemment (partie 1), le système de santé malien est organisé de manière pyramidale, avec à sa base les centres de santé communautaire. Les cas nécessitant un plateau technique plus important que celui disponible au CSCOM doivent se rendre au CSREF selon deux modalités possibles :

- les cas médicaux. L'ambulance ne les prend pas en charge, ils reçoivent un bulletin de référence au CSCOM et se déplacent eux-mêmes ;
- les cas obstétricaux. Au CSREF, les autorités publiques prennent en charge l'acte et les produits, la patiente ne paie pas. C'est la référence évacuation. Il existe un CSREF par cercle (soit dans les cercles étudiés : Kayes, Yélimané et Diéma).

Ne pouvant mettre en place un système de référence évacuation pour tous, l'État malien s'est concentré dans un premier temps sur les urgences obstétricales. La logique retenue est qu'une femme enceinte représente deux vies ; elle est donc prioritaire. Dans chaque cercle, une caisse de solidarité a été instaurée afin de pouvoir prendre en charge les frais liés à la référence évacuation : le carburant, les chauffeurs, les ambulances, l'entretien, les frais de réparation... Cette caisse est alimentée par les ASACO, les conseils de cercle et les communes ; chaque année, une quote-part est à payer. Cette dernière est calculée selon le nombre d'habitants de l'aire de santé (et donc le nombre supposé de femmes enceintes pouvant connaître des complications lors de l'accouchement) et la distance entre le CSCOM et le CSREF. Elle varie alors d'un centre de santé à l'autre.

Dans les CSCOM concernés par l'étude, trois ASACO sur huit ne payent pas leur quote-part, ainsi que les trois-quarts des communes. La conséquence est que les patientes de trois CSCOM sur cinq ne profitent pas de la gratuité de la référence évacuation jusqu'au CSREF ; elles doivent avancer au moins la moitié des frais. Dans certains centres, le coût peut s'élever jusqu'à 50 000 FCFA, compte tenu de la distance entre le CSCOM et le CSREF.

Les ASACO ont instauré plusieurs méthodes pour parvenir à payer les quotes-parts :

- la mise en place d'un système de cotisation dans les villages de l'aire de santé. Chaque année, l'association communautaire reçoit le montant de la quote-part à payer. Elle divise alors ce montant entre les villages de l'aire de santé. Chaque chef de village décide de la méthode à