



Centres de santé communautaire du Sahel : qui participe ?

La santé communautaire est communément définie par la participation des habitants à la résolution des problèmes de santé. Le niveau d'implication et le poids de la participation de la population varient en fonction du contexte local. En voici une illustration.

L'absence de progrès de l'Etat de santé des populations rurales des pays en développement, a consacré l'échec de l'O.M.S. dans sa politique des soins primaires menée jusque là. Les postes de santé primaires (PSP) et centres de santé primaires (CSP) villageois prétendaient apporter au plus près des populations rurales des capacités de diagnostic et de soins de base. Ces petits équipements ruraux étaient financés par les Etats et leur accès était gratuit, mais ils souffraient de la sous-qualification des personnels, du manque d'encadrement et d'équipement en matériel et en médicaments.

Depuis les années 90, l'O.M.S. a impulsé la substitution des PSP et des CSP par les centres de santé communautaires (CS Com). Les Etats ont la charge de mener ces programmes financés principalement par les organismes internationaux, FMI, UNICEF, fonds européens, etc., sous forme d'aides aux investissements et au démarrage.

Un regard sur la situation de la région de Kayes au Mali permet d'illustrer la complexité du problème et les logiques qui sont en présence dans les projets de Centre de santé Communautaires.

Les protagonistes

Six parties sont impliquées : les migrants, les villageois, les organisations non gouvernementales (ONG), l'Etat, les organismes internationaux, l'industrie pharmaceutique. Cette région est traditionnellement une terre d'émigration et l'argent des expatriés en est un facteur économique majeur. Relayant ou devançant les demandes de leurs populations d'origine, les migrants sont les initiateurs de projets dont les centres de santé sont une composante essentielle à leurs yeux, pour des raisons bien compréhensibles. Pour mener à bien leurs projets, les migrants demandent l'assistance technique d'ONG qui se charge de l'étude de besoin, de l'expertise technique et de l'accompagnement.

Outre le recours aux soins traditionnels, les villageois comptent, pour répondre à leurs

besoins de santé, sur les équipements locaux et sur les envois d'argent des expatriés leur permettant de se soigner en ville.

L'Etat ne dispose pas des ressources nécessaires pour améliorer le dispositif en place et du fait de la "restructuration" imposée par le FMI, ne dispose d'aucune marge d'autonomie.

Le schéma préconisé par l'O.M.S. est simple : l'amélioration de l'Etat de santé des populations suppose l'amélioration de la qualité des soins et un travail de prévention. La qualité s'obtient en créant des centres, tenus si possible par des médecins ou, vision plus réaliste, par des infirmiers diplômés, entourés d'une équipe plus motivée et mieux formée. Cela a un coût et en conséquence, les centres seront moins nombreux, desserviront une zone d'activité de plusieurs villages, et seront soumis à la règle de l'autofinancement. La fin de la gratuité des soins suppose un travail d'information de la population sur les problèmes de la santé et de son économie.

Condition ultime pour la réussite de l'entreprise, les centres doivent être approvisionnés en médicaments à bas prix. L'implication de l'industrie pharmaceutique n'est donc pas des moindres.

Les enjeux

Si l'amélioration de l'Etat de santé est un thème fédérateur, le nombre des acteurs et la diversité de leurs logiques ou intérêts rend le scénario très complexe. Il est bien sûr question d'argent et de pouvoir.

La pression des institutions internationales amène l'Etat à se défaire des engagements financiers qu'il assumait et à s'investir dans un rôle de planification et de supervision. La population et les migrants acceptent mal cette conversion qui leur impose un effort financier et une tutelle plus grande sans contrepartie visible à court terme.

L'habillage de santé des séances d'information villageoises, masque difficilement les enjeux de pouvoir et d'argent. Autant pour des raisons d'accessibilité que pour des raisons de prestige, le renoncement au principe de "un centre de santé par village" entraîne des négociations difficiles entre les villages, les migrants et les autorités.

Les fonds disponibles sont comptés. L'Etat les gère au plus près et fait pression sur les migrants pour qu'ils financent le plus possible les projets. Ces derniers ont plus que jamais le sentiment d'être les "vaches à lait" mais acquièrent dans les villages un pouvoir qui n'est pas forcément bien vécu par les anciens.

Dans ce scénario les ONG ont ici aussi bien du mal à préserver leur neutralité face aux luttes d'intérêts qui dépassent l'objet de leur mission : la santé. La population participe aux débats, aux frais ; elle attend les médicaments et les résultats.

La santé pour tous en l'an 2000

Dis, papa, c'est loin l'an 2000 ?

Tais toi et marche.