

Comment agir sur la couverture santé de ses proches restés au pays ?

Pratiques et témoignages de Maliens résidant en France

Claire Boulanger¹

Résumé

Grâce à une mise en situation, le lecteur découvre comment et à travers quels mécanismes il est possible, ou non, de participer à la protection santé de proches restés au pays lorsque l'on a soi-même émigré. Les débats publics dans les pays d'immigration sont polarisés par le rôle qu'auraient à jouer les Etats dans les processus de protection sociale. L'observation des pratiques de Maliens résidant en France démontre pourtant que les institutions étatiques ne sont que marginalement intégrées au tissu d'interactions qui permet la couverture santé.

Envisageant tout d'abord des situations où il est possible de penser en termes de prévoyance, on observe que les conditions à remplir pour bénéficier des droits offerts par la Convention sur la sécurité sociale reliant les deux Etats les rendent difficile d'accès. De plus, le secteur marchand n'a pas encore su développer de produits répondant à ces besoins spécifiques et le système mutualiste connaît un essor limité par la qualité des soins disponibles. C'est donc principalement à travers des actions collectives de création, financement et équipement de structures de santé qu'il est possible d'agir. Dans des situations où il s'agit de répondre à l'urgence, face aux difficultés rencontrées pour faire évacuer les personnes nécessitant des soins, d'importants flux financiers ou de produits thérapeutiques sont organisés.

Mots clés

migration, sécurité sociale, santé, Mali, France.

¹ Contact : claireboulanger@hotmail.fr

Table des matières

Introduction.....	3
PARTIE 1 : Situations de prévoyance.....	5
1.1. Accéder aux systèmes de sécurité sociale étatiques : un parcours pour initiés.....	5
1.2. Les balbutiements des produits d'assurance des sociétés privées.....	11
1.3. Les mutuelles de santé, des tentatives de portée très limitée.....	11
1.4. Créer et appuyer une structure de soins.....	15
1.4.1. <i>Comment et avec qui équiper une localité d'un centre de soins de bases : les caisses villageoises</i>	15
1.4.2. <i>Même finalité et autres logiques : financer un projet grâce aux politiques de la ville</i>	24
1.4.3. <i>En dehors du cadre associatif, agir individuellement : donateurs, mécènes, actionnaires.</i>	25
PARTIE 2 : Situations d'urgence	27
2.1. Organiser le déplacement de la personne nécessitant des soins : paradoxes et barrières aux évacuations sanitaires.....	27
2.2. Fournir de quoi soulager et guérir : l'envoi de médicaments.....	30
2.3. Prendre en charge les coûts financiers des soins : les transferts de fonds.....	32
2.4. Entre urgence et prévoyance : créer un lien de confiance avec une structure de soins.....	35
Conclusion	36
Liste des abréviations.....	38
Bibliographie.....	39

Introduction

Les débats publics en France et en Europe sur les enjeux posés par l'immigration se focalisent en général autour de deux pôles. D'un côté, malgré les obligations édictées par le droit international, l'Etat refuserait de jouer son rôle de protection (en terme d'accueil, de droit à vivre en famille, d'accès au logement, à la santé, etc.). De l'autre, même volontaire, l'Etat ne serait plus capable d'accueillir d'autres migrants car son système de protection sociale, déjà fragilisé, risquerait de s'écrouler sous cette charge supplémentaire.

Dans un cas comme dans l'autre, l'Etat est mis au centre du débat². Le respect des droits de l'Homme et le bon fonctionnement de l'Etat-providence sont mis dos à dos comme s'ils s'excluaient l'un l'autre. Dans ces conditions, il est difficile de se faire une opinion. D'autant plus qu'en tant que ressortissants français (ou d'un état au fonctionnement comparable) nous faisons partie de ces quelques millions de privilégiés au nom desquels nos Etats ferment leurs frontières, avec les conséquences meurtrières que l'on sait³. Nous nous réfugions derrière l'idée sans cesse répétée qu'« on ne peut pas accueillir toute la misère du monde » et refoulons des injustices subies par nos semblables⁴ car nous ne voyons pas de solutions qui nous mettraient à l'abri de la perte de nos droits sociaux.

En fait à l'origine, les termes du débat sont biaisés. En faisant de l'Etat le seul garant du bon fonctionnement de la société et du bien-être individuel, le carcan idéologique qu'est le stato-centrisme occulte la centralité de la vie et des relations humaines dans ce fonctionnement. Il est vrai que l'Etat et son administration sont très présents dans les pays dit « développés » ou « industrialisés ». Nous sommes socialisés dans un environnement où l'administration dispose de vastes ensembles de lois et de règles lui permettant d'identifier (état civil), de catégoriser (en fonction du sexe, de l'âge, du statut familial, professionnel, juridique) et de contrôler l'ensemble des personnes résidant sur le territoire national. Pas un jour ne passe sans que nous y soyons confrontés, au point qu'il nous est devenu très difficile d'imaginer comment une société humaine pourrait fonctionner sans ces institutions étatiques, leurs rouages et l'utilisation de la coercition légale en cas de non-respect des règles. Pourtant, face à la crise que traverse l'Etat-providence (n'entend-on pas que l'Etat est trop endetté et doit diminuer ses dépenses, que la Sécurité sociale coûte trop cher, etc. ?), la remise en cause du rôle de l'Etat dans la protection sociale ne doit pas être laissée entre les mains des partisans du tout marchand. Historiquement, ce n'est qu'au cours du siècle passé que l'Etat a peu à peu invisibilisé et partiellement remplacé une grande variété de mécanismes sociaux qui jouaient jusque-là ce rôle protecteur. Si l'Etat n'est qu'un acteur parmi de nombreux autres de notre protection sociale, celle-ci n'a de sens que prise en charge collectivement. Il convient donc de corriger les termes du débat pour pouvoir avancer, et pour cela, il est nécessaire de mettre en lumière la centralité des autres acteurs, structures et réseaux qui participent à notre épanouissement individuel et collectif en nous protégeant des accidents de la vie.

Dans ce but, l'observation des mécanismes utilisés par les migrants⁵ afin d'assurer la protection sociale de leurs proches est riche d'enseignements. De par la situation migratoire, ces personnes ont

² Cette polarisation et ses conséquences sont devenues un objet d'étude au sein des sciences sociales interrogeant les phénomènes migratoires. C'est par exemple le cas des travaux sur le transnationalisme tels que Basch (1994), Faist (2000), Bryceson (2002), Levitt (2004).

³ A titre d'exemple, le 3 octobre 2013 une embarcation fait naufrage près de l'île italienne de Lampedusa. 366 personnes perdent la vie. D'après l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) durant la seule année 2011, 1500 personnes se sont noyées en méditerranée en tentant de rejoindre l'Europe.

⁴ « Toute personne a le droit de quitter tout pays, y compris le sien, et de revenir dans son pays » Article 13 alinéa 2 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme.

⁵ La migration se définit pour un individu par le passage d'une frontière, autrement dit par le passage d'un Etat à un autre – puis le fait d'y séjourner au moins un an-. La notion de migration elle-même est donc stato-centrée, même si, contrairement au couple émigré-immigré, elle permet de laisser à la personne son intégrité, de ne pas la diviser en deux catégories en fonction du point de vue à partir duquel elle est observée –pays de départ ou pays d'arrivée-. Parler de

une existence qui traverse les frontières. Leurs pratiques sociales se déroulent dans plusieurs Etats simultanément sans pour autant en perdre leur continuité, leur permanence et leur unicité. L'être en migration engendre des particularités à la fois dans les relations que les individus entretiennent avec les institutions étatiques et dans les processus mis en place pour assurer la protection santé de leurs proches.

Le texte qui suit propose donc une mise en situation : vous êtes de nationalité malienne, vous résidez et travaillez en France depuis des années, des décennies peut-être. Une partie de votre famille est restée, ou retournée vivre au Mali (vos parents, conjoint, enfant, frère, sœur, tante, oncle, etc.). Ces personnes, en raison de la situation socio-économique que connaît le pays n'ont pas ou peu de revenus propres et sont à votre charge. En langage administratif, vous êtes « chef de famille » bien que ce statut ne vous soit pas formellement reconnu pour l'ensemble de ces personnes. Du point de vue humain, votre bien être affectif et psychologique dépend de celui de vos proches restés au pays. Or, les frais engendrés par les problèmes de santé que chacun rencontre au cours de sa vie sont imprévisibles tant en fréquence qu'en volume. Vous devez néanmoins y faire face et pour cela, plusieurs pistes sont à explorer.

Imaginons dans un premier temps que la situation présente vous permette de songer à l'avenir, vous laissez l'occasion de penser en terme de prévoyance (Partie 1). Quels sont les recours qui vous sont proposés par les différents systèmes officiels qu'ils soient étatique (1.1), marchand (1.2) ou mutualiste (1.3)? Quels autres types d'organisations pouvez-vous solliciter ou créer en cas de défaillance de ces systèmes (1.4)?

La seconde situation, malheureusement bien plus fréquente, est une situation d'urgence (Partie 2). Comment, malgré la distance, pouvez-vous être présent pour votre proche en souffrance? Comment lui permettre d'accéder, physiquement, à des soins (2.1) et à des produits pharmaceutiques (2.2) de qualité? Comment garantir et effectuer la prise en charge financière des coûts engendrés (2.3 et 2.4)?

Des témoignages récoltés⁶ auprès de migrants maliens résidant en France, de leurs descendants et de leurs partenaires en France ou au Mali vont nous aider à trouver des réponses.

« personnes en situation migratoire » peut permettre de remettre l'acteur au centre des questionnements. Mais cela ne doit pas être interprété comme une marque d'appartenance aux courants de pensée qui minimiseraient le rôle déterminant des structures sur les parcours de vie.

⁶ Entre septembre 2009 et juillet 2012, dans le cadre d'un master recherche « Migrations Internationales : Espaces et Sociétés » à l'université de Poitiers puis d'une recherche doctorale financée par la Région Poitou-Charentes, en cotutelle entre les universités de Poitiers et de Liège (Belgique), une quarantaine d'entretiens ont été menés en Ile-de-France auprès de migrants maliens et de descendants de migrants (autrement dit des personnes nées en France de parents maliens), et une vingtaine auprès d'acteurs institutionnels avec lesquels ils collaborent. Parallèlement, lors de séjours au Mali (février-mars, septembre 2010 et février-mars 2012), plus d'une centaine de personnes ont été rencontrées.

PARTIE 1 : Situations de prévoyance

1.1. Accéder aux systèmes de sécurité sociale étatiques : un parcours pour initiés

Dans la loi, les différents régimes de protection santé offerts par l'Etat-providence ne sont pas soumis à une conditionnalité de nationalité, mais à celle de la résidence sur le territoire national. Chaque personne travaillant de manière déclarée sur le sol français paie des cotisations sociales et peut à ce titre bénéficier de la couverture sociale dispensée par la sécurité sociale française. Les personnes qui sont à votre charge, s'il s'agit de vos enfants, parents ou conjoint, peuvent également être couvertes. En tant que Malien qui travaille en France, vous et les membres de votre famille avec qui vous résidez doivent donc pouvoir bénéficier, au même titre qu'un Français, de la sécurité sociale⁷. Qu'en est-il lorsque votre famille ne réside pas en France, mais au Mali ?

Les états français et malien ont signé en 1979 une Convention sur la sécurité sociale⁸. Relativement large comparée aux autres conventions bilatérales de sécurité sociale signées par l'état français, celle-ci comprend les branches de protection sociale maladie et maternité, vieillesse et survivants, accidents du travail et maladies professionnelles et les prestations familiales. En ce qui concerne plus particulièrement la santé⁹, le principe de base est le suivant : « *La famille restée dans le pays d'origine et le travailleur lorsqu'il retourne dans ce même pays, ont droit au bénéfice du régime de sécurité sociale local* »¹⁰. Autrement dit, votre famille (au sens occidental du terme : conjoint, descendants et ascendants) restée au pays doit pouvoir se faire rembourser ses frais de santé par l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS), l'organisme malien de protection sociale¹¹. Il paraît en effet logique que puisque vous travaillez et cotisez auprès du régime de sécurité sociale français vous puissiez offrir une couverture santé aux personnes qui sont à votre charge. Cette convention est la reconnaissance de ce droit : vos cotisations sociales peuvent être utilisées pour protéger votre famille même si elle ne réside pas sur le sol français. Que faut-il faire pour que ça marche ? Combien êtes-vous à y être parvenus ?

Une enquête a été menée auprès des différentes agences compétentes pour évaluer la portée réelle de cette convention. Les ordres de grandeur qui ont pu être collectés varient entre 1827¹² et 4500¹³ familles couvertes par an¹⁴. Or en 2008 d'après l'INSEE, 60 000¹⁵ maliens vivaient en France, dont

⁷ Cette affirmation doit être nuancée : le fait d'occuper un emploi n'est qu'un critère parmi d'autres pour avoir accès à la sécurité sociale (régime générale ou Couverture Maladie Universelle). Un titre de séjour en cours de validité est également nécessaire. S'il existe un régime de prise en charge des personnes sans papier : l'Aide Médicale d'Etat, celui-ci est soumis à un plafond de revenu qui sera dépassé par la personne occupant un emploi. Pour plus d'informations sur l'accès aux droits à la couverture maladie, voir Médecins du Monde (2013).

⁸ Le texte de la *Convention générale du 12 juin 1979 entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République du Mali sur la sécurité sociale, décret n° 83-577 du 16 juin 1983, publié au JO des 4 et 5 juillet 1983, entrée en vigueur le 1er juin 1983* est disponible sur http://www.cleiss.fr/pdf/conv_mali.pdf

⁹ Voir l'article 14 de la Convention générale et les articles 18 à 22 de l'Arrangement administratif général du 10 février 1978

¹⁰ Rapport Statistique 2009 du Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS) p34.

Disponible sur http://www.cleiss.fr/docs/stats/sources_stats2009/projet/CLEISS-RAPPORT-2009.pdf

¹¹ Ces coûts seront par la suite remboursés forfaitairement par l'état français à l'état malien à travers leurs organismes de gestion (CLEISS et INPS).

¹² Sources : CLEISS. Les prestations versées au titre du « droit des familles » sont calculées à partir du nombre d'allocataires des prestations familiales, corrigé par un coefficient censé rendre compte du fait qu'un certain nombre de familles peuvent bénéficier des soins de santé même si elles n'ont pas droit aux prestations familiales. Ainsi, 1827 familles auraient bénéficié du « droits des familles » en 2009. Pour comparaison, il s'agissait de 2940 familles en 2005.

¹³ Face à l'impossibilité d'obtenir des statistiques globales auprès des représentations de l'INPS en France ou au Mali, des entretiens répétés en face à face avec plusieurs responsables de l'Institut ont fournis des chiffres approximatifs : environ 3000 familles d'après l'entretien du 14/09/2010 avec la responsable des Relations Internationale de l'INPS de Bamako ; environ 4500 familles d'après l'entretien du 19/08/2011 avec le responsable administratif de la représentation de l'INPS à Paris.

¹⁴ Aucune information quant au nombre global de bénéficiaires ou de consultations que cela représente n'a pu être obtenue.

35 000¹⁶ actifs. Autrement dit, seul 5 à 13% des Maliens vivant en France pouvant prétendre à ce droit l'ont effectivement activé. Les raisons de cette faible proportion sont multiples, nous y reviendrons. Avant cela, grâce à des enquêtes quantitatives menées auprès de deux Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) d'Ile-de-France¹⁷, il est possible de dresser un portrait des personnes ayant couvert leur famille à travers ce mécanisme. Un premier constat est l'écrasante majorité des personnes de sexe masculin (seulement 9 femmes sur les 1070 dossiers consultés)¹⁸ parmi les affiliés. Ces hommes ont en moyenne 50 ans, et 90%¹⁹ d'entre eux sont nés dans la Région de Kayes, la plus ancienne et importante région malienne d'émigration vers la France. Mais il est intéressant de noter que les adresses des familles renseignées dans les dossiers sont beaucoup plus fréquemment situées à Bamako. Ainsi une comparaison plus fine révèle qu'entre un quart (pour la Seine-Saint-Denis) et un tiers (pour le Val-de-Marne) des travailleurs nés en Région de Kayes ont leur famille domiciliée à Bamako plutôt que dans leur région d'origine. Si ces proportions ne peuvent pas être extrapolées à l'ensemble des migrants originaires de cette région, elle peut par contre illustrer le fait que le recours à la Convention de sécurité sociale pour la protection de sa famille est encouragé par, ou encourage, le fait que la famille réside en zone urbaine. En effet, les structures de santé gérées directement par l'INPS²⁰ sont les seuls où le tiers-payant²¹ peut s'appliquer. Or ces centres sont installés dans les capitales régionales et à Bamako. En cas de prise en charge dans un autre type de structure (voir encadré p19), le patient doit s'acquitter de l'ensemble des frais puis demander à être remboursé par l'INPS.

« Il y a des centres à Bamako mais au village il n'y a rien là-bas, et pour se déplacer jusqu'au grand centre il faut avoir des moyens. Même si tu arrives là-bas, le temps que tu sois reçu, il faut de quoi te faire vivre et de quoi te retourner. Si tu n'as pas ça, tu ne vas même pas penser à te déplacer parce que forcément tu n'auras pas assez d'argent pour te soigner. Autour de Bamako ils peuvent accéder à ça mais pas les gens qui sont au village. » (O.S., homme de 40 ans vivant en Ile-de-France depuis 19 ans. Entretien du 27/05/2011, Paris)

En raison de la non fiabilité du réseau postal, il est nécessaire de se rendre dans un bureau de l'INPS pour espérer obtenir ces remboursements. Si votre famille habite en ville, près d'une structure gérée par l'INPS vous avez beaucoup plus de chance d'avoir fait les démarches nécessaires. Autrement dit, l'accès physique aux centres administratifs est un premier frein à l'effectivité de la prise en charge financière des soins par la sécurité sociale.

¹⁵ Sources : INSEE Tableau CD-MF3 - Etrangers selon le sexe, la catégorie de population et la nationalité détaillée. Consulté le 5/11/2013 sur http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=pop-immigree-pop-etrangere-2008

¹⁶ Sources : INSEE Tableau CD-A4 - Etrangers actifs - dont chômeurs - selon le sexe, l'âge quinquennal et la nationalité détaillée. Consulté le 5/11/2013 sur http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=0&ref_id=pop-immigree-pop-etrangere-2008

¹⁷ CPAM du Val-de-Marne (94), enquête effectuée en décembre 2011 à partir de 493 fiches papier individuelles couvrant les années 1992-2011 ; certaines fiches inactivées depuis plusieurs années ont été détruites en 2008. CPAM de Seine-Saint-Denis (93), enquête effectuée en janvier 2012 à partir d'une extraction informatique de 577 dossiers actifs entre 2008 et 2012.

¹⁸ Notons que les trois quart des adresses renseignées en France sont celles de foyers de travailleurs migrants (FTM), alors qu'on estime (Gonin, 2012) que seul 21% des Maliens de France sont domiciliés dans des FTM. Ce chiffre paraît néanmoins logique si l'on considère que les personnes qui résident en dehors des foyers vivent en famille, que leur conjoint et enfants résident en France et sont donc couverts par la sécurité sociale française. De plus, une domiciliation à l'adresse d'un foyer ne signifie pas systématiquement que la personne en question y vive.

¹⁹ CPAM du Val-de-Marne : 399 cas sur 453 cas renseignés ; CPAM de Seine-Saint-Denis : 515 cas sur 560 cas renseignés.

²⁰ Il s'agit de 14 Centres Médicaux Inter Entreprise (CMIE) dont 5 à Bamako, 3 centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), 5 cabinets de médecine spécialisée également à Bamako (ophtalmologie, pédiatrie, ORL, gynécologie, imagerie médicale), 85 infirmeries d'entreprise et 4 dispensaires ruraux. Ces structures sont gérées par l'INPS au moment de l'enquête mais ont changé de gestionnaires en juin 2013 au profit de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CANAM). Voir p9-10 sur les difficultés et les incertitudes de cette réforme.

²¹ Le système de tiers-payant permet au patient de ne régler qu'une partie des frais (ici 30% des frais de consultation et 25% du prix des médicaments), le reste étant directement demandé par la structure de soins à l'organisme de protection dont il est bénéficiaire.

L'activation de vos droits auprès de l'administration nécessite de plus un réel savoir-faire.

« Il faut chercher les droits. Si on ne demande pas les droits, le droit il ne vient pas. Le droit c'est le droit. Il faut demander pour ouvrir le droit. Si tout le monde connaît ses droits, moi l'argent que j'ai dans le truc là, il va sortir. Mais si certains ne connaissent pas leurs droits, l'argent va dormir là ! C'est pour ça que les droits il faut les chercher. Il faut connaître. » (D.K., homme de 64 ans ayant vécu 41 ans à Paris, résidant au Mali depuis 3 ans. Entretien du 12/03/12, Bamako.)

L'administration a ses logiques propres, ses codes, qu'il faut maîtriser à minima pour pouvoir s'en sortir. Or, au Mali, en particulier en zone rurale, vous avez rarement été confrontés à cette logique. C'est une fois en France que vous avez peu à peu développé les savoir-faire²² nécessaires à l'ouverture de vos droits sociaux.

« Il y a un truc ici. Avec la sécurité sociale, quand tu travailles, tu es embauché, tu peux passer à la direction centrale qui se trouve Gare du Nord. Comme tu as de la famille au pays, quand tu vas là avec ton dernier bulletin de paie, on te fait un papier. Ce papier, tu l'envoies au pays à ta famille. Soi-disant, quand il part à l'hôpital, il peut être soigné. Cela veut dire que quand il finit de se soigner, avec le papier il part à la sécurité sociale à Kayes ou à Bamako, on va le rembourser comme ici. Ça jusqu'à présent ça existe. Mais ce n'est pas tout le monde qui le fait. » (L.B., homme de 56 ans vivant en France depuis 30 ans, membre actif d'une association villageoise. Entretien du 26/02/2011, Paris)

L.B. résume ici à sa manière les démarches à effectuer pour activer le droit des familles prévues par la Convention. Le tableau 1 ci-dessous reprend de manière détaillée les conditions d'accès à la couverture étatique.

Tableau 1. Démarches et critères pour l'ouverture auprès d'un CPAM d'un dossier de « droits des familles » restées ou revenues au Mali.

Pièces à fournir	Critères d'acceptation	Critères d'exclusion
Trois derniers bulletins de salaire	Minimum de 120h de travail par trimestre ou 60h durant le dernier mois	Chômage
Titre de séjour	Carte de résidence sur le territoire français en cours de validité	Etre sans-papiers, même en étant couvert par un contrat de travail
Passeport	Nationalité malienne	
Livret de famille ou actes de mariage et de naissance	Conjoint, ascendants, descendants directs	Famille élargie (frères et sœurs, oncles et tantes, etc.) Coépouse(s) et leur(s) enfant(s) ²³

Lorsque l'ensemble des critères d'acceptation sont remplis, vous vous voyez remettre un formulaire²⁴ valable un an maximum²⁵. Vous devez donc renouveler cette démarche chaque année si

²² Ce savoir-faire peut être illustré par le fait, par exemple qu'un individu sait qu'il faut prévenir sa CPAM lorsqu'il change d'employeur ou que son contrat de travail prend fin, autrement dit lorsque son statut professionnel change. Sans démarche de la part de l'assuré, celui-ci ne sera plus inscrit à la sécurité sociale. J'en ai moi-même fait l'expérience à la fin de mon contrat doctoral, et ce malgré ma socialisation en France et mes nombreuses années d'études supérieures.

²³ La non-reconnaissance de la polygamie par les autorités françaises, en empêchant l'inscription sur le livret de famille de(s) coépouse(s) et de leur(s) enfant(s), crée une inégalité de fait entre les épouses et les enfants du travailleurs.

²⁴ Formulaire SE335-07 « Attestation pour l'inscription des familles (soins de santé aux membres de la famille du travailleur demeurés dans le pays d'origine ou revenant y résider) ».

vous souhaitez perpétuer la couverture santé de votre famille à travers ce système. Une fois émise, cette attestation est transmise à la représentation de l'INPS à Paris qui l'envoie au siège de l'INPS à Bamako. Un double vous est remis, et vous devez le faire parvenir à votre famille. Si le membre de votre famille nécessitant des soins se fait soigner dans un établissement n'étant pas directement géré par l'INPS, il devra régler l'ensemble des frais puis se rendre dans un bureau de l'INPS et sur base des factures émises par les praticiens, se faire rembourser une partie de ses frais de santé.

« Mais c'est difficile d'avoir un médecin qui fait des factures avec un tampon. Nous on est une administration. Il faut les papiers du médecin, de la pharmacie, etc. » (Directeur des Relations Extérieures de l'INPS. Entretien du 27/03/2012, Bamako).

Un autre frein à l'utilisation des mécanismes étatiques de couverture santé est, comme nous le décrit un fonctionnaire l'INPS, que le personnel des établissements de soins n'est que rarement assez nombreux, équipé et/ou formé pour faire correctement ses tâches administratives, autrement dit pour fournir aux patients les pièces qui leur permettraient d'être remboursés par la sécurité sociale locale.

Ainsi, la rigueur des critères, la complexité des démarches et les multiples facteurs conditionnant la prise en charge effective du coût des soins par l'administration malienne font qu'un faible nombre de migrants maliens en France ont utilisés de manière continue²⁶ le système proposé par la Convention pour couvrir leur famille.

« Les familles ne voient pas l'argent comme vous. On envoie l'argent par l'état, et l'état doit donner à cette personne. Il enlève un peu. Toi tu prends ta voiture, ton vélo pour aller chercher l'argent qu'il te donne, c'est un coût le déplacement. Du coup, il y a des gens qui ont refusé de remplir ce papier-là. Ils disent : «on peut le remplir mais la famille ne voit pas l'argent, ça ne sert à rien». Et pour avoir ces papiers-là c'est compliqué. [...] Du coup voilà, moi je ne le fais pas. Il y en a qui le font, mais il y en a beaucoup qui ont arrêté.» (O.S., homme de 40 ans vivant en Ile-de-France depuis 19 ans. Entretien du 27/05/2011, Paris)

En réalité, comme la plupart des personnes concernées, vous n'avez pas même tenté d'enclencher cette procédure. Le premier constat, lors de l'enquête, est en effet le suivant : la majorité d'entre vous n'ont pas connaissance de l'existence de cette Convention, ni, en conséquence, des droits qu'elle ouvre. Il n'existe d'ailleurs aucun support papier ou électronique pour vous expliquer les démarches nécessaires ou les conditions à remplir pour ouvrir ces droits²⁷.

Au-delà de l'ignorance, c'est la méfiance vis-à-vis de l'administration malienne qui explique en grande partie que vous ne cherchiez pas à connaître les recours officiels de protection santé.

« Généralement, c'est une population qui ne fait pas confiance à son administration » (Directeur des Relations Extérieures de l'INPS. Entretien du 27/03/2012, Bamako)

²⁵ L'émission de cette attestation est à la charge des CPAM. Si, dans les textes, les règles sont communes au niveau national, dans les faits, chaque CPAM –niveau départemental- a ses propres prérogatives et ses propres moyens en termes de ressources humaines. Ainsi, les agents des CPAM peuvent prendre note de la date de fin de validité du titre de séjour ou du contrat de travail et émettre une attestation couvrant moins d'une année. Mais cette démarche représente un surcroît de travail pour les agents des services de relations internationales des CPAM, de moins en moins nombreux pour une tâche sans cesse croissante. Elle n'est donc pas systématiquement effectuée.

²⁶ Seules les fiches papier du CPAM du Val-de-Marne rendaient compte de la régularité et de la continuité de la couverture. Il ressort de leur étude que seuls 74 des 493 cas (soit 15%) ont obtenu une couverture continue entre la première et la dernière inscription. Néanmoins, s'il reste marginal, le nombre d'inscriptions semble connaître une augmentation régulière passant de quelques dossiers dans les années 1980 à quelques dizaines dans les années 1990 pour atteindre progressivement 268 dossiers en 2011.

²⁷ Entretiens du 27/07/2011 et du 19/08/2011 avec le directeur et le responsable administratif de la représentation de l'INPS au consulat malien de Paris.

Historiquement, les premiers rapports des populations maliennes avec le système étatique se sont déroulés durant la période coloniale. Or, l'administration coloniale n'était en lien avec la population que pour le prélèvement de l'impôt. Impôt qui, lorsqu'il n'est pas utilisé pour le bien-être collectif, ne peut que paraître illégitime aux contribuables. Avec l'Indépendance, les choses n'ont que peu changé et la population n'a que trop rarement eu l'occasion de saluer l'action publique. L'administration n'a pas établi de rapports systématiques et directs avec chacun de ces administrés. De larges pans de la protection sociale continuent à être assurés par des mécanismes d'entraide et solidarités interindividuelles et interfamiliales²⁸. Lors de l'enquête, le manque de fiabilité du système administratif a d'ailleurs pu être observé à plusieurs reprises. A titre d'exemple, durant les recherches de statistiques sur les dossiers de droits des familles auprès du consulat malien, le représentant de l'INPS a déclaré :

« A priori il n'y a pas de base de données. Déjà, les données sont très fluctuantes. Mais ce n'est pas la raison. C'est plutôt parce qu'il n'y a pas une préoccupation de gestion. » (Chef de service de la représentation de l'INPS à Paris. Entretien du 28/07/2011, Paris)

Autrement dit, les dossiers sont directement transmis au siège de l'INPS à Bamako sans qu'aucune trace n'en soit gardée au consulat, avec ce que cela peut entraîner de dénégation en cas de recours par un assuré potentiel dont les droits n'auraient pas été ouverts.

Mais cet exemple reste anecdotique face au degré de dysfonctionnement du système administratif malien. Pour illustrer celui-ci et ses conséquences, voici l'extrait d'un entretien avec un cadre de l'INPS rencontré dans son bureau à Bamako, deux jours avant le coup d'Etat du 22 mars 2012 :

« On [l'INPS] avait le régime de protection contre la maladie et maintenant, c'est la Caisse Nationale d'Assurance Maladie [CANAM]. Car dans le code qui nous régit, le régime maladie est créé en attendant la création de l'assurance maladie. Donc avec l'Assurance Maladie Obligatoire²⁹ [AMO], ce régime est supprimé de chez nous. Nous on gérait les Centres Médicaux Inter Entreprise [CMIE] et les Protections Maternelles et Infantiles [PMI]. Avec l'AMO, on a ces structures sur les bras. On les gère encore, mais on a plus de financement pour ça puisque les financements sont transférés à la CANAM. Ça nous pose beaucoup de problèmes. [...] Puisqu'on était en charge du régime maladie, c'est les premiers soins aux travailleurs et leur famille. [...] Les employeurs payaient 2% ce qui permet à l'INPS de gérer les CMIE. Ça aujourd'hui, c'est la CANAM qui le touche, avec un ajout puisque aujourd'hui c'est 3,5%. Les financements sont partis, mais on a toujours le personnel et les structures à charge. Dans la loi, on devrait se défaire des structures dans cinq ans. On réfléchit en ce moment: est-ce que l'Etat va les reprendre ? Est-ce que ça deviendrait des structures privées reprises par des médecins ? Récemment, on s'inspire de la Tunisie où ces structures sont restées à la Sécurité sociale, donc elles pourraient être conventionnées avec la CANAM, c'est-à-dire qu'elles soient considérées comme les autres structures publiques, les hôpitaux, puisqu'il y a le tiers-payant, l'assurance rembourse le médecin. [...] Il y a eu entorse à la loi, vous êtes peut-être au courant. L'AMO, c'est obligatoire. Mais ça a été changé et maintenant c'est facultatif³⁰. Donc il y a des non-adhérents. Eux, ils préfèrent le statu quo et ils sont traités, soignés au niveau des CMIE. Aujourd'hui à l'INPS on fait des acrobaties car les prélèvements posent problème. Beaucoup d'entreprises disent qu'elles ne veulent pas adhérer à l'AMO. Pour nous, les administratifs, c'est compliqué car la loi n'a pas été modifiée. On doit

²⁸ Pour plus d'informations sur ces mécanismes, voir Vuarin (2000) et Moya (2004).

²⁹ Le régime d'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) a été créé par le Gouvernement de la République du Mali par la Loi N°09-015/P-RM du 26 octobre 2009.

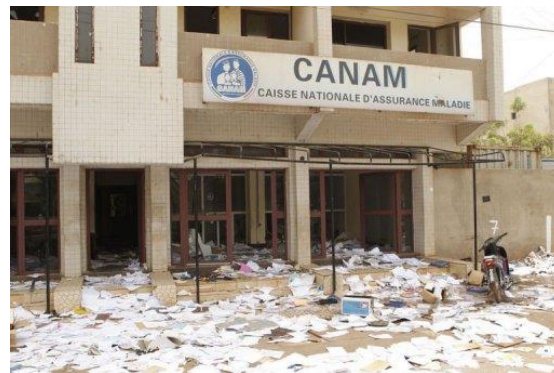
³⁰ Face aux manifestations ayant suivi la mise en place de l'AMO, le Gouvernement a fait marche arrière et ouvert en 2011 des « registres de non-adhésion à l'AMO » sans que la loi N°09-015/P-RM du 26 octobre 2009 ne soit amendée.

*l'appliquer mais le politique... C'est difficile à gérer*³¹. » (Directeur Général Adjoint de l'INPS. Entretien du 20/03/2012, Bamako)

On ne peut que difficilement imaginer le désordre créé par ce type de vide réglementaire. Une administration sans réglementation claire ne peut que se transformer en coquille vide, voire en organisme de racket ou chaque acte administratif fait l'objet d'une transaction financière. Une autre illustration de cette méfiance, devenue défiance, est le fait que le siège de la CANAM à Bamako fut l'un des premiers bâtiments saccagés durant le coup d'état.



(Claire Boulanger, 19/03/2012)



(AFP© 23/03/2012)

Les personnes sans connexion au sein de l'administration ayant très peu de chance d'être remboursées via le système, restent donc en dehors. A l'autre bout de l'échelle sociale, les élites, politique ou économique, qui sont plus enclines à connaître l'existence de ce mécanisme de par leur proximité avec les autorités, restent elles aussi en dehors du système :

« Je sais que l'INPS, notre INPS au consulat, a dit des informations comme ça: quand on remplit les conditions, les parents peuvent être pris en charge là-bas. On a même reçu des documents comme ça. Mais bon moi je suis d'une famille qui n'a pas besoin de ça. Je suis d'une famille... on ne va pas dire aisé aisé, mais ils arrivent à subvenir à ça. C'est pour ça que je ne me suis pas posé la question. » (F.C., femme de 45 vivant en France depuis 21 ans, cadre de la représentation en France d'un parti politique malien. Entretien du 11/04/2011, Montreuil)

La protection proposée par l'administration malienne ne couvre en effet que les dépenses de soins effectués dans les structures publiques, ou en fonction des barèmes tarifaires appliqués dans celles-ci. Or, ces établissements n'ont pas bonne réputation et les personnes qui en ont les moyens vont automatiquement se tourner vers les structures de soins privées. Elles n'ont donc aucun intérêt à prendre part au système. De même, une partie de la classe moyenne, des salariés du secteur privé, n'a pas non plus recours au système de protection publique. Certaines entreprises se sont en effet dotées de Centres de santé pour prendre en charge leurs employés (et leur famille dans nombre de cas). Lorsque ce n'est pas le cas, elles sont de plus en plus nombreuses à se tourner vers les produits d'assurance groupe proposés par les sociétés d'assurance privées :

« Je m'attendais à ce que l'AMO soit mal perçu par les gens. Il fallait commencer par l'amélioration des structures, et puis surtout, fournir les cartes très vite pour qu'il y ait des témoins de la situation. L'assureur est un faiseur de promesses. Dans un pays où il y a une faible culture d'assurance, il faut des actes concrets ! Si ça dure, le doute s'installe, les gens se méfient. Il y a même eu des manifestations contre l'AMO. Pourtant le taux de prélèvement

³¹ Une partie du vide réglementaire décrit par ce responsable a été comblé par la signature en juin 2013 d'une convention entre la CANAM et l'INPS reconnaissant aux CMIE le caractère de structures publiques.

pour l'AMO est dérisoire ! C'est autre chose qui bloque. Mais puisque ça s'est passé comme ça, nous, on en a bénéficié. Les sociétés viennent vers nous. » (Employé du Service santé de la Nouvelle Société Interafricaine d'Assurances (NSIA). Entretien du 28/02/2012, Bamako)

1.2. Les balbutiements des produits d'assurance des sociétés privées

Pour les salariés maliens, estimés à moins de 10% de la population active³², ces produits marchands d'assurance santé laissent encore d'importantes lacunes dans le système de couverture. Aucune société privée d'assurance au Mali n'offre par exemple de couverture aux personnes âgées de plus de 65 ans. Mais le marché de l'assurance est en pleine expansion au Mali. Des évolutions rapides dans ce secteur sont à attendre.

En tant que ressortissant malien vivant à l'étranger, vous représentez une clientèle potentielle importante pour les sociétés d'assurance présentes au Mali. Certaines n'hésitent donc pas à organiser des missions en France pour venir vous rencontrer, vous et vos compatriotes, et évaluer dans quelle mesure elles pourraient répondre à vos besoins. Les projets foisonnent :

« On a fait des séances d'information dans quelques foyers de Montreuil. Il y a un produit santé qu'on proposait pour couvrir les parents restés ici. Pendant la mission, la question était de savoir ce qui les intéressait le plus. Et en fait, c'est la santé parce qu'ils envoient beaucoup d'argent pour la santé de la famille. La question qui ressortait c'était la qualité des soins qu'on propose. Le prix n'est pas vraiment un problème, c'est plutôt où ils vont pouvoir aller se soigner. [...] Comme les gens ont les moyens, il y avait l'idée de faire une clinique à l'ACI 2000³³ pour la diaspora. Mais les coûts sont bien trop élevés, parce que les gens n'adhèrent que progressivement. Et puis, ça ne rentre pas du tout dans le code des assurances de proposer ça. Donc il fallait trouver un partenaire qui ferait la clinique, et à qui on offrirait nos clients. Donc l'idée n'a pas pris. On essaie de reformuler le produit. » (Responsable de la gestion des produits d'assurance vie de NSIA ayant effectué une mission à Paris en mars 2011. Entretien du 29/02/2012, Bamako).

La couverture santé n'est pas un secteur rentable dans lequel il serait aisé de faire des bénéfices. Il serait nécessaire de mettre tant de conditions en termes d'âge ou d'état de santé que les produits ne seraient plus intéressants pour les clients. Ainsi, malgré leurs déclarations d'intention, jusqu'à présent aucune société privée, qu'elle soit malienne ou française, ne vous propose un produit d'assurance vous permettant de couvrir les dépenses de santé de vos proches résidant au Mali. Face au relatif vide laissé par le système étatique, le marché ne se révèle donc pas être une ressource possible. Qu'en est-il de l'économie sociale et solidaire ?

1.3. Les mutuelles de santé, des tentatives de portée très limitée

« L'argent que je dépense pour les problèmes de santé, on ne le dépense nulle part dans nos budgets. Réduire ces dépenses-là, le seul moyen de le faire, c'est de créer une mutuelle. » (D.W., homme de 52 ans vivant en France depuis 34 ans, initiateur d'une mutuelle de santé. Entretien du 22/01/2012, Paris).

³² Sources : Cellule de Planification et de Statistique (2009) *L'approche sectorielle dans le domaine de la Santé au Mali*, Ministère de la Santé, p153.

³³ Quartier d'affaires de Bamako géré par l'Agence de Cessions Immobilières (ACI) créée en 1992.

Les mutuelles de santé ont une histoire ancienne. D'abord informelles, leur reconnaissance officielle précède en France de près d'un siècle la mise en place du système étatique de sécurité sociale³⁴.

Au Mali également, certaines mutuelles, d'abord corporatistes, ont vu le jour. Elles sont pensées comme des mécanismes d'assurances complémentaires et s'adressent à différents corps de fonctionnaires³⁵. Jusqu'aux années 2000, leur portée reste très limitée.

Au sein de la diaspora malienne en France, les possibilités offertes par le système mutualiste ont également été explorées. Deux exemples ont pu être étudiés. Le premier est celui de la Mutuelle des Maliens de l'Extérieur (MME) dont l'histoire commence au début des années 1990 avec la rencontre de plusieurs demandes : celle de migrants originaires de la région de Kayes désirant développer un mécanisme de prise en charge financière des dépenses de santé de leur famille, celle d'un médecin français actif dans la région voulant appuyer les efforts de la diaspora, et celle du Ministère de la Coopération française qui commande une étude à la Fédération Nationale de la Mutualité Française sur la faisabilité d'une mutuelle de santé en vue de permettre l'accès aux soins des familles des migrants restées au Mali. Cette étude s'avère positive et, en 1993, est constituée une mutuelle de droit français : la MME. Mais pour assurer la couverture des soins à distance, la MME a besoin de s'appuyer sur une structure relais au Mali. En effet, la principale recommandation de l'étude commandée par le Ministère de la Coopération est de mettre en place un programme d'appui au développement des mutuelles maliennes. Ce programme va permettre la création en 1996 de l'Union Technique de la Mutualité (UTM). Autrement dit, faisant face à un cadre réglementaire malien inadapté, les initiateurs de la MME ont poussé à la création d'une structure d'appui à l'ensemble des mutuelles maliennes, existantes ou en devenir. Juste retour des choses, le premier bureau régional de l'UTM est ouvert à Kayes de manière à permettre enfin la mise en route de la MME qui devient opérationnelle en 1999. En France, c'est l'Union Nationale Interprofessionnelle des Mutuelles Cogérées (UMC) qui parraine la MME et met à son service ses moyens techniques³⁶ et humains.

Dans un premier temps, le fonctionnement de cette mutuelle transnationale, dont les adhérents sont en France et les bénéficiaires au Mali³⁷ est relativement simple : si vous souhaitez couvrir votre famille, remplissez un bulletin d'adhésion où vous nommez les personnes que vous souhaitez couvrir (vos ayants-droits)³⁸. Un prélèvement trimestriel est effectué sur votre compte bancaire. L'UMC transfère les informations sur les adhérents et leurs ayants-droits sous forme de fichier électronique à l'antenne de la MME à Kayes³⁹. Vos cotisations (entre 22€ et 25€ par bénéficiaires par an selon le type de garantie), sont envoyées à l'UTM de Bamako qui pilote son antenne à Kayes.

Grâce au conventionnement de structures de soins et de pharmacies avec l'UTM, le système de tiers-payant est appliqué. Autrement dit, vos ayants-droits soignés dans ces structures paient un ticket modérateur représentant 10% à 25% du coût total. L'UTM rembourse ensuite mensuellement le reste des coûts à la structure qui a dispensé les soins.

Pensé à l'origine comme une phase pilote, la MME se déploie d'abord dans le village de Séro⁴⁰. Mais ce village est en proie à d'importants conflits internes. L'Association de Santé Communautaire (ASACO) et les autorités communales censées être en partenariat, se déchirent. L'ASACO se dédouble

³⁴ Le décret du 26 mars 1852 institue un régime de liberté surveillée pour les sociétés de secours mutuels. Ce régime sera libéralisé en 1898.

³⁵ La première mutuelle créée au Mali date de 1957 et s'adresse aux employés des Postes Télégraphes et Téléphones. En 1983, naît la Mutuelle des Travailleurs de l'Éducation et de la Culture (MUTEC) qui concerne les enseignants.

³⁶ Principalement ses outils informatiques. Il est nécessaire de pouvoir communiquer de Paris vers Kayes les informations concernant les nouveaux inscrits, ou dans certains cas les incidents de paiement des cotisations. Quelques années auparavant, seule une liaison satellite aurait permis le même service, mais son prix en aurait rendu l'utilisation impossible par ces petites structures. Le développement d'Internet explique donc également l'émergence de la MME à cette époque.

³⁷ Cette spécificité territoriale a complexifié le montage juridique de l'organisation. En effet, la MME est régie par le Livre III du code de la mutualité c'est-à-dire celui sur les œuvres sociales car dans le Livre II (mutuelles d'assurance) les réserves sont calculées en fonction des prestations en France, or la MME n'en a aucune.

³⁸ Sans conditionnalité de lien de parenté.

³⁹ Cette antenne est gérée par le représentant de l'UTM à Kayes.

⁴⁰ Commune de Séro, Cercle de Kayes, Région de Kayes.

et le centre de santé se délabre. La MME n'a plus d'interlocuteur légitime pour parfaire son développement, ni de centre de soins adéquate vers lequel diriger les bénéficiaires de ses services. En 2006 néanmoins, la MME connaît un rebond en développant une antenne à Marseille. Dirigée bénévolement par une infirmière libérale, cette antenne propose aux migrants présents dans la région le produit standard de l'UTM : l'Assurance Maladie Volontaire (AMV)⁴¹.

« La Mutuelle des Maliens de l'Extérieure, [...] elle consiste à prendre en charge les familles au Mali par les maliens qui résident en France. Par exemple, moi je prends en charge ma famille, à peu près 25 personnes, ma mère, mes frères, mes sœurs, etc. Je paie une somme ici, à la mutuelle, et mes parents ont une carte avec leur photo, leurs coordonnées, et ils sont pris en charge à 75% au niveau de... à tous les niveaux. Chirurgie, laboratoire, pharmacie, consultation. » (H.O., femme de 49 ans vivant en France depuis 18 ans, Présidente de l'antenne Marseillaise de la MME, Entretien du 01/06/2011, Marseille)

Si cela n'a pas pu être vérifié statistiquement, il semblerait que la MME ait une proportion d'adhérents de sexe féminin bien supérieure à celle observée au sein du système étatique (voir p6). Deux facteurs pourraient expliquer ce phénomène. D'abord, le fait que l'antenne marseillaise de la MME soit portée par une femme et qu'ainsi les informations sur l'existence même du produit soient mieux diffusées au sein des réseaux sociaux féminins. Deuxièmement, et c'est probablement là le facteur principal, l'adhésion à la MME n'est soumise qu'à un seul critère : posséder un compte bancaire. Quel que soit le statut juridique ou professionnel de la personne intéressée, autrement dit qu'elle ait ou non un titre de séjour, qu'elle soit inactive ou travaillant au noir, elle peut adhérer à la mutuelle et ainsi couvrir sa famille. Cette souplesse pourrait théoriquement permettre à de nombreux migrants d'adhérer. Pourtant, en 2009, toutes garanties confondues, la MME ne réunissait que 67 adhérents⁴² en France, soit 267 bénéficiaires au Mali.

« Il faut quand même un centre bien adapté qui ait un laboratoire, un médecin. Il y a certains villages aussi où des bénéficiaires sont obligés de se déplacer pour aller dans les centres régionaux parce que les centres de santé qui sont au niveau des villages il n'y a pas de médecins, que des infirmiers, donc ils n'ont pas de convention. On ne peut pas faire payer les gens en France et faire soigner les gens dans des centres où il n'y a même pas de médecins. [...] Tout doit débiter au Mali. [...] Il faut qu'on arrive à bien développer le secteur sanitaire pour pouvoir bien mettre en place la mutuelle au niveau de l'extérieur. [...] On a tous les médecins dans les [capitales de] régions, et aucun en secteur rural donc c'est un peu compliqué. C'est pour ça que pour le moment la mutuelle n'arrive pas à décoller. C'est dommage, c'est une très très bonne mutuelle. Moi je me bats vraiment. Chaque fois que je vais au Mali j'essaie de rencontrer le Ministre des Maliens de l'extérieur, le Ministre de la santé. Je les ai vu les deux dernières fois que j'étais à Bamako donc on en a parlé. Mais les choses ne peuvent pas aller trop vite au Mali surtout qu'en ce moment il y a un changement de gouvernement. Il y a eu dissolution⁴³ du gouvernement, il y a d'autres ministres en place qui ne connaissent pas le dossier, donc ça ralentit les choses. » (H.O., femme de 49 ans vivant en France depuis 18 ans, Présidente de l'antenne Marseillaise de la MME, Entretien du 01/06/2011, Marseille)

⁴¹ Lancé en 2000 au Mali, le produit mutualiste qu'est l'AMV est, d'après le directeur adjoint de l'UTM rencontré à Bamako le 21/03/2012, proposé par 23 mutuelles maliennes. Les taux de couverture proposés sont comparables à ceux des autres garanties proposées par la MME et l'UTM, qui s'est développée au Mali a conventionné une centaine de structures de soins sur l'ensemble du territoire, à l'exception notable des trois régions du nord du pays.

⁴² Les trois quarts des adhérents sont encore des personnes originaires de Séro. Mais leur nombre ne cesse de décroître alors que la proportion d'adhésions au titre de l'AMV ne cesse de progresser.

⁴³ Le gouvernement mené par Modibo Sidibé est limogé en mars 2011 et remplacé en avril par celui de Mariam Kaidama Cissé.

Malgré ces difficultés, il n'en reste pas moins que les acteurs migrants à l'initiative de la MME ont, par la mobilisation qu'ils ont créée autour de ce projet (professionnels de santé et du mouvement mutualiste, pouvoirs publics français puis maliens) favorisé l'émergence d'un cadre législatif et institutionnel qui aboutit aujourd'hui à l'existence de dizaines de mutuelles au Mali.

Une autre tentative, plus récente, de mise en place d'un système mutualiste permettant aux migrants de couvrir leur famille, est celle de la Mutuelle Santé-Transport⁴⁴. Si elle n'a jamais abouti, l'histoire de son ébauche et de son échec est très éclairante quant aux limites des possibilités offertes par les dispositifs officiels.

En 2008, des ressortissants de vingt villages de la région de Kayes⁴⁵ proposent au Ministre du Développement Social et des Personnes Agées (MDSPA) en visite à Paris⁴⁶ de créer une mutuelle transnationale. Celui-ci prend acte de la demande et commande à l'UTM une étude de faisabilité du projet. Cette étude aux résultats positifs proposait trois types de couvertures (à 50%, 60% et 75%), aucune n'atteignant les 100% envisagés en France par les adhérents potentiels. Ceux-ci ont en effet conscience que les frais non couverts par le tiers-payant reviendront à leur charge, reproduisant donc les difficultés liées à la non prévisibilité des dépenses et à l'absence de contrôle sur l'utilisation des fonds transférés.

« Parce qu'après [l'envoi d'argent], c'est même plus toi qui gère. Si jamais par malheur tu tombes sur un petit frère ou un grand frère bouffon, comme ils veulent rien foutre, toi tu envoies l'argent, ils disent : « le docteur a dit ça », peut-être même c'est faux, c'est pour sa poche ! Voilà. Il y a tout ça là-dedans. Il y a rien de transparent. Au moins, quand tu passes par une mutuelle, ils sont obligés d'avoir la clarté. » (D.W., homme de 52 ans vivant en France depuis 34 ans, initiateur d'une mutuelle de santé. Entretien du 22/01/2012, Paris).

Soutenue par les pouvoirs publics maliens à travers le MDSPA et convaincus du bien-fondé du système malgré ces limites, une poignée d'acteurs se lance dans la formalisation du projet et crée une mutuelle de droit malien⁴⁷, et une association de loi 1901 en France chargée de faire la promotion de la mutuelle et de trouver des adhérents. Un an plus tard, des fonds sont débloqués par l'état pour prendre en charge les salaires de trois gestionnaires à Kayes et la location d'un bureau pendant un an. Mais cette année de subvention ne suffira pas à rendre la mutuelle fonctionnelle.

« Bon, l'idée était bonne, on a eu de l'engouement. Mais nos gens ils ont eu tellement d'échecs dans pas mal de projets. Les gens ils veulent voir pour croire. [...] Notre combat était de dire que l'état il faut qu'il relève le plateau technique de ces centres. Parce que c'est bien de dire que je vais adhérer mais si on n'a pas de soins, ça ne vaut pas la peine. On a eu des promesses aussi par rapport à ça. L'état nous a promis de travailler sur ça aussi et de nous aider à relever le plateau technique. Donc voilà, on a toutes les promesses, mais ça tarde à venir. De notre côté, et du côté gouvernemental. Du côté gouvernemental, ça n'a jamais été rapide. Ils prennent leur temps pour avancer. [...] Mais plus le projet prend du retard, plus les gens sont inquiets que peut-être ça ne va pas marcher, ou qu'il y a quelque chose qui ne va pas en tout cas. [...] Si on avait au moins un exemple dans un village. C'est un truc, ça ne ment pas. De dire par exemple telle personne, ou telle famille a adhéré à notre mutuelle pendant 2

⁴⁴ Cette appellation est due au fait que la mutuelle prévoit de couvrir les frais de transports en ambulance entre les villages et l'hôpital régional de Kayes.

⁴⁵ Des villages des cercles de Kayes et de Yélimané où la densité de projets développés par les migrants est importante.

⁴⁶ Celui-ci, leader au sein d'un des principaux partis politiques maliens cherche l'adhésion des membres de la diaspora pour appuyer sa candidature aux primaires qui désigneront de candidat du parti aux élections présidentielles de 2012 –qui n'auront pas lieu en raison du coup d'Etat de mars-.

⁴⁷ Les adhérents à la mutuelle ne résident pas forcément en France. Il est proposé aux chefs de ménages vivant dans les villages d'adhérer pour 13€ par bénéficiaire et par an, tandis que les migrants adhérant devront s'acquitter de 20€ par bénéficiaire et par an.

mois, pendant 6 mois, pendant 1 an, voilà ce que ça leur a apporté. Mais aujourd'hui on n'a pas cet exemple. Et les gens, ils attendent toujours, même ceux qui ont donné l'argent, ils attendent que leur gens soient pris en charge. Maintenant, pour avoir d'autres personnes, ça va être difficile. De débaucher les gens ou de leur faire accepter que ça marche. Parce qu'en fait... en réalité, ça ne marche pas pour l'instant. On est dans une situation très difficile en ce moment. Le temps qu'on débloque la situation, ça va être difficile. Nous on pourra parler seulement si ça démarre. [...] La malchance qu'on a eue aussi, on avait commencé avec un Ministre qui était très motivé par ce travail. Malheureusement il y a eu un évènement⁴⁸ et ce Ministre est parti, voilà, ça nous a compliqué encore toutes les tâches.» (D.W., homme de 52 ans vivant en France depuis 34 ans, initiateur de la mutuelle. Entretien du 22/01/2012, Paris)

Malgré une médiatisation importante dans la presse et à la télévision malienne, l'organisation n'a pas atteint le nombre d'adhérents nécessaire (estimé à 2000 personnes) à sa mise en service pour plusieurs raisons. La gestion d'une telle structure est un métier qui demande de nombreuses compétences. Or, en France les intervenants sont bénévoles, et au Mali, les salariés ont été formés en seulement quelques mois. Ensuite, le soutien financier à court terme, suivant la logique de projet, n'est pas adapté à la mise en place de tels mécanismes qui ont besoin d'un appui à long terme pour devenir pérenne. De plus, la personnalisation du pouvoir ministériel, en l'absence d'une administration publique stable et structurée ne permet pas le transfert des informations et des dossiers en cours entre les différents ministres qui se succèdent à un même poste. Enfin, la segmentation ou sectorisation à outrance des politiques publiques engendre des problèmes de coordination entre les ministères.

« Lorsque le département a compris qu'il faut commencer par mettre à niveau le plateau technique, ça a pris du temps. Aujourd'hui encore je parie que ce n'est pas encore réalisé. Parce que ça, ça dépend pas du Développement Social, ça dépend de la Santé. Voyez-vous, c'est un dossier qui est divisé entre les deux départements. C'est là la grande difficulté. [...] Vous payez de l'argent, mais en retour vous n'avez pas ce que vous voulez en termes de santé parce que le plateau [technique] ne répond pas. Peut-être les médicaments ne sont pas là non plus. Peut-être que les compétences n'y sont pas... Donc forcément, ça décourage un peu. » (Responsable des ressources humaines à la Direction Nationale du Développement Social. Entretien du 23/02/2012, Bamako).

Qu'il s'agisse du système étatique, marchand ou mutualiste, il semble donc que la qualité des soins de base soit un obstacle majeur à la mise en place des dispositifs de couverture. Une autre forme de prévoyance que vous pouvez mettre en œuvre pour protéger la santé de vos proches résidant au Mali consiste donc à créer, équiper ou rénover les structures de soins elles-mêmes.

1.4. Créer et appuyer une structure de soins

1.4.1. Comment et avec qui équiper une localité d'un centre de soins de bases : les caisses villageoises

Chronologiquement, cette piste a été la première explorée, collectivement, par les acteurs migrants soucieux de la santé de leurs proches résidant au Mali. L'émigration depuis la Région de Kayes, zone rurale à l'extrême sud-ouest du pays est ancienne, et basée sur des réseaux sociaux (familial,

⁴⁸ Comme dans la note n°36 il est ici fait référence au changement de gouvernement de mars-avril 2011.

lignager, villageois), filières ou couloirs migratoires bien structurés. Une fois arrivé en France⁴⁹, vous ne vous êtes pas retrouvé seul. Vous avez retrouvé les ressortissants en exil de votre village et participiez à différents mécanismes d'entraide. Par la mise en commun de cotisations individuelles, vous vous protégez d'abord des risques financiers liés aux périodes de chômage ou d'inactivité liée à l'état de santé, et finanziaez le rapatriement au Mali des corps des personnes décédées sur le territoire français. Ces caisses dites "villageoises" se transformèrent rapidement en moyen de collecter des fonds pour mener à bien des actions dans les localités rurales d'origine⁵⁰. Généralement, après plusieurs phases de projets visant la sécurité alimentaire et l'équipement des villages en système d'eau potable (deux des déterminants essentiels de la santé), ainsi que la construction de lieux de culte, la thématique de la santé va prendre une place de plus en plus importante⁵¹. Dès la fin des années 1970 et dans les années 1980, de nombreuses caisses villageoises approvisionnées par les émigrés vont financer et piloter la construction de dispensaires, maternités, dépôts de médicaments.

« Nous, notre caisse villageoise, on a fait 150€ par an. Tous ceux qui travaillent. Ceux qui ne travaillent pas, non. Mais si tu travailles, tu paies 150€ par an. Cinquante euros, ça c'est la caisse de rapatriement des corps. Cent euros c'est la caisse de développement. Voilà, on a fait en global comme ça. [...] Si vous ne voulez pas payer les cotisations en France, si vous prenez votre billet pour venir [au Mali], quand tu descends au village tu vas payer immédiatement. Parce qu'on va te chercher. Mieux vaut payer là-bas, tu es tranquille. [Sinon] tu viens dans la famille on te dit : « ah, monsieur D., il n'a pas voulu payer les cotisations pour le développement du village ». C'est la honte déjà ! Même si toi tu n'as pas honte, ta femme, elle va avoir honte, les enfants vont avoir honte, les parents vont avoir honte. Parce que tout le monde en bénéficie là-bas. [Si] tu ne paies pas les cotisations, on va dire que tes enfants ne peuvent pas aller à l'école. On ne devrait pas condamner les enfants à cause de toi. [...] La santé, l'eau, l'école, tout le monde bénéficie ! Tu travailles, tu n'es pas malade rien du tout, « ah, tu fais tes affaires, tu ne veux pas payer pour le développement du village ? » L'explication est dure à trouver... D'ailleurs, si quelqu'un est normal, il ne le fait pas [ne pas payer]. Quelles que soient les révolutions. Ce n'est pas des révolutions de dire non. » (D.K., homme de 64 ans ayant vécu 41 ans à Paris, résidant au Mali depuis 3 ans. Entretien du 12/03/12, Bamako.)

Les cotisations dans ces caisses constituent une forme d'impôt. Non pas un impôt étatisé, mais un impôt que l'on pourrait qualifier d'informel, ou plutôt de populaire⁵². Le contrôle social au sein de la communauté qui rend cet impôt efficient tire sa légitimité d'un projet migratoire collectif⁵³ qui cherche à garantir l'unité de la communauté villageoise malgré la distance créée par la migration. La participation aux caisses villageoises est ainsi une norme sociale centrale. Pour préserver cet esprit collectif, les projets réalisés grâce à l'argent collecté doivent également avoir un caractère collectif et profiter à tous les habitants du village. Voilà pourquoi il s'agit d'abord de la construction d'infrastructures⁵⁴ (routes, écoles, dispensaires, puits, adduction d'eau). Mais une fois le bâtiment du centre de santé construit, il devient plus difficile de dépenser également l'argent collecté. Par exemple, payer le salaire du personnel revient à privilégier la famille dont ce salarié est issu. Mais les

⁴⁹ Ici plus particulièrement en région parisienne.

⁵⁰ Pour plus d'informations sur le fonctionnement de ces caisses voir, entre autre, les travaux de Catherine Quiminal (1991), Mahamet Timera (1996), Patrick Gonin (1997), Christophe Daum (1998), Flore Guibert (1999).

⁵¹ Chronologie basée sur les résultats du projet Education au Développement –EducoDev- Initiative conjointe UE-ONU, 27/11/2010.

⁵² Sur le concept d'économie populaire, voir Laleye (1996) et Llena (2003). L'idée centrale est que si l'économie de marché se caractérise par l'accumulation monétaire, la logique dominant l'économie populaire est celle de l'accumulation relationnelle, de la création de liens sociaux forts entre les individus.

⁵³ En effet, l'objectif premier de ce type de migrations est d'obtenir un emploi qui permettra d'envoyer de l'argent à sa famille restée au village. Voir Lacroix (2008)

⁵⁴ D'après M-H. Libercier et H.Schneider, « Les migrants, partenaires pour le développement », (OCDE 1996), au milieu des années 1990, 64% des infrastructures de la Région de Kayes sont attribuables aux migrants.

ressources humaines sont nécessaires au fonctionnement des dispensaires et les migrants vont assurer, dans un premier temps, son financement.

« D'abord, quand nous avons quitté [le Mali], on a considéré que vivant en France, comment la santé est traitée par rapport aux familles qui sont restées sur place, on constate qu'il y a des choses auxquelles on peut contribuer. Par exemple il y avait beaucoup de décès suite à des accouchements parce que les conditions ne sont pas [réunies] sur place et [que] les moyens de transport ne permettent pas de conduire ces jeunes femmes dans des lieux où on peut les aider. Ça c'était le premier choc par rapport à cette première immigration. La question c'était: "qu'est-ce qu'on peut faire?" Evidemment, ça été d'abord de cotiser, de dire que c'est possible, parce que la majorité des villages sont éloignés des grands centres, on peut cotiser et avec ces cotisations ensemble on peut construire des centres de santé, des dispensaires. Ça ne suffit pas, il faut peut-être aller au-delà, former des villageois, des matrones, des aides-soignants, parce que si c'est eux qui sont formés et qui sont dans leur communauté, ils sont plus efficaces et plus disponibles, plutôt que d'aller recruter des citadins. D'abord ça revient plus cher, et ensuite, ils ne sont pas forcément aussi disponibles que les autochtones des villages. Ça a été mis en place plus ou moins, ici ou là, en collaboration avec les chefs de village et les conseils de village. Ça a apporté des choses.[...] Mon village, les ressortissants ont construit un centre de santé, ont formés 5 jeunes, 2 jeunes femmes et 3 garçons pour animer ce centre-là. C'est nous qui avons assuré la formation de ces jeunes-là. La formation n'était pas payante à l'hôpital de Kayes, mais leur séjour, le matériel, c'est nous qui avons assuré tout ça pour que ensuite qu'ils retournent au village. Et leur rémunération, c'est l'association d'ici qui l'assurait. Parce que le centre, il faut du temps avant que ça devient autonome. » (Di.S., homme de 66 ans, vivant en France depuis 49 ans, leader associatif. Entretien du 16/03/2011, Seine-Saint-Denis)

Les années 1980 marquent également un tournant avec l'ouverture de la loi 1901 sur les associations aux ressortissants étrangers. Alors que jusque-là, les caisses ne fonctionnaient que sur fonds propre grâce aux cotisations des membres, en s'officialisant peu à peu, les caisses villageoises vont pouvoir accéder à des financements extérieurs. A quelle porte aller frapper? Les premiers bailleurs sollicités sont les communes de résidence, en France.

« On a créé une association. Moi j'étais dans cette association du village de S. qu'on a créé en 1982. A l'époque, on a mis le village « et ses environs ». Finalement on a estimé qu'il faut élargir, donc l'idée de faire une association avec les 24 villages. L'association de 24 villages a été créée 11 ans après celle-là. C'est avec cette association de 24 villages qu'on est allé à la ville de Saint-Denis, en disant « on habite majoritairement à Saint-Denis, on a des actions de développement, vous avez une solidarité internationale sur les pays de l'Est, sur d'autre pays, pourquoi ne pas en avoir avec l'Afrique? ». La réflexion a continué 3, 4 ans et finalement ils ont trouvé que « oui c'est intéressant, et pourquoi pas, en plus il y a des ressortissants de cette région qui sont dionysiens, pourquoi ne pas travailler avec eux ». Donc c'est parti de là, on a tenté plusieurs pistes, pour voir comment ça peut... Finalement la piste de la santé a fait partie des différentes actions qui sont entrées dans le protocole d'accord qui existe entre l'association et la ville. Aujourd'hui, l'association n'a plus de rôle. Elle a été l'initiatrice mais aujourd'hui la ville travaille avec les 3 communes qui correspondent au territoire qui a été découpé » (Di.S., homme de 66 ans, vivant en France depuis 49 ans, leader associatif. Entretien du 16/03/2011, Seine-Saint-Denis)

Au-delà du financement, de tels liens avec des collectivités territoriales permettent aux associations de migrants d'engager une dynamique locale dans leur localité de résidence et facilite la mobilisation de toutes sortes d'organismes (centres médicaux de quartier, hôpitaux, bibliothèques municipales, écoles, lycées professionnels, etc.) pour organiser des collectes de fonds ou de matériel, ou

l'organisation de séjours de professionnels de santé sur place. Alors que parallèlement, la mise en place de la politique de décentralisation au Mali pousse les collectivités françaises mettant en œuvre des programmes de coopération décentralisée à ne plus passer par les associations de migrants mais à entrer directement en contact avec leurs homologues: les collectivités locales maliennes naissantes. Mais de plus en plus familiarisées avec les mécanismes de financement de projets de solidarité internationale, les associations de migrants peuvent approcher d'autres bailleurs. Les différents types d'acteurs du développement (Organisations Non Gouvernementale –ONG-, coopération française ou de pays tiers, fondations, etc.) sont ainsi sollicités pour soutenir des centres de santé villageois.

« Avant, c'est les Canadiens qui nous ont aidé à creuser le puits dans le centre. Maintenant on a l'adduction d'eau au village, on a demandé à un organisme en France, c'est Electrification Sans Frontière. Eux se sont déplacés pour venir faire l'identification, après ils ont pris le projet. Ils voulaient se déplacer pour venir faire les travaux mais avec les problèmes de terroristes là, ils ont mis Yelimane dans la zone rouge. Quand ils voulaient prendre les billets, ils ont vu ça sur internet. Donc ils ont dit qu'ils ne pouvaient pas venir. Ils ont contacté une entreprise au Mali, ils ont discuté avec eux, et ils sont venus installer les panneaux solaires. Ils ont mis 13 panneaux solaires : 3 à l'école et 10 au CSCOM [Centre de Santé Communautaire -voir encadré p19]. On a rentré le robinet dans le centre. [...] Bon, comme le robinet on paie, et qu'il y a déjà le puits dans le centre, j'ai réfléchi, [...] j'ai rendez-vous avec une ONG demain. S'ils peuvent alimenter un puits indépendant dans le centre, faire un mini château [d'eau]. Presque tous les centres de santé dans la région de Kayes, ont ces difficultés. Si je trouve une ONG qui peut faire un mini château plutôt que je paie l'eau, ça va nous soulager. » (D.K., homme de 64 ans ayant vécu 41 ans à Paris, résidant au Mali depuis 3 ans, Président de l'Association de Santé Communautaire du village de L.. Entretien du 12/03/12, Bamako.)

Pourtant, même dans le cas où l'organisme en question déjà actif dans la localité, les synergies ne se font pas forcément entre ces acteurs et les associations de migrants. Plusieurs enquêtés ont d'ailleurs exprimé le sentiment de ne pas être reconnus par les acteurs du développement, et ce malgré les récentes tendances des politiques de coopération française et européenne à encourager les liens entre acteurs institutionnalisés du développement et les diasporas des pays concernés par les projets⁵⁵. Certaines ONG néanmoins, en proposant des formations sur les modalités pratiques de la mise en place de projets de solidarité internationale, appuient les démarches des migrants et peuvent devenir des lieux de rencontre et de synergie entre eux.

⁵⁵ A la p6 du « Programme thématique de coopération avec les pays tiers dans le domaine des migrations et de l'asile, Appel à propositions restreint 2011-2012 » d'EuropeAid (la Direction Générale au Développement et à la Coopération de la Commission européenne), la priorité numéro 5 est l'« Encouragement à l'établissement de liens entre migrations et développement, en particulier pour ce qui concerne les mesures visant à renforcer la contribution des diasporas au développement des pays d'origine ». <https://webgate.ec.europa.eu/europeaid/online-services/index.cfm?ADSSChck=1386849706713&do=publi.detPUB&searchtype=AS&Pgm=7573846&debpub=&orderby=upd&orderbyad=Desc&nbPubliList=15&page=1&aoref=131088>

Encadré 1. Présentation du système de santé malien

Contexte

L'espérance de vie à la naissance au Mali est de 51 ans⁵⁶. Ce chiffre reflète, parmi d'autres facteurs, les faiblesses du système de santé. Les dépenses publiques, dont celles dédiées au financement de santé sont drastiquement limitées par la tutelle des Institutions Financières Internationales⁵⁷. Parallèlement, une large part du budget du Ministère de la Santé provient de financements extérieurs⁵⁸. Malgré de nombreuses tentatives pour coordonner les activités des différents bailleurs⁵⁹, et surtout, celles de l'ensemble des bailleurs avec la politique du gouvernement malien, le cas du Mali reste emblématique des problèmes liés à la fragmentation de l'aide⁶⁰.

Principes de bases

Basée sur les conclusions des conférences internationales d'Alma Alta et de l'initiative de Bamako⁶¹, le système de santé est fondé sur les principes suivants :

- la décentralisation confie la gestion des structures de soins primaires et secondaires aux collectivités territoriales –communes, cercles, régions. Après presque 20 ans⁶² d'existence, ce processus reste inachevé et crée des confusions, des vides et des chevauchements.
- un réseau d'établissements de soins organisé sous forme pyramidale : le degré de qualification du personnel et le niveau d'équipements, ou plateau technique, augmentent de la base au sommet.
- le recouvrement des coûts : paiement direct de l'ensemble du coût des soins et des médicaments par le patient.
- la « santé communautaire » qui consiste à confier la gestion des structures de soins de base aux populations. L'objectif est de valoriser la participation de la population dans la prise en charge de sa santé. Mais dans la pratique cette participation reste faible⁶³.

⁵⁶ Sources : OMS. *Statistiques sanitaires mondiales* (2013), p54. Chiffres de 2011. Pour comparaison, l'espérance de vie à la naissance en France est de 82 ans, soit un écart de 31 ans.

⁵⁷ En 1982, un premier accord de crédit est signé entre le Mali et la Banque Mondiale. Le premier Plan d'Ajustements Structurels, élaboré par le Fond Monétaire International et la Banque Mondiale, est mis en place en 1987.

⁵⁸ Environ 40% d'après l'entretien du 14/02/2010 avec un assistant technique belge travaillant au Ministère de la santé malien. Les bailleurs sont de quatre types :

- les agences multilatérales : Agences des Nations Unies (Organisation Mondiale de la santé, Programme alimentaire Mondial, etc.) et les banques de développement (Banque Africaine Développement, Banque Mondiale, etc.).
- les agences bilatérales : instances nationales de coopération des différents pays (les principaux bailleurs du secteur santé malien étant les Etats-Unis et les Pays-Bas)
- les ONG : organismes privés à but non lucratif, internationaux ou nationaux (Comité international de la Croix-Rouge, Handicap International, etc.)
- les « fonds verticaux » aussi appelés « initiatives globales » (Le Fonds Mondial de Lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme -en anglais The Global Fund -, la Fondation Bill et Melinda Gates, etc.)

⁵⁹ Comme la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement de 2005.

⁶⁰ A titre d'exemple, les professionnels de santé les plus qualifiés sont « réquisitionnés » pour être les gestionnaires de ces programmes et projets aux procédures complexes, et ne sont donc plus disponibles pour dispenser des soins. Yannick Jaffré (2004) décrit ce phénomène comme une forme de fuite des cerveaux, non pas d'un pays vers un autre, mais d'un secteur à l'autre. Le Ministère de la Santé malien doit en effet compter avec une cinquantaine de Partenaires Techniques et Financiers ayant chacun leur calendrier, leurs modalités de déboursements, de reporting, etc., ce qui multiplie les tâches de supervision et crée un manque de vision globale et à long terme sur le système. Voir Cellule de Planification et de Statistique (2009), p111-113.

⁶¹ Conférence internationale sur les soins de santé primaires (Alma-Ata, du 6 au 12 septembre 1978) ; Initiative de Bamako : adopté lors du 37^{ème} comité régional de l'OMS, réunion de ministres de la santé africains à Bamako en 1987.

⁶² La politique de décentralisation apparait avec la Loi N° 93-008 du 11 février 1993 relative aux conditions de la libre administration des collectivités locales. Sa mise en œuvre sur le terrain débute en 1999 avec les premières élections locales.

⁶³ Les Associations de Santé Communautaire (ASACO) censée gérer les CSCOM ont peu d'adhérents. Les responsables élus des ASACO, en particulier en milieu rural, sont des bénévoles qui n'ont pas les compétences requises pour gérer de telles structures. Cela engendre une confusion des rôles et des conflits entre les professionnels de santé et les responsables des ASACO. En contractualisant l'offre de services de santé avec des ASACO au statut ambiguë d'organisations privées de service public, l'Etat se décharge de sa responsabilité en termes de santé de la population.

Structures de soins

Il existe différents types de structures sanitaires⁶⁴ :

- dans le réseau pyramidal : à la base, les Centres de Santé Communautaires (CSCOM) assurent les soins de santé primaire. Au niveau des cercles, se trouvent les Centres de Santé de Référence (CSRef). L'échelon supérieur est représenté par les hôpitaux régionaux et secondaires, et, au sommet, les deux hôpitaux nationaux situés à Bamako.
- les structures gérées par l'Institut National de Prévoyance Sociale et/ou la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie pour les salariés et les fonctionnaires. (voir p9)
- les structures confessionnelles : l'Eglise Catholique est un prestataire de services sous la tutelle des autorités maliennes⁶⁵ et le Centre islamique de Bamako dispose d'un centre de santé.
- les structures privées à but lucratif⁶⁶ : cabinets tenus par les médecins libéraux, cliniques privées, etc.

Les possibilités de trouver du soutien auprès des différents échelons du pouvoir malien varient énormément d'une localité à une autre. Les pouvoirs locaux traditionnels ou chefferies villageoises continuent parfois à jouer un rôle décisionnel important dans l'orientation des projets. Dans certaines communes, les mairies se sont constituées en véritables acteurs locaux quand d'autres restent des coquilles vides. Mais surtout, ce qui compte, c'est la reconnaissance officielle du dispensaire, autrement dit, son accréditation comme Centre de Santé Communautaire (CSCOM)⁶⁷. Grâce à cette reconnaissance, il devient possible pour les initiateurs du centre de demander à ce qu'une partie des dépenses (masse salariale, dotation en médicaments) soit prise en charge par les pouvoirs publics (Etat, fonds issus de l'aide internationale, INPS, Commune). Mais pour que le dispensaire soit accrédité, il doit remplir les critères de la politique sectorielle. Or, la migration donne les moyens à nombre de villages du nord de la Région de Kayes de financer des centres de santé en dehors de la carte sanitaire et des réglementations d'usage. Les critères démographiques par exemple, ne sont pas toujours respectés⁶⁸. Ainsi, alors que les demandes d'accréditation doivent théoriquement se faire auprès du médecin chef de district, un intense travail de lobbying va se développer auprès des autorités supérieures, directement auprès d'un député ou du Ministre de la Santé lui-même.

« Là où il y a douze centres et que l'Etat en reconnaît un ou deux, même s'il y a peu d'aide, ça crée des jalousies. Il y a de la corruption pour que chaque centre soit reconnu comme CSCOM. Et aujourd'hui, il y a douze CSCOM ! Il y a une certaine légitimité puisque ces centres souvent préexistent à la carte sanitaire. Et puis c'est important d'être un CSCOM parce qu'alors, on peut se fournir en médicaments auprès du Centre de Santé de Référence. » (S.S., homme de 60 ans vivant en France depuis des décennies, leader associatif. Entretien du 14/12/2009, Paris)

Sans même parler de corruption, une relation personnelle bien placée peut devenir un agent de plaidoyer en faveur de la reconnaissance du centre et ainsi obtenir le passe-droit nécessaire à

⁶⁴ Sans que cet aspect ne puisse être détaillé ici, il faut noter que différents modèles thérapeutiques coexistent au Mali comme ailleurs. Les systèmes alternatifs au modèle occidental de la biomédecine étudié ici, qu'ils soient appelés « traditionnels », « parallèles » ou « naturels », forment un maillon important des itinéraires thérapeutiques d'une large part de la population.

⁶⁵ Une convention entre le Ministère de la santé et la Conférence Episcopale existe depuis 1987. 31 structures catholiques de santé gérées par Caritas, ex Secours Catholique sont présentes dans les six diocèses du Mali.

⁶⁶ L'exercice privé des professions de santé est introduit par la loi N°89-41/AN-RM du 22 juin 1985 portant sur l'autorisation de l'exercice à titre privé des professions sanitaires.

⁶⁷ Les CSCOM forment le niveau de base de l'organisation pyramide du système de santé malien. Voir encadré p19.

⁶⁸ La carte sanitaire, prévoit qu'une aire de santé, autrement dit le territoire couvert par un CSCOM, doit regrouper entre 8 000 et 10 000 habitants en milieu rural et au minimum 5 000 en zone urbaine.

l'accréditation du centre, même si celui-ci ne répond pas aux exigences réglementaires de la politique sanitaire. Les exemples sont nombreux.

« On a décidé de construire. On a eu des problèmes avec les autorités locales parce qu'on n'a pas assez d'habitants. On est à peu près 2000 habitants, ce n'est pas dans les règles, ça a posé des difficultés. Mais on a un parent qui est bien placé à Bamako, au cabinet du président. Ça nous a donné un coup de pouce et on a pu avoir l'autorisation. » (M.S., homme de 55 ans vivant en France depuis 32 ans. Entretien du 15/03/2011, Paris).

« Quand on a parlé du CSCOM, les autorités de santé ne voulaient pas, parce que la carte sanitaire du Mali est déjà définie. Ils ont déjà calé des CSCOM à tel, tel endroit. Et nous c'est passé, bah parce qu'on a trouvé les thunes. Mais au Mali, ils avaient déjà une carte sanitaire qui était définie. Nous, là où on a planté le CSCOM dans le village de G., ça correspondait pas aux critères de santé qu'ils avaient définis. Comme on a ramené les sous, après on s'est arrangé quoi. » (F.D., homme de 34 ans né en France. Entretien du 4/10/2011, Val-de-Marne).

Les professionnels de santé⁶⁹, maliens ou français, résidant en France ou au Mali peuvent également être mobilisés pour accompagner la création, l'agrandissement ou l'équipement d'une structure de soins.

« Je suis intervenu aussi auprès de certaines associations pour la création et l'installation de leur centre de santé communautaire. [...] J'ai déjà eu à installer les CSCOM au Mali, donc j'ai fait des études, je sais comment il faut l'installer, donc ils me demandent des conseils, et je peux conseiller. Je définis un peu le matériel dont ils ont besoin, la structure même du centre. Certains d'ailleurs me demandent de chercher quelque matériel, j'appelle à gauche à droite, ceux qui vendent du matériel médical, combien ça coûte, comment faciliter l'achat et l'envoi au pays. » (De.S., homme de 47 ans, médecin vivant et exerçant en France depuis 17 ans. Entretien du 05/02/2011, Val-de-Marne)

De manière comparable, les compétences particulières des étudiants ou de membres de l'élite intellectuelle de la diaspora et de ses descendants, sont mobilisées pour la formalisation des caisses en associations, la gestion des comptes, la prise de contact avec des partenaires institutionnels potentiels ou le montage des dossiers de demande de subvention.

« Je n'avais pas d'argent énorme à donner, mais ce que je pouvais, c'était aider à remplir le dossier, à le monter, à le concevoir, et à le faire passer. Parce que l'avantage qu'on avait, que nous nous avons, des gens comme moi, c'est le fait qu'on est allé à l'école, qu'on est quand même instruit... Eux ils ont leurs priorités, et nous nous connaissons un peu les mécanismes de recherche de fonds. Notre contribution, c'est d'appuyer ça. » (I.S., homme de 40 ans ayant vécu 7 ans en France, de retour au Mali depuis 3 ans. Entretien du 05/03/2012, Bamako).

« Bah si vous voulez, le problème c'est que le Mali, il y a une bonne partie qui est illettrée. Donc les parents ils n'étaient pas organisés en association. Il fallait que je m'occupe de toute la paperasse. C'est une structure qui existe depuis... euh... vous pouvez compter 15 ans ! Mais officiellement j'ai fait les papiers en 2007 ou 2006. Parce que eux, c'est sur la base des cotisations, ils se réunissent pour voir un peu les travaux qu'il faut faire au village, etc. [...] Je suis une personne-clef, mais bon, l'administration, je n'arrive pas à tout gérer toute seule.

⁶⁹ De par leur métier, les professionnels de santé maliens exerçant en France ont d'autres pistes pour appuyer et protéger, à distance, leurs proches nécessitant des soins. Mais la grande diversité de ces pratiques (consultation à distance, contacts privilégiés avec des professionnels locaux, création de structures de soins, sollicitation des collègues pour l'établissement de diagnostics à partir des dossiers médicaux transférés, collecte de matériel médical auprès d'hôpitaux, de laboratoires pharmaceutiques, etc.) ne peut pas être détaillée ici.

Donc tout ça c'est du financement propre. Pour l'instant je n'ai pas bénéficié de subventions de l'Etat. » (K.D., femme de 32 ans née en France, infirmière initiatrice de la mise en place d'une maternité dans un village du cercle de Bafoulabé. Entretien du 17/04/2012, Seine-Saint-Denis).

Malgré la diversité des acteurs sollicités, nombre de dépenses restent à la charge des migrants. Pour diverses raisons, l'autonomie financière des centres tarde à venir : les parents des migrants ne comprennent pas que, leurs enfants ayant financé le centre, ils doivent à leur tour payer les soins. De plus, les problèmes de gestion sont courants, les ressources humaines n'étant pas ou peu formées aux techniques de gestion et la précarité des conditions de vie encourageant les détournements.

« Au départ, les migrants ils avaient envoyé 400€ ou 500€ pour acheter des médicaments. L'année dernière on a demandé au pharmacien... Ça faisait quand même 5 ans qu'on n'avait pas fait de contrôles. Ça déjà, ça ne marche pas. Tu ne donnes pas de l'argent comme ça. [...] Donc ça faisait 5 ans que ça travaillait, on imaginait que déjà ça va quoi. Et tout de suite, on s'est rendu compte qu'il n'y avait plus de sous. Non seulement il n'y avait plus de sous, mais il n'y avait plus de médicaments non plus. Bon, on a demandé à ce que l'argent soit remboursé. Nous on a dit au Maire, tant que l'argent n'est pas remboursé, c'est fini, on finance plus. L'hôpital c'est fini, on n'envoie plus de médicaments, on va rien faire. Il faut que l'argent soit remboursé. Bon, le pharmacien et ceux qui géraient ont payé la pharmacie. Ils ont remboursé l'argent. Trois mois après ils ont eu les sous [pour construire un nouveau bâtiment]. On a changé cette équipe, il y a une nouvelle équipe qui est là-bas. Et maintenant il faut qu'on nous fasse un compte-rendu des entrées et des sorties. C'est un peu ça l'action des migrants. Ils font des choses, il n'y a pas de contrôle. Après ils vont se casser pas mal de dents. Et c'est presque partout comme ça. » (B.K., homme de 35 ans vivant en France depuis 9 ans. Entretien du 29/11/2010, Paris).

Si une certaine stabilité financière peut être acquise, il est rare que des bénéficiaires puissent être dégagés pour investir dans le matériel, l'amélioration du plateau technique, etc. Il est également difficile d'attirer et de garder du personnel qualifié dans de petits centres de santé ruraux.

« Et même si l'Etat donne le personnel médical, et ce n'est pas toujours le cas, le salaire est minime. Ça ne suffit pas. Très souvent ils ne sont pas d'accord, ils ne veulent pas. Donc ce sont les ressortissants d'ici qui, en plus du salaire de l'Etat, essaient d'ajouter quelque chose pour encourager un peu le personnel médical sur le plan du logement, sur le plan du salaire, sur le plan des moyens de déplacement » (De.S., homme de 47 ans, médecin vivant et exerçant en France depuis 17 ans. Entretien du 05/02/2011, Val-de-Marne)

Cet aspect est en effet central. Car sans ressources humaines qualifiées, le taux de fréquentation des centres reste faible et l'autonomisation ne peut pas être atteinte. Les structures de soins de base peuvent ainsi rester dépendantes sur le long terme des fonds transférés par les migrants ou par les acteurs du développement qu'ils auront pu mobiliser.

« Il y a des partenaires avec lesquels il faut travailler. C'est cette façon de travailler aussi qui a changé. Aujourd'hui il s'agit d'amener les partenaires vers la commune. Par exemple en créant des partenariats de coopération décentralisée, en amenant des partenaires qui peuvent donner du matériel comme des plateformes multifonctionnelles, ou des partenaires qui sont capables de construire un centre de santé fonctionnel... qui se font sans cotisations ! Les générations ont changé, aussi les mentalités ont changé. En plus, on a vu aujourd'hui que ce n'est pas les cotisations qui peuvent tout donner. Donc on a changé de mode de

fonctionnement. Même s'il y a moins de monde⁷⁰, il y a plus de moyens, et une façon différente de travailler aujourd'hui. » (K.S., homme de 50 ans vivant en France depuis 22 ans, leader associatif. Entretien du 21/02/2011, Val-d'Oise)

Il n'est malheureusement pas possible de développer ici en détail les enjeux soulevés par le passage de relais entre les migrants et leurs descendants dans la prise en main des associations villageoises ou communales. Mais il est important néanmoins de souligner le fait que nombre de descendants sont actifs et mettent leur temps (bénévolat), leurs compétences (utilisation des nouvelles technologies, familiarité avec le système bureaucratique) et/ou leur argent au service des localités d'origine de leur parents, rencontrant parfois les mêmes difficultés.

« J'ai essayé, vraiment, de respecter les choses, les étapes. Donc logiquement, un centre qui ouvre dans une commune, on doit recruter le personnel dans le Centre de Santé de Référence. Ce que j'ai fait. Mais franchement, ils m'ont mis beaucoup de bâtons dans les roues. Ils n'ont pas respecté les délais. J'étais sur place depuis déjà plus de 10 jours, j'attendais mon personnel. [...] Je me suis dit: "si au mois de juillet je n'ai pas de résultat, je serai obligée d'aller recruter du personnel au niveau national, donc à Bamako". En sachant qu'à eux je leur prends du personnel qui travaille sur place, qui travaille gratuitement parce qu'ils n'ont pas de ressources pour les payer. Mais malgré ça, ils ne facilitent pas la chose. On leur envoie des mails, ils ne répondent pas... Oui, jusqu'à maintenant je suis restée sur le plan départemental, donc je recrute mon personnel via le Centre de Référence. Mais je ne suis pas sûre de respecter ça dans tous les cas. [...] Ils ne m'ont subventionné aucun matériel. Au contraire, j'ai dû les payer pour qu'ils viennent visiter le centre et dire qu'il est dans les normes. Pour qu'on puisse avoir l'autorisation de pratiquer. Donc voilà, ça ne m'étonne pas que nos parents passent par d'autres chemins pour arriver à leurs fins. Parce que les personnes ne respectent pas leur rôle. Et nous, franchement, en tant que Français, c'est vraiment ahurissant. » (K.D., femme de 32 ans née en France, infirmière initiatrice de la mise en place d'une maternité dans un village du cercle de Bafoulabé, Région de Kayes. Entretien du 17/04/2012, Seine-Saint-Denis).

Le cas de K.D. illustre par ailleurs une autre piste pouvant être explorée pour agir à long terme sur la protection santé de ses proches : se former dans les métiers de la santé⁷¹.

« J'ai pris l'avion [vers le Mali] toute seule à 11 ans. Je partais déjà régulièrement au village, et ce qui m'a marqué le plus, c'est qu'il n'y avait pas de centre de santé. Quand il y avait un enfant qui tombait malade et bien voilà, il devait mourir. Quand les dames vivaient leur première grossesse c'était normal si elles le perdaient. C'est un truc qui m'a beaucoup touchée. [...] Donc c'est pour ça que je suis devenu infirmière. Pas médecin parce que 10 ans c'est trop long. Et puis je perdais mes copines d'une année à l'autre. [...] Les femmes devaient accoucher dans des conditions vraiment choquantes quand on est enfant et qu'on vient de France. Mes parents, ils allaient à l'hôpital etc. Là-bas non, la dame était bloquée dans sa chambre, et elle était entre la vie et la mort. C'est la raison pour laquelle j'ai choisi d'être infirmière. Et finalement, toutes les vacances bah je les passais à soigner. Mais ça ne suffisait pas. Donc j'ai travaillé avec le village pour la construction d'une structure » (K.D., femme de 32 ans née en France, infirmière initiatrice de la mise en place d'une maternité dans un village du cercle de Bafoulabé. Entretien du 17/04/2012, Seine-Saint-Denis).

⁷⁰ Avec le durcissement des politiques migratoires et la réorientation des flux vers d'autres destinations, les arrivées en France de migrants originaires de la Région de Kayes se font rares. Parallèlement, certaines personnes ayant atteint l'âge de la retraite décident de retourner vivre au Mali.

⁷¹ Voir note de bas de page n°68.

1.4.2. Même finalité et autres logiques : financer un projet grâce aux politiques de la ville

L'appui financier des pouvoirs publics français peut être obtenu par d'autres biais que les fonds dédiés à la coopération. Ainsi, les politiques de la ville⁷² ou les programmes dits de « chantiers jeunesse »⁷³ peuvent être utilisés par les jeunes eux-mêmes pour soutenir une structure de soins au Mali. Au-delà de la centralité des villages d'origine, c'est l'appartenance à un même lieu de résidence en France qui fonde la base du regroupement des participants.

« A la base, l'objectif [de l'association] c'est de responsabiliser la jeunesse du quartier à travers d'activités sportives, sociales, culturelles. Les activités, c'était des tournois de football, l'aide à la recherche d'emploi. [...] Comme je t'expliquais, dans le quartier il y avait des problèmes. Donc nous on se voulait un peu un relais, une main tendue au quartier. Aide aux personnes âgées pour faire leurs courses, etc. Et, en 1996, 1997, G. qui est l'actuel président de l'association, lors d'une permanence, a dit : « Pourquoi on n'essaierait pas de faire un projet pour aller en Afrique? ». De là on a eu des contacts avec nos élus, on a rencontré le Maire de l'époque. [...] C'était des financements jeunesse, chantiers. Si tu dis que tu pars au Mali simplement pour donner des médicaments, etc., ça ne rentre pas dans les lignes de financements. Parce qu'ils considèrent qu'un don ce n'est pas un projet. Même si ça part d'un bon sentiment d'ici, ils considèrent dans leur ligne que ce n'est pas un projet viable. [...] Donc nous on était parti sur ce qu'on appelait des "bourses de solidarité" à l'époque. Des financements du Val-de-Marne pour les jeunes de 16 à 25 ans. C'est là-dedans qu'on était rentré. C'est le créneau qu'on avait trouvé pour avoir des sous quoi. [...] Par exemple, quand on a commencé, pour avoir les financements de la préfecture, il fallait qu'on dise qu'on était des jeunes sur la voie de la délinquance. C'était les lignes ! C'était ça ! « Jeunes immigrés sur la voie de la délinquance »⁷⁴. Si on n'était pas ça, on n'avait pas les sous. Donc nous quand on y allait on y allait jamais en costard, on mettait toujours les capuches, on parlait « yo yo yo » quoi. Ah ouais ! Sinon on n'aurait pas eu les sous. Si on présentait bien, « oui on a été à l'école »... non. Il fallait parler comme des cons. On joue le jeu, on fait le comédien ». (F.D., homme de 34 ans né en France, membre d'une association ayant soutenu en 2005 la création et l'équipement d'un centre de santé dans un village du cercle de Banamba, région de Koulikoro. Entretien du 4/10/2011, Val-de-Marne).

R.K. de son côté, femme de 60 ans vivant en France depuis 46 ans, est la directrice de l'Association des Femmes Africaines de Sarcelles et Environs (AFASE), une association de quartier qui fait du soutien scolaire et à cette occasion de la sensibilisation santé. Ayant acquis cette expérience dans le domaine sanitaire, elle décide de transférer ce savoir au Mali et prend contact dans les années 1990

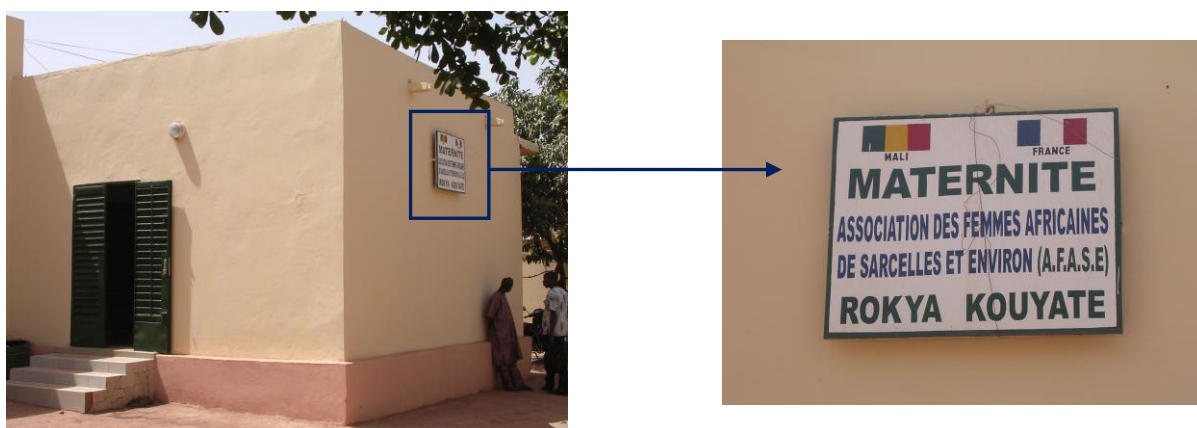
⁷² D'après le Ministère délégué à la ville : « La politique de la ville désigne la politique mise en place par les pouvoirs publics afin de revaloriser les zones urbaines en difficulté et réduire les inégalités entre les territoires. [...] Près de 2 200 quartiers sont concernés, dont 751 zones urbaines sensibles. [...] La politique de la ville est mise en œuvre par les collectivités territoriales. » Sources (2011): <http://www.ville.gouv.fr/?l-essentiel-de-la-politique-de-la> Consulté le 05/12/2013.

⁷³ Dans plusieurs cas étudiés, le financement émane du Fonds de Coopération de la Jeunesse et de l'Education Populaire (FONJEP) un fonds interministériel dédié au financement de la vie associative en France. La ligne budgétaire utilisée « Ville, Vie, Vacances/Solidarité Internationale » (VVV/SI) est financée par le Ministère des Affaires Etrangères et le Ministère délégué à la Ville.

⁷⁴ « Des actions d'échange et des chantiers de solidarité internationale ont été proposés à des jeunes issus de quartiers en difficulté à la faveur de démarches de coopération décentralisée et de dispositifs nationaux tels que VVV, Solidarité Internationale ou Solidar'été. [...] Chaque année, plusieurs centaines de jeunes ont pu participer, par exemple, à des projets humanitaires en Afrique. [...] Il semble intéressant et d'autant plus justifié pour des jeunes impliqués dans des dérives délinquantes de soutenir les actions d'insertion permettant la rupture avec le milieu (chantiers d'insertion et humanitaires en province et à l'étranger) ». Sources : Institut d'aménagement et d'urbanisme Ile-de-France (2008) « Jeunes en danger et délinquance juvénile : panorama des politiques de prévention ». Disponible sur http://www.iau-idf.fr/fileadmin/Etudes/etude_550/Jeunes_en_danger_et_delinquance..._avec_signets.pdf

avec un CSCOM de Bamako dont l'ASACO est active et cherche des financements pour construire une maternité pour laquelle elle a des plans et un terrain. Riche de ses précédentes expériences de coopération (coopération japonaise, UNESCO, coopération étasunienne, ONG française), l'ASACO fourni à R.K. un dossier solide. Sans s'appuyer sur un groupement de migrants originaire du lieu d'implantation de la structure, mais en assemblant ce dossier technique convaincant et ses compétences dans la recherche de fonds publics français pour la jeunesse, R.K. obtient les financements nécessaires au projet et permet la construction de la maternité, entre autres, par des jeunes de Sarcelles.

« Je fais mon projet comme ça parce que pour avoir des subventions, il faut faire ça avec des jeunes. » (R.K., femme de 60 ans vivant en France depuis 46 ans, directrice de l'AFASE. Entretien du 25/01/2011, Val-d'Oise).



Maternité du CSCOM de Torokorobougou, Bamako. (Claire Boulanger, 17/02/2012)

La participation à ce type de chantiers internationaux peut parfois servir de tremplin pour des descendants de migrants qui, forts de ces expériences, prendront le relais de leurs aînés dans le soutien aux villages d'origine de leurs parents.

« Le fait d'avoir été à K. [village du cercle de Banamba, région de Koulikoro] m'a donné encore plus de force pour faire ce que je dois faire à W. [village d'origine de son père]. Là, j'anticipe mieux les choses. Ça se trouve, j'aurais été dans mon village en premier, ça aurait été encore plus dur. Parce que justement là-bas c'est des liens directs. T'as des liens familiaux, ce n'est pas facile de travailler directement avec les gens de la famille des fois. Il y a des hauts et des bas. A K. j'ai vu comment ça se passait, comment ils réfléchissaient. Donc voilà, c'est un plus pour les projets à venir. » (B.C. homme de 21 ans né en France, leader associatif. Entretien du 05/10/2011, Val-de-Marne).

1.4.3. En dehors du cadre associatif, agir individuellement : donateurs, mécènes, actionnaires.

Des actions de création ou d'appui de structures de soins peuvent aussi être menées de manière individuelle. C'est particulièrement le cas en milieu urbain où individualisme et individualisation⁷⁵ sont plus prononcés qu'en zone rurale. Les émigrés des quartiers bamakois par exemple n'ont pas créé en migration de groupements ou d'associations basées sur l'appartenance ou l'attachement à leur localité de départ. Leur participation suivra donc des modalités différentes de celles des membres des caisses et associations villageoises.

⁷⁵ L'individualisation est un « processus de civilisation qui se caractérise plus par la montée de la norme d'autonomie que par le repli généralisé sur l'espace privé » d'après Roulleau-Berger (2010) p25.

« - Dans les partenaires [de l'ASACO], il y a aussi les enfants du quartier qui sont à l'extérieur, qui sont dans d'autres pays quoi. [...] Chaque fois qu'ils en ont la possibilité, ils nous envoient soit des médicaments, soit du matériel. [...]

- On aurait souhaité plutôt avoir des partenaires organisés. Mais comme on les connaît, régulièrement, il arrive qu'on fasse appel à eux. Je sais qu'en France il y a d'autres communautés qui sont mieux organisées dans ce sens-là. Tous ceux qui ont des actions vers les villages d'origine. Mais ici pour la commune, les ressortissants qui sont là-bas ne sont pas trop portés à ce genre d'organisation associative. [...] Nous maintenant ce qu'on compte faire avec eux, on va profiter de leur technologie là. On a les adresses mails. Il y a beaucoup de ressortissants du quartier qui sont là-bas mais comme ils ne sont pas portés à s'organiser et à maintenir le contact, nous sommes en train de faire en sorte qu'on ait les adresses mails, qu'on essaie de garder un contact permanent avec eux quoi. Qu'ils soient au courant de ce qui se passe ici. On a commencé déjà. Il y a un grand frère qui nous a envoyé un lot de matériel la semaine passée. [...] Souvent, d'eux-mêmes ils viennent nous aider, ou bien sur notre appel ».
(Président et Vice-Président de l'ASACO d'un CSCOM d'un quartier du nord de Bamako.
Entretien du 21/03/2012, Bamako).

Quelques mois après cet entretien, le premier e-mail de demande de soutien à la construction d'un bâtiment administratif pour le CSCOM a été diffusé auprès des « bonnes volontés » et des « enfants du quartier à l'extérieur ». La liste d'adresses mails constituée permet de mettre à contribution les émigrés (ainsi que les personnes originaires du quartier ayant acquis une position sociale privilégiée au Mali) et se révèle une réelle ressource pour le CSCOM. Plusieurs dons, en nature ou en argent ont été effectués. Et la transmission à cette même liste de mails détaillant les dons reçus permet de remercier les contributeurs, de reconnaître publiquement leur engagement dans le développement des structures collectives du quartier. Ainsi, la diffusion des technologies informatiques de communication permet le développement de nouveaux modes de participation pour les acteurs migrants.

Suivant une dynamique plus personnelle, des célébrités, self-made-men/women du monde la musique ou du sport (chanteurs de rap, footballeur, fondateur de marque de vêtements de sport) utilisent et renforcent leur notoriété en pratiquant des formes ponctuelles de mécénat : donations en nature de matériel médical collecté en France, fourniture en moustiquaire à des CSCOM grâce à un prélèvement sur les ventes de disques ; financement de la construction d'une maternité dans un village ; équipement d'un village d'une ambulance médicalisée lors du passage d'un événement sportif dans cette localité, etc⁷⁶. Peu visibles en France, ces actions le sont beaucoup plus au Mali. Plusieurs de ces personnes ont en effet reçu le titre de Chevalier de l'Ordre National du Mali, (la plus haute distinction dispensée par l'Etat malien) des mains du Président de la République.

Enfin, les participations individuelles à la création ou au fonctionnement d'une structure de soins malienne peuvent aussi prendre une forme beaucoup plus structurée suivant les normes du marché. A titre d'exemple, la polyclinique privée Yonki Saha de Kayes ville possède parmi ces actionnaires des personnes (hommes et femmes) originaires de la région et résidant en France.

« Le Docteur Soumaré est venu ici pour expliquer le projet aux gens en disant : « Voilà, je suis directeur de l'hôpital de Kayes, mais nous avons un problème de fonctionnement. On a même du mal à avoir nos salaires à la fin du mois ce qui ne motive pas le personnel. Et on n'a pas le matériel qu'il faut. On a besoin à côté de ça de faire du privé, là on ne subit pas les ajustements structurels décidés par la Banque Mondiale et le FMI. » [...] Les migrants ont

⁷⁶ Dans les différents cas étudiés, les actions sont mise en place dans une totale opacité. Aucun n'a accepté de me fournir de détails sur les fournisseurs, partenaires locaux ou budget des actions mentionnées.

trouvé que c'était une idée intéressante et qu'il faut la soutenir. Le soutien n'est pas forcément être actionnaire pour avoir des dividendes. [...] Mais on a accepté de souscrire des actions pour que cette polyclinique se mettent en place et se développe au services des populations, de la ville mais aussi des villages aux environs qui, quand il y a des complications il faut aller un peu plus loin, et la polyclinique offre des services y compris le confort, plus que l'hôpital publique à l'époque. » (Di.S., homme de 66 ans, vivant en France depuis 49 ans, leader associatif et actionnaire de la polyclinique de Kayes. Entretien du 16/03/2011, Seine-Saint-Denis)

La situation dans laquelle vous vous trouvez vous permettant d'envisager l'avenir, vous avez pu prendre le temps d'explorer plusieurs pistes pour organiser la protection santé de votre famille résident au Mali. Les systèmes de couverture étatique, marchand et mutualiste ne se révélant pas satisfaisant, il est fort probable que, comme nombre de vos compatriotes en exil, vous ayez choisi de soutenir financièrement, voire de créer une structure de soins où vos proches pourront aller se faire soigner.

PARTIE 2 : Situations d'urgence

Changeons à présent de perspective et de temporalité. Un de vos parents est gravement malade, la situation est urgente, il faut agir immédiatement pour l'aider. La logique assurancière n'a plus cours, il s'agit de permettre au malade ou au blessé d'accéder au plus vite à des soins de qualité. La distance qui vous sépare de ce proche crée en vous un manque, un sentiment d'impuissance, voire de culpabilité⁷⁷ car, par définition, prodiguer les soins à la personne nécessite d'être présent. Vous tentez donc de gommer votre absence en l'appelant, en prenant régulièrement de ses nouvelles, en lui exprimant votre inquiétude et vos espoirs, en la soutenant moralement. Mais cela ne suffit pas. Que pouvez-vous faire de plus ?

Lui permettre de se déplacer pour se rapprocher de vous ou, à défaut, de lieux de soins adaptés, est une première piste.

2.1. Organiser le déplacement de la personne nécessitant des soins : paradoxes et barrières aux évacuations sanitaires

Les ressources humaines hautement qualifiées et les plateaux techniques les plus avancés sont concentrés dans la capitale Bamako. Lorsque l'état de santé de la personne nécessitant des soins demande une prise en charge en médecine spécialisée ou de haute technologie⁷⁸, organiser et financer l'évacuation du patient vers la capitale est donc une première étape pour assurer sa prise en charge. En théorie, le système de santé public malien prévoit un mécanisme de référencement. Autrement dit, lorsque l'état du patient dépasse les capacités de la structure où il se trouve, son

⁷⁷ Sur ce phénomène, voir Loretta Baldassar, « Ce "sentiment de culpabilité" », *Recherches sociologiques et anthropologiques* 41(1) (2010) :15-37.

⁷⁸ On peut distinguer 3 niveaux de soins. Les soins de santé primaires, de premier contact ou de médecine générale, censés répondre à 90% des problèmes de santé d'une population non sélectionnée, les soins de niveau secondaire ou de médecine de spécialité, et les soins de niveau tertiaire nécessitant une prise en charge hospitalière hautement technique.

évacuation du CSCOM vers le CSRef, du CSRef vers l'hôpital régional, puis si nécessaire de l'hôpital régional vers un des deux hôpitaux nationaux de Bamako est censée être assurée. Dans la pratique, rares sont les CSCOM équipés d'une ambulance fonctionnelle. Le transport du patient vers l'échelon supérieur doit donc être pris en charge par celui-ci ou par ses proches. La mobilité du patient peut être facilitée si sa famille a la possibilité de loger celui-ci et son accompagnant dans la capitale. Ainsi les coûts liés à son séjour hors de chez lui sont diminués. Si vous avez fait construire ou que vous avez acquis un logement à Bamako, cela vous aide donc à envisager l'évacuation de votre proche vers la capitale. Il faut d'ailleurs souligner qu'un séjour à Bamako pour raison de santé n'est pas toujours lié à une condition physique très dégradée. Voulant montrer que vous vous sentez concerné, que vous voulez ce qu'il y a de mieux pour eux, vous allez parfois proposer cette possibilité à vos proches même lorsqu'ils pourraient être pris en charge au niveau d'un CSCOM de province. Mais cette volonté de bien faire peut contribuer à dévaloriser les structures de soins de proximité, celles-là même que vous avez participé à financer.

« Franchement, demain j'appelle au village, ma femme me dit : « je suis malade ». [...] Je ne vais pas demander si elle est allée voir le médecin, je vais dire : «demain il faut venir à Bamako». ». (B.K., homme de 35 ans vivant en France depuis 9 ans, doctorant en géographie. Entretien du 29/11/2011, Paris).

Il y a en effet un paradoxe patent à financer le CSCOM du village, mais à ne pas y faire soigner ses proches et ainsi concourir à la sous-fréquentation de la structure, au retardement de son autonomisation. Mais quel que soit le degré d'impérativité de ce déplacement, et même si le logement n'a pas été acquis dans ce but, être propriétaire à Bamako vous permet d'offrir un soutien pratique, logistique à votre parent venu consulter en ville.

Autre cas de figure : certains types de soins ne sont pas disponibles ou pas accessible dans les centres hospitaliers maliens. Il faut alors envisager une évacuation vers l'étranger⁷⁹. Naturellement, soucieux de l'état de santé de votre parent, vous tenez à le voir et allez donc tenter de le faire venir auprès de vous, en France.

« J'avais un tonton qui avait un problème de prostate. J'ai fait les démarches à l'hôpital Pitié-Salpêtrière et la cotisation à l'ambassade de France au Mali. Il a été opéré ici, et puis il est reparti au Mali. Ça a été difficile car ça demande beaucoup de moyens et de démarches. Donc souvent, les gens crèvent s'ils ne peuvent pas avoir de visa. L'ambassade demande qu'on verse une caution pour la prise en charge à la Pitié. Ce qui a facilité les choses, c'est que le tonton [ancien migrant] avait sa carte de sécurité sociale. [La caution, c'est] pour justifier qu'on a les moyens de le faire venir et de le soigner. Je n'ai pas beaucoup apprécié ça. Les malades ne peuvent pas venir se faire soigner, c'est compliqué de les faire venir... et s'il n'était pas venu, il aurait crevé, c'est sûr. L'ambassade demandait 9000€. Il a fallu que j'envoie l'argent pour que quelqu'un le verse auprès de l'ambassade. » (M.S., homme de 55 ans vivant en France depuis 32 ans. Directeur de l'agence de la Bank of Africa de Paris. Entretien du 15/03/2011, Paris).

Les modalités d'obtention d'un visa pour raison médicale sont complexes et n'aboutissent que rarement⁸⁰. Parmi les pièces à fournir doit figurer la preuve d'un rendez-vous avec un médecin hospitalier français qui, sans avoir vu le patient, aura dû évaluer le coût de sa prise en charge (hospitalisation, intervention chirurgicale), pour qu'une somme équivalente soit déposée en garantie

⁷⁹ Les seuls cas de prises en charge des évacuations sanitaires depuis le Mali observés sont ceux organisés par l'Etat malien qui dispose de fonds spéciaux pour évacuer ses élites politiques ou par de grandes entreprises qui ont mis en place des fonds sociaux pour les évacuations de leurs cadres supérieurs.

⁸⁰ Des données chiffrées concernant le volume et l'évolution du nombre de visas délivrés pour raisons médicales n'ont pu être réunies malgré d'intenses sollicitations auprès du consulat de France au Mali.

à l'ambassade de France au Mali. Cette démarche nécessite d'importantes ressources relationnelles et financières. Elle n'est donc réalisable que par une certaine élite. Il n'en reste pas moins que votre présence en France peut faciliter le processus, en particulier pour la circulation du dossier médical du patient. Dans le cas où le malade parvient à vous rejoindre en France grâce à une autre procédure (visa touristique), cela ne résout pas totalement la question de son accès aux soins. Pour pouvoir bénéficier de la couverture santé, un étranger ne disposant pas d'un emploi déclaré, doit en effet attendre l'expiration de son visa, c'est-à-dire de tomber dans la clandestinité, pour pouvoir bénéficier de l'Aide Médical d'Etat, un régime spécifique pour les sans-papiers non-salariés. Cette solution ne peut donc pas être envisagée en cas d'urgence⁸¹. Voilà pourquoi les évacuations se réorientent depuis plusieurs années vers le Maghreb, Maroc et Tunisie principalement, des pays vers lesquels un ressortissant malien peut voyager sans visa.

« Mon père était malade, on devait l'opérer. Il fallait qu'on l'envoie au Maroc, soit en Tunisie. Parce que tous les vaisseaux autour du cœur étaient bouchés. [...] Il est parti au Maroc. [...] On ne connaît personne là-bas. Les frais d'hôpitaux, le logement, l'opération, ça fait 9 jours, avec les frais d'hôtel et tout, pas moins de 4500€. Il y avait tout. Le séjour, l'opération, l'hébergement, tout. [...] La France ? J'ai essayé. Avec mon papa, j'ai essayé, mais je n'arrive pas. Parce qu'ils m'ont dit, il faut qu'il ait le visa, il faut qu'on voit un cardiologue ici, avec tous les papiers médicaux de la personne, et on a une caution à payer. [...] Je me suis renseignée pour le faire venir. Bon, ça n'a pas abouti. » (N.Y., femme de 38 ans vivant en France depuis 20 ans. Entretien du 17/08/2011, Seine-Saint-Denis).



La Société Maghrébo-Sahélienne et d'Assistance organise des évacuations sanitaires vers deux cliniques maghrébines. Elle fait ici sa promotion au Palais de la Culture de Bamako à l'occasion de la Journée Internationale de la femme. (Claire Boulanger, 08/03/2012)

Dans de rares cas, la barrière que représente l'obtention d'un visa spécifique peut être levée. Ce fut le cas pour d'Ibrahima, huit ans, le fils de S.D, un homme de 64 ans vivant en France depuis 40 ans. Habituellement résidant dans un village de la région de Kayes, Ibrahima est en vacances à Bamako pour quelques mois. Il tombe malade et, on lui diagnostique un grave problème cardiaque. Suivant les réglementations en vigueur en France, S.D. s'adresse à son médecin traitant. Celui-ci lui demande de se procurer le dossier médical de son fils. Une fois en possession du dossier, le médecin confirme le diagnostic et recommande à S.D. de s'adresser à un hôpital parisien connu pour son service de

⁸¹ Dans la pratique, en cas d'urgence il peut être envisageable de se faire soigner en France en utilisant les papiers (carte Vitale, attestation de prise en charge CMU ou AME) d'une personne tierce, avec tous les potentiels risques, y compris sanitaires, que cela implique pour le patient et pour la personne qui lui prêterait ses papiers.

cardio-pédiatrie. Mais face aux importants frais de la prise en charge (environ 3000€ par nuit d'hospitalisation, sans compter l'opération) et aux difficultés d'obtention d'un visa, S.D. doit trouver une autre solution. A force de porte-à-porte et de bouche à oreille, Médecins du Monde lui recommande de s'adresser à l'association « Chaîne de l'espoir »⁸². La sélection des dossiers qui seront pris en charge par l'association est faite par le contact local de l'association, un cardiologue de l'Hôpital Mère-Enfant le Luxembourg de Bamako. Le dossier du petit Ibrahima repart donc vers le Mali. Le comité franco-malien de la Chaîne de l'Espoir accepte finalement de prendre en charge le transport et l'opération de l'enfant. Son dossier revient vers Paris, et c'est l'association elle-même qui s'occupe d'obtenir auprès de l'administration française les papiers nécessaires à l'évacuation d'Ibrahima vers la France. Il est finalement opéré plus d'un an après avoir été diagnostiqué. Si la délivrance de visas pour des enfants cardiaques est obtenue par l'association, celle-ci a dû mettre en place des règles draconiennes pour s'assurer que l'enfant ne resterait pas en France. Voilà pourquoi, même si l'enfant a de la famille en France, comme c'est le cas d'Ibrahima, il sera hébergé par une famille d'accueil.

« Si je peux le [Ibrahima] voir, c'est Chaîne de l'Espoir et la famille d'accueil qui vont me le dire. Ils m'ont dit que le problème c'est que si l'enfant voit sa famille, souvent il veut rester et ne plus quitter sa famille. Donc, ce n'est pas dans le règlement qu'on puisse le voir, mais ça peut arriver. Par exemple, on peut le voir à l'aéroport le jour de son départ. [...] Je n'ai pas le choix. Sa santé avant tout » (S.D., homme de 64 ans vivant en France depuis 40 ans. Entretien du 25/08/2011)

Des cas très spécifiques d'enfants atteints de malformation cardiaque sont les seuls pour lesquels une prise en charge par des associations a pu être observée durant l'enquête. Pour tout autre type de pathologie ou de profils (adultes, personnes âgées), vous ne pourrez donc compter que sur vos propres ressources.

2.2. Fournir de quoi soulager et guérir : l'envoi de médicaments

A défaut de pouvoir rapprocher le patient des structures de soins, des produits pharmaceutiques achetés en France peuvent être envoyés au Mali. Le moyen le plus simple : lorsque vous vous rendez en vacances au Mali vous emportez systématiquement une certaine quantité de médicaments de bases (antidouleurs, antiseptiques) que vous laissez à votre famille à votre départ. Lorsqu'aucun voyage n'est prévu, le caractère plus ou moins urgent de l'administration du médicament ainsi que la nature du produit en question vont déterminer la manière dont l'acquisition et le transport se déroulent.

« Beaucoup de gens envoient des médicaments. Les médicaments français sont bien réputés, alors que ceux du Mali, il y a tellement de contrefaçons... Quand tu dis que tu pars au Mali, les gens te donnent des médicaments [pour leur famille]. J'en ai transporté plusieurs fois. Il y a des gens qui envoient leur ordonnance ici. Moi personnellement, j'amène des médicaments pour la prostate à un proche. [...] Au Mali, il y a une seule industrie, qui ne produit presque plus rien. Quatre-vingt-dix à 95% des besoins nationaux sont importés. D'où l'importance du laboratoire de contrôle. Mais ils n'ont pas les moyens de mettre en œuvre les méthodes du propriétaire du médicament. C'est des techniques très spécifiques. Le laboratoire est équipé, mais les équipements ne sont pas en état de marche parce qu'il n'y a pas de maintenance. Certains équipements n'ont jamais servi. Ils n'ont pas été installés, tout simplement parce

⁸² Il s'agit à l'origine d'un programme de Médecins du Monde devenue une association dans les années 1990. Elle prend en charge une quinzaine d'enfants maliens par an.

qu'ils ne savent pas comment l'utiliser. La maîtrise technique par le personnel n'est pas très élevée. » (A.D., homme de 34 ans, vivant en France depuis 9 ans, consultant en matériel pharmaceutique. Entretien du 25/01/2011, Paris).

Lorsque les médicaments nécessaires ne peuvent être obtenus que sur ordonnance, l'ordonnance du médecin malien est envoyée vers la France, par le biais d'un intermédiaire ou par fax. En théorie, un pharmacien ne peut délivrer que des médicaments prescrits par un médecin exerçant en France. Dans les faits, et en fonction des produits concernés, certaines officines acceptent de délivrer des médicaments à partir d'ordonnances étrangères⁸³. Comme pour les produits thérapeutiques que l'on peut obtenir sans ordonnance, le coût de ces produits prescrits par un médecin malien revient intégralement à la charge du migrant.

« Mon papa, il était au Point G [un des deux hôpitaux nationaux maliens]. J'ai dépensé... je ne calcule même pas ! La santé ça n'a pas de prix ! Il m'est tombé sur les bras chaque ordonnance. [...] Il avait 82 ans [quand il est décédé], ça faisait 6 ans qu'il était malade. Tous les mois je lui envoyais des médicaments que je paie à la pharmacie. [...] Ma maman elle, elle est hypertendue avec l'âge. Donc je trouve les médicaments. Je n'achète pas les médicaments là-bas maintenant. Il y a trop de faux. Moi je paie son médicament ici. Chaque mois j'ai à peu près 50€ pour cette hypertension. » (A.K., homme de 45 ans vivant en France depuis 11ans. Entretien du 19/12/2010, Paris).

La circulation de l'ordonnance peut également se faire à votre demande si vous souhaitez contrôler l'utilisation de l'argent que vous dépensez pour la santé de vos proches.

« Il y en a aussi [qui font ça], par peur d'être arnaqué. Parce que la personne peut te dire : « il y a une ordonnance, il faut m'envoyer [l'argent]. J'étais à la pharmacie, pour sauver des vies, on m'a dit que c'était 8000fr cfa ». Alors qu'on ne lui a demandé que 5000fr cfa. Donc, pour la transparence, il y en a qui demande qu'on leur fax des ordonnances ici, pour qu'ils achètent eux-mêmes et pour envoyer [les médicaments]. Mais ça leur coûte plus cher encore ! » (D.W., homme de 52 ans vivant en France depuis 34 ans. Entretien du 22/01/2012, Paris)

Lorsque le prix du médicament est trop prohibitif (que ce soit en raison de la nature du produit ou de la durée de la maladie), vous pouvez tenter de vous adresser à votre médecin traitant. Si vous avez pu nouer une relation de confiance avec lui, il pourra transcrire l'ordonnance à votre nom, ce qui vous permettra de voir une partie des frais couverts par la sécurité sociale et votre mutuelle si vous en avez souscrit une. Mais le plus souvent, ce sont les médicaments de base prescrits pour vous et votre famille résidant en France (et donc en partie remboursés) dont vous envoyez les surplus au Mali, tandis que pour les produits plus spécifiques et plus coûteux vous irez directement les acheter en pharmacie sans aucune forme de couverture.

Une fois en possession des médicaments, reste à les faire parvenir à la personne qui en a besoin. Pour cela, il faut identifier parmi les migrants maliens, une personne partant dans les heures ou les jours à venir à destination du Mali et de lui confier les produits pharmaceutiques :

« C'est surtout par quelqu'un qui va au Mali, des gens qu'on connaît, du village. Cette fois je n'ai pas dit à beaucoup d'amis que je partais [au Mali], mais la dernière fois, je l'avais dit à beaucoup de gens, et c'est 20kg que j'ai eu. Donc c'est plutôt par réseaux de connaissances. [...] Toutes les semaines on a quelqu'un qui part. Il y a quelqu'un qui part aujourd'hui, et la semaine prochaine il y a quelqu'un qui vient, qui part, etc. Si on a des cas urgent, les gens partent directement à l'aéroport ! Vous croisez un Malien qui part, vous lui donnez. On ne

⁸³ Rencontres en février et mars 2011 avec une dizaine de pharmaciens du 19^{ème} arrondissement de Paris et de Montreuil.

peut pas dire qu'on ne prend pas des médicaments. C'est obligatoire. Les gens sont tellement contents d'acheter des médicaments ici et de les apporter. Mais on ne sait pas les conséquences en termes de santé. » (B.K., homme de 35 ans vivant en France depuis 9 ans, doctorant en géographie. Entretien du 29/11/2011, Paris).

Ce mécanisme de soutien a bien sûr ses limites. En termes temporels tout d'abord car les délais entre l'achat du médicament en France et sa réception par le malade peuvent être relativement longs. De plus, des problèmes de conditions de conservation peuvent aussi se poser. De nombreux produits pharmaceutiques sont en effet sensibles aux variations de température, à l'exposition à la lumière, etc. Enfin, ce mécanisme crée une demande pour des marques et/ou des conditionnements qui ne sont pas disponibles sur place, favorisant un cercle d'accélération de la demande d'envoi de médicaments. Il n'en reste pas moins que certains produits pharmaceutiques sont très difficiles à trouver voir absents du marché malien. Le seul moyen de se les procurer est donc de les faire venir de l'étranger.

2.3. Prendre en charge les coûts financiers des soins : les transferts de fonds

De par la distance physique, les soins à la personne doivent se dématérialiser. L'envoi d'argent est une autre des formes que peut prendre l'attention, le soutien prodigué à la personne nécessitant des soins. Ce type de pratiques n'a évidemment pas la même signification dans tous les milieux sociaux. Les personnes issues des catégories sociales les plus aisées sont moins, voire pas du tout mobilisées.

« Chez nous c'est autre chose parce que on a d'autres parents qui sont sur place là-bas. Donc le plus souvent on ne t'appelle même pas. Tu n'es même pas au courant des maladies. C'est quand toi en appelant tu demandes quelles nouvelles qu'on te dit until il est malade ou bien il y a ceci ou cela. [...] Personnellement, dans ma famille, on ne me demande jamais ! [...] J'ai des frères et sœurs qui sont là-bas, j'ai des amis, des promotionnaires qui sont médecins, donc la famille préfère voir ces personnes et ils ne m'appellent jamais. C'est après qu'ils me parlent du problème. C'est des cas vraiment... spécial quoi. Et il y en a beaucoup comme moi qui sont dans ce cas-là. Donc on peut pas généraliser. » (G.D., homme de 61 ans vivant en France depuis 26 ans. Entretien du 19/12/2010, Paris).

Les envois de fonds, également appelés remises, constituent pour les autres catégories sociales l'une des pistes les plus utilisées, au point que des chercheurs ont développé l'idée de « *transnational social welfare* », c'est-à-dire les « *remittances and other channels of risk protection enabled by migration* »⁸⁴.

Au niveau macroéconomique, l'ensemble des transferts de fonds individuels de la France vers le Mali est estimé à près de 300 millions d'euros par an⁸⁵, ce qui représente 65% du total des fonds reçus de l'étranger par le Mali et plus de trois fois l'aide publique au développement de la France vers ce pays. La Banque Africaine de Développement souligne le fait que 73% de ces transferts sont informels. Autrement dit, seul un quart des remises transitent par des sociétés de transferts d'argent ou par des banques commerciales. Le mode de transfert privilégié est, de loin, l'espèce, qui circule en s'appuyant sur les réseaux d'agents de change⁸⁶, de commerçants ou de connaissances personnelles.

⁸⁴ Traduction par l'auteur : "Protection social transnational" c'est à dire les "remises et les autres mécanismes de protection des risques rendus possibles par la migration". Sources : Nicola Yeates, « Global Migration Policy » dans Understanding Global Social Policy, ed. Nicola Yeates (Policy 2008): 229-252.

⁸⁵ Source : Banque Africaine de Développement, 2009, Consulté le 02/12/2013

http://www.afdb.org/fileadmin/uploads/afdb/Documents/Publications/70000012_FR_Transfert%20des%20fonds%20FR.PDF

⁸⁶ Ce mécanisme est parfois appelé « hawala ». Voir Mahamoud (2006)

Ces modes de transferts sont préférés en raison du faible taux de bancarisation des bénéficiaires (contrairement à celui des migrants, qui est comparable à la moyenne de la population française), ainsi qu'en raison de leurs faibles coûts. Les migrations de Maliens vers la France concernent des milliers d'individus depuis plus d'un demi-siècle. Des réseaux économiques et financiers ont pu se constituer, se renforcer et enfin se structurer de manière à garantir une opérationnalité et une efficacité inégalées par les circuits officiels.

Il est très difficile d'évaluer la part des dépenses liées à la santé dans l'ensemble des transferts financiers d'un migrant vers ses proches. Les entretiens et d'autres recherches⁸⁷ révèlent néanmoins sa place prédominante aux côtés de la scolarisation, en particulier dans les milieux où les besoins nutritionnels sont assurés.

« La plupart des gens me disent que la santé ça représente le problème numéro un. C'est la question la plus difficile, même devant la question de la nourriture. C'est-à-dire, dans le mois, il n'y a pas de problème, les gens savent combien ils vont dépenser pour nourrir la famille. Mais pour la santé on ne se sait jamais ! » (B.K., homme de 35 ans vivant en France depuis 9 ans. Entretien du 29/11/2010, Paris).

L'imprévisibilité du moment et du volume des dépenses de santé est une difficulté majeure. Lorsque vous avez une source stable de revenu, vous envoyez régulièrement une part de ce revenu à vos proches pour les aider à assurer leurs besoins primaires. Mais une situation sanitaire spécifique peut vous contraindre à faire d'autres transferts pour couvrir ces dépenses.

« On peut sauver des vies ! Sinon, je vois ça comme de la non-assistance à personne en danger. C'est bien ce qu'on dit en France ? » (B.C. homme de 21 ans né en France, leader associatif. Entretien du 05/10/2011, Val-de-Marne).

Mais votre budget n'est pas élastique et de telles dépenses peuvent fragiliser votre situation financière.

« Il y a cette solidarité africaine que vous avez pu voir, cette solidarité, personne ne pourra s'en dérober. On est obligé de participer à ça et de subvenir aux besoins. Souvent même nous les migrants on va au-delà de nos moyens pour subvenir aux besoins de la famille, en tout cas en matière de santé. Il suffit qu'un cousin quitte le village pour venir de Kayes à Bamako et une fois à Bamako: « Je suis malade, je dois aller voir le médecin ». Même si t'as pas les 100€, t'es obligé d'aller emprunter 100€ pour qu'il puisse aller voir un médecin. » (K.S., homme de 50 ans vivant en France depuis 22ans. Entretien du 21/02/2011, Val-d'Oise)

Que ce soit pour acheter des médicaments en France ou pour envoyer de l'argent au Mali pour payer soins, examens, analyses, consultations ou médicaments, il n'est pas rare que vous deviez vous endetter pour répondre à ces besoins urgents. L'endettement se fait au sein de votre réseau social par la sollicitation directe de vos amis, des membres de votre famille ou des ressortissants de votre village également en migration.

Il existe également des mécanismes plus organisés pour mobiliser un tel soutien financier. Ainsi, certaines grandes familles disposent d'une caisse dites familiale où cotisent chaque membre en migration disposant d'un revenu.

« Ma mère, mes demi-frères là-bas, c'est moi qui m'en charge. Il faut que le besoin soit énorme pour qu'on passe par la caisse familiale. Si ma mère est malade, je ne demande pas à ma famille, je m'en charge. Quelqu'un qui n'a personne, ni fils ni neveu ici [en France], on va

⁸⁷ Flore Gubert (2009) « Enjeux individuels et collectifs de la migration : le point de vue des pays de départ » dans *Migrants, craintes et espoirs*, eds. A. Chemin et al., Presses Universitaire de Rennes, p.203-212.

lui venir en aide. Par exemple, j'ai perdu un cousin ici. Son père n'a plus personne ici. La charge de son père me revient, et la famille m'épaulé. » (M.S., homme de 55 ans vivant en France depuis 32 ans. Entretien du 15/03/2011, Paris).

Au sein de la famille élargie, une personne nécessitant des soins qui n'a pas de proches en migration peut ainsi être prise en charge par la caisse familiale. Mais les cas sont relativement rares car l'acteur migrant le plus proche de cette personne sera considéré comme responsable de sa prise en charge et faire appel à la caisse familiale pourrait s'apparenter à un aveu d'échec. Ce recours existe néanmoins, permettant de ne pas laisser le migrant seul face à des dépenses qui peuvent s'avérer très importantes.

Adhérer à une association peut aussi être une manière de formaliser, de stabiliser, de développer un réseau social auprès duquel trouver du soutien. Ce phénomène a pu être observé au sein d'associations de femmes.

« On a une caisse qu'on appelle tontine. Là, on regroupe l'argent et chaque mois, il y a quelqu'un qui récupère, et la personne fait ce qu'elle veut. Si elle a des problèmes ici en France pour son loyer, son électricité ou d'autres problèmes, elle règle ça avec l'argent. Chaque mois il y a une femme qui touche ça. C'est cotisé le même mois. L'argent ne dort pas quelque part. [...]. Mais s'il y a des problèmes d'urgence qui tombent, on appelle tout le monde et l'argent est cotisé tout de suite. Ce n'est pas une caisse mais on est prêtes. Très souvent on est prêtes pour ça. [...] Et si personne n'a les moyens de répondre, on peut prendre dans la caisse de l'association parce que c'est bien marqué dans notre statut : « entraide sociale ». Comme on travaille pour mettre de l'argent dans notre caisse en organisant parfois des petits buffets, des buffets africains, donc de temps en temps s'il y a des événements, le peu qu'on gagne on peut l'utiliser pour venir en aide. En fait là on emprunte, et puis après on remet. On peut faire ça aussi. » (F.C., femme de 45 ans vivant en France depuis 21 ans, Directrice de l'Association des Femmes Dynamiques de la Diaspora Africaines –AFDDA-. Entretien du 11/04/2011, Montreuil).

Les tontines sont des groupements d'épargne et de crédit rotatifs qui rassemblent en général une ou quelques dizaines de personnes. Le cas échéant, l'ordre préétabli du tour de tontine (autrement dit le mois déterminé où telle ou telle participante reçoit l'argent accumulé), pourra être modifié pour permettre au membre qui en a besoin d'utiliser l'argent réuni pour financer les soins d'un proche résidant au Mali.

« Je fais partie d'une tontine, je suis la présidente depuis cinq ans. D'habitude, comme je suis la présidente, que c'est moi qui suis à l'initiative, je prends toujours le dernier tour. [...] Mais mon père était malade, on devait l'opérer. Mais je n'avais pas les sous [voir p29]. Normalement je devais prendre le dernier tour, mais j'ai pris le deuxième. La personne a accepté, elle m'a laissé sa place. » (N.Y., femme de 38 ans vivant en France depuis 20 ans. Entretien du 17/08/2011, Seine-Saint-Denis).

Néanmoins, le plus souvent, l'ordre des tours de tontine n'est pas modifié, et une collecte ponctuelle est organisée auprès des membres de la tontine pour mettre en commun une somme d'argent qui sera donnée à la personne ayant sollicité la collecte. Dans le cadre d'une association, le même type de collecte ponctuelle pourra être mis en œuvre auprès de l'ensemble des membres (une centaine de personnes dans le cas de l'AFDDA). Et, lorsque l'association dispose de fonds propres grâce à ses activités génératrices de revenus, un prêt peut également être fait à celle ou celui qui en a besoin, avec l'accord de l'ensemble des membres.

2.4. Entre urgence et prévoyance : créer un lien de confiance avec une structure de soins

Les praticiens maliens sont régulièrement témoins de l'importance du soutien financier des migrants vis-à-vis de leur famille.

« C'est vrai que souvent j'ai des patients qui ont un parent en France. Quand on leur fait l'ordonnance, ils me le donnent au téléphone et il me dit : « docteur, fait tout ce qu'il faut, on va envoyer l'argent » » (A.K., médecin directeur d'un hôpital confessionnel de Kayes ville. Entretien du 10/09/2010, Kayes).

On le voit, l'argent envoyé au Mali n'est pas toujours à destination du patient. Les structures ou les personnes qui y travaillent peuvent parfois directement recevoir les fonds. C'est d'ailleurs ce que proposait, lors d'un entretien, le salarié d'une société d'assurance :

« Une alternative [aux assurances privées] pourrait être l'autofinancement. C'est-à-dire qu'au lieu d'envoyer de l'argent directement au parent malade, il [le migrant] pourrait trouver un compromis avec un prestataire de soins, où il aurait un compte... créateur bien sûr, sinon le prestataire ne voudra pas. Ça pourrait se faire avec des cliniques, des officines de pharmacie. [...] Les professionnels de santé devraient aller vers eux. Une clinique privée, c'est du business ! Ils pourraient leur ouvrir un compte et s'engager à fournir les soins aux personnes identifiées préalablement. » (Chef du service production de la société d'assurance Colina. Entretien du 27/02/2012, Bamako).

Dans la pratique, s'il existe bien des formes de liens directs entre les migrants qui prennent en charge le coût des soins et les structures de soins qui les ont dispensés, les cas observés fonctionnent différemment :

« Pour le système de paiement, si le patient n'a pas les moyens, on appelle le migrant. Il dit : « c'est moi qui paie ». Pas de problème, on envoie la facture à Paris. C'est mieux parce que s'il envoie l'argent aux parents, ils le dépensent pour autre chose, pour acheter une vache, plutôt que pour soigner le cousin. » (A.S., médecin chef de la polyclinique Yonki Saha de Kayes ville. Entretien du 23/02/2010, Kayes).

Autrement dit, contrairement aux prévisions de l'assureur, un simple accord oral suffit. C'est d'autant plus vrai si la clinique possède un intermédiaire en France. Celui-ci va réceptionner les factures et les transmettre au migrant qui s'est engagé par téléphone. En cas de retard de paiement, il y a dans ce cas quelqu'un sur place à Paris pour protéger les intérêts de la clinique et rappeler son engagement au migrant.

Des tentatives de formalisation de ces liens ont également vu le jour dans le but de limiter les aléas financiers pour les migrants. Au début des années 2000, M.S., médecin directeur de la Clinique Médical Défi de Bamako crée le « Contrat du «Tunkaranké». Le «Tunkaranké» est une mutuelle de Prévoyance Santé et d'Assurance Maladie, offerte aux maliens de l'extérieur en général, au bénéfice des membres de leur famille restés au pays »⁸⁸. Les contractants sont la clinique et le migrant. Les personnes qu'il souhaite prendre en charge sont énumérées et le contrat spécifie les conditions de prise en charge par la clinique. Dans un premier temps, la contribution s'élevait à 5€ par mois et par bénéficiaire, et garantissait une prise en charge variant entre 30 et 70 % selon les services proposés (consultations de médecine générale, de médecine spécialisée, hospitalisation, analyses médicale, etc.). Grâce à son intermédiaire en France (la nièce du médecin-chef), la clinique peut faire signer le contrat en France puis l'envoyer au Mali. De par ses séjours fréquents à Paris, M.S. a d'ailleurs pu

⁸⁸ Introduction dudit contrat mis à disposition par M.S., médecin chef de la Clinique Médical Défi de Bamako le 13/03/2012.

faire lui-même la promotion de sa clinique auprès de ses compatriotes vivant en France. Mais la démarche ne s'est pas perpétuée.

« Mais bon, il y a eu des problèmes, les gens ne payaient plus. C'est vrai que si tu as inscrit ton frère et que tu te brouilles avec lui, tu ne vas plus payer. Du coup, maintenant c'est le système au coup par coup, mais c'est plus cher. Ils envoient leur parent ici, on fait la facture plein tarif, et puis ils paient. [...] [Pourtant] c'était intéressant, ça soulage les parents qui sont à l'extérieur. Parce que si c'est le 6 ou 10 du mois, ça va. Mais à partir du 15 ou du 20, ça devient compliqué pour eux de payer de grosses sommes comme ça. Ils ont leurs problèmes en France aussi. » (M.S., médecin chef de la Clinique Médical Défi de Bamako. Entretien du 13/03/2012, Bamako).

Aucun contrat Tunkaranké n'a été utilisé plus de quelques mois. Les échanges téléphoniques restent le principal moyen pour le migrants d'assurer au prestataire de soins qu'il prendra en charge le coût des soins en envoyant de l'argent soit au patient, soit à la clinique. En effet, la clinique remet ses factures aux patients, et en envoie une copie soit directement par e-mail à la personne qui s'est engagée à prendre les frais en charge, soit à son intermédiaire, représentant bénévole et informel en France de la clinique, qui se charge de récolter les fonds.

« Les gens qu'il [M.S.] soigne au Mali, s'ils ont des parents ici, moi je suis comme une sorte de trésorière. Je récupère l'argent, et voilà, je lui envoie au Mali, ou bien il me dit, s'il a besoin de matériel médical, je vais faire ces démarches-là ». (A.D., femme de 28 ans vivant en France depuis 8 ans, intermédiaire de la Clinique Défi Santé en France. Entretien du 18/04/2012, Seine-Saint-Denis).

En milieu rural également, des arrangements peuvent être pris entre un CSCOM et les ressortissants du village à l'étranger.

« J'ai un frère en France, un frère en Espagne. C'est eux qui sont censés être le soutien économique de la famille. [...] Ils ont mis en place un système qui fait que quand un membre de la famille est malade, même s'il n'y a pas d'argent, il va se soigner. Il va se soigner, et après, eux ils paient. S'il a besoin de médicaments, il va en pharmacie, il prend. Après, ils envoient de l'argent. [...] Parce qu'au village, on les connaît. On connaît la famille, on connaît les parents, on sait qu'ils habitent là, qu'ils ne vont pas disparaître. Et on sait qu'ils ont des enfants à l'étranger. [...] Le montant est communiqué. On dit par exemple, pour les soins de la famille, de telle à telle période, ça fait tel montant. Par téléphone. [...] Ca peut être un mois, ça peut être 2 mois, ça fait tel montant, et eux ils paient. L'argent est envoyé par Western [Union] ou alors par personnes interposées » (I.S., homme de 40 ans ayant vécu 7 ans en France, de retour au Mali depuis 3 ans. Entretien du 05/03/2012, Bamako)

Conclusion

La multitude de moyens que vous avez déployés pour prendre soin de vos proches ne reposent donc que très marginalement sur les systèmes étatiques, qu'ils soient français ou maliens. La réalité de vos pratiques n'a pas d'écho dans un débat public focalisé sur le rôle qu'aurait à jouer l'Etat dans votre prise en charge et celle de votre famille. Le système marchand n'étant pas non plus apte à assurer le besoin fondamental qu'est la protection santé, vous avez activé d'autres leviers, mobilisé d'autres types de ressources en faisant appel à vos valeurs, votre créativité, votre capacité d'initiative, pour

penser l'organisation collective en dehors du cadre étatique. Vous avez participé au maintien ou au développement de mécanismes de solidarité efficaces. Vous avez entretenu des liens sociaux forts, parfois même contraignants, de manière à pouvoir si besoin faire appel au soutien de vos voisins, de vos compatriotes, de vos collègues, de vos amis proches ou lointaines connaissances, de votre famille nucléaire et élargie, de structures de soins, d'associations, etc.

En basant notre sécurité sociale uniquement sur les règles et les lois édictées et censées être garanties par l'Etat et l'administration, nous prenons le risque que ceux-ci ne la considèrent plus comme une priorité, et ainsi, à terme, de nous en trouver privés. Et ce quelles que soient les dynamiques démographiques de nos sociétés, liées ou non aux migrations.

Les pratiques sociales présentées dans ce texte sont sources d'inspiration et de pistes de solutions. Elles donnent à voir de multiples exemples permettant d'entretenir un fonctionnement social où la santé de chacun peut être pris en charge collectivement. En mettant au cœur du débat public le maintien et le développement de liens sociaux forts, basés non sur le droit mais sur la valorisation de la solidarité et le respect de la dignité humaine, nous pourrions trouver comment garantir tout à la fois la liberté de circulation de tous et la prise en charge collective des risques de la vie.

Liste des abréviations

AFDDA	Association des Femmes Dynamiques de la Diaspora Africaines
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AMV	Assurance Maladie Volontaire
ASACO	Association de Santé Communautaire
CANAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CLEISS	Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale
CPAM	Caisse Primaires d'Assurance Maladie
CMIE	Centres Médicaux Inter Entreprise
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSRef	Centre de Santé de Référence
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
MDSPA	Ministre du Développement Social et des Personnes Agées
MME	Mutuelle des Maliens de l'Extérieur
NSIA	Nouvelle Société Interafricaine d'Assurances
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PMI	Protections Maternelles et Infantiles

Bibliographie

- Baldassar, Loretta (2010) Ce "sentiment de culpabilité", *Recherches sociologiques et anthropologiques*, vol 41(1), p.15-37.
- Basch, L., Glick Schiller, N., Blanc-Szanton, C. (1994) *Nations Unbound: Transnational Projects, Postcolonial Predicaments and Deterritorialized Nation-States*, Gordon and Breach Publishers.
- Boccagni, Paolo (2011) Migrant's social protection as a transnational process : public policies and emigrant initiative in the case of Ecuador, *International Journal of Social Welfare*, vol 20, p.318-325.
- Bryceson, Deborah et Vuorela, Ulla (2002) *The transnational family, New European frontiers and global networks*, Berg, Oxford.
- Cellule de Planification et de Statistique (2009) *L'approche sectorielle dans le domaine de la Santé au Mali*, Ministère de la Santé.
- Daum, Christophe (1998) *Les associations de Maliens en France*, Collection Hommes et Société, Karthala.
- Faist, Thomas (2000) *The Volume and Dynamics of International Migration and Transnational Social Spaces*, Oxford, Oxford University Press.
- Fassin, Didier (2000) *Les enjeux politiques de la santé*, Karthala.
- Gonin, Patrick (1997) *D'entre deux territoires. Circulations migratoires et développement entre le bassin du fleuve Sénégal et la France*, Lille, Université des Sciences et Technologies, Habilitation à diriger des recherches.
- Gonin, Patrick et Kotlok, Nathalie (2012) Migrations et pauvreté : essai sur la situation malienne, CERISCOPE Pauvreté [en ligne] consulté le 12/09/2013 <http://ceriscope.sciences-po.fr/pauvrete/content/part2/migrations-et-pauvrete-essai-sur-la-situation-malienne>
- Gubert, Flore (1999) La participation des maliens de France du développement de la Région de Kayes, dans *Population et société au Mali*, eds. Bocquier, P. et Diarra, T., L'Harmattan.
- Jaffré, Yannick (2004) Prolégomènes à une réforme des services de santé : de l'identification des dysfonctionnements à la définition d'outils efficaces, *Médecine Tropicale*, vol 64(6), p.527-532.
- Kanté, Nianguiry (2009) Systèmes et politique de santé au Mali : Processus historique de la participation communautaire, *Les Universités au temps de la mondialisation*, Université Paris VIII.
- Lacroix, Thomas, Sall, Leyla et Salzbrunn, Monika (2008) Marocains et Sénégalais de France : permanences et évolution des relations transnationales, *Revue européenne des migrations internationales*, vol 24(2), p.23-43.
- Laleye, I.-P., Panhuys, H., Verhelst, Th. et Zaoual H. (1996) *Organisations économiques et cultures africaines*, L'Harmattan.
- Levitt, Peggy et Glick Schiller, Nina (2004) Conceptualizing simultaneity : a transnational social field perspective on society, *International Migration Review*, vol 38(145), p.595-629.
- Libercier, M-H. et Schneider, H. (1996) *Les migrants, partenaires pour le développement*, OCDE.
- Lima, Stéphanie (2003) *Découpage entre espace et territoire : la fin des limites? La fabrique des territoires communaux dans la Région de Kayes, Mali*, Thèse de doctorat, UFR de Géographie, Univ. Poitiers.
- Llena, Claude (2003) *Stratégies d'acteurs de l'économie populaire dans le développement économique et social : le cas de la ville de Cochabamaba en Bolivie*, Master of Sciences à l'Institut

Agronomique Méditerranéen de Montpellier.

Mahamoud, Ismaël (2006) *Les hawalas : Les systèmes informels de transfert des fonds* [en ligne] Consulté le 05/12/2013. <http://mpira.ub.uni-muenchen.de/48883/>

Medecins du Monde (2013) *Observatoire de l'accès aux soins de la mission France, Rapport 2012*. [en ligne] Consulté le 05/12/2013. <http://www.medecinsdumonde.org/En-France/A-l-occasion-de-la-Journee-du-refus-de-la-misere-Medecins-du-Monde-publie-son-Observatoire-2013>

Moya, Ismael (2004) Démesure, jeu et ironie. Argent et don au féminin à Dakar, dans *L'argent. Croyance, mesure, spéculation*, Drach, Marcel, La découverte, p.167-180.

Quiminal, Catherine (1991) *Gens d'ici, Gens d'ailleurs*, Paris, Christian Bourgois.

Roulleau-Berger, Laurence (2010) *Migrer au féminin*, Presses Universitaires de France.

Sayad, Abdelmalek (1999) *La double absence, des illusions de l'émigré aux souffrances de l'immigré*, Liber, Seuil.

Timera, Mahamet (1996) *Les Soninké en France. D'une histoire à l'autre*, Karthala.

Vuarin, Robert (2000) *Un système africain de protection sociale au temps de la mondialisation*, L'Harmattan.