

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 Diakit, 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 *per diem*), 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.