

Bulletin 383

Development Policy & Practice

Réaliser le transfert de compétences dans le domaine de la santé

L'expérience de Koulikoro au Mali

MS/CADD : Mamadou Konaté, Brahim Koné,

Idrissa Camara, Soumaïla Keita

DRS Koulikoro : Seïbou Guindo, Mamadou Sory Keita

SNV Mali : Dramane Dao, Boubacar Dicko

Sous la direction d'Elsbet Lodenstein et Thea Hilhorst (KIT)

Table des matières

Avant-propos	5
Remerciements	7
Résumé	9
Sigles et acronymes	II
1 Introduction	13
2 La politique de santé et ses principaux acteurs	15
2.1 La santé au niveau communautaire	15
2.2 Structure du ministère de la Santé	17
2.3 Approche sectorielle	18
2.4 Politique de décentralisation	19
2.5 Transfert de compétences et de ressources	21
2.6 Changements institutionnels et évolution des rôles	22
2.7 Progrès avec le transfert de compétences dans le secteur de la santé	24
3 Renforcement des partenariats communaux à Koulikoro	27
3.1 Perceptions et pratiques de partenariats communaux	27
3.2 Hypothèses, objectifs et stratégies du programme pilote	28
3.3 Information et communication	31
3.4 Rôles et responsabilités définis	33
3.5 Planification concertée	35
3.6 Suivi-évaluation	38
3.7 Consolider l'appui du cercle	40
3.8 Préparer l'institutionnalisation	42
4 Résultats des partenariats communaux	43
4.1 Les communes assument leurs responsabilités	43
4.2 Début d'une gestion partagée	46
4.3 Une activité concrète – la réorganisation du système de référence-évacuation	47
5 Défis et enjeux	49
6 Conclusions	52
Bibliographie	53

Annexes

1	Le trajet de mise en œuvre du transfert de compétences	55
2	Liste des documents du programme de Koulikoro et des outils liés à la gestion partagée dans la santé	58
3	Les obligations de la commune et de l'ASACO dans la Convention d'Assistance Mutuelle	59
4	Vers des partenariats locaux dans l'éducation	61

	Les auteurs du bulletin	63
--	--------------------------------	-----------

Figures

1	Système de santé local avant le transfert de compétences	23
2	Système de santé local après le transfert de compétences	23
3	Éléments permettant d'arriver à un partenariat efficace dans la santé	30

Encadrés

1	Concepts de déconcentration et de décentralisation	18
2	Compétences transférées aux communes en matière de santé	21
3	Définition du concept de transfert de compétences	22
4	Le transfert des fonds PRODESS à l'ANICT	25
5	« Où sont les FCFA ? »	32
6	Rendre l'information accessible	32
7	Système de planification du ministère de la Santé	36
8	Micro-planification et monitoring	38
9	Actions concrètes suite à l'utilisation du SIEC	40
10	Une présidente de conseil de cercle engagée pour la santé	41
11	Réactions des élus	43
12	Surveillance de la gouvernance des ASACO par les communes	44
13	Facteurs qui contribuent à prioriser la santé maternelle	46

Tableaux

1	Éléments pour arriver à un partenariat efficace	30
2	Dimensions qui influencent l'accès aux services de santé	45

Avant-propos

Dans sa quête d'amélioration de la gouvernance, le gouvernement du Mali a, au cours des années quatre vingt dix, élaboré différentes stratégies de développement dont la politique sectorielle de santé et la réforme de l'Etat. La déclaration de politique sectorielle de santé et de population adoptée par le gouvernement du Mali le 15 décembre 1990 est concrétisée dans le plan décennal de développement sanitaire et social (1998-2007) et mise en œuvre par le biais du Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS) dont la deuxième phase est en cours d'exécution (2005-2009).

Elle se fonde, entre autres, sur le droit à la santé garanti par la Constitution. Cette politique a permis de créer les conditions d'une meilleure implication des communautés dans le système de santé, dans la définition et la résolution de leurs problèmes de santé.

L'option de la décentralisation a concerné le partage des rôles de l'Etat avec d'autres acteurs dont les collectivités territoriales. Ainsi, les compétences de l'Etat ont été transférées aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle en matière de santé. Cette nouvelle répartition des rôles a mis en exergue la nécessité d'instaurer et de renforcer le partenariat entre les acteurs des espaces communal et cercle.

Dans la région de Koulikoro, un programme pilote a été mise en œuvre pour accompagner ces partenariats à travers la facilitation du dialogue et de l'expérimentation des outils pour une gestion partagée de la santé. Ce programme est initié par le Département de la santé en collaboration avec la SNV et le KIT.

Des résultats encourageants ont été enregistrés dans la gestion partagée des services de santé basée sur les principes de subsidiarité, de gestion déléguée et de répartition des responsabilités. Les acteurs commencent à assumer leurs nouvelles responsabilités et à se rapprocher pour améliorer ensemble le système de santé. Ces premiers résultats mettent en avant l'importance du transfert de compétences pour la réalisation des objectifs du PRODESSII et des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

Les leçons tirées de cette première expérience sont capitalisées dans cette publication et mises à la disposition de l'ensemble des acteurs pour réussir au mieux l'exercice réel des compétences en vue de l'amélioration continue de l'état de santé des populations.

Le ministre de la Santé
Mr Oumar Ibrahima TOURE

Remerciements

Cette publication a été possible grâce à la créativité, au travail et au courage de beaucoup de personnes et structures qui se sont investies dans le défi de mettre en pratique le transfert de compétences dans l'espace communal.

Les idées de l'approche sont nées en 2003, suite aux échanges entre le ministère de la Santé, la Direction nationale des collectivités territoriales, la SNV et le KIT, avec notamment la participation du Dr. Youssouf Konaté, Dr. Hamdalassalia Touré, Dr. Sory Ibrahima Bamba, Dr. Dougoufana Bagayoko, Saouty Traoré, Amagoïn Keita, Jurrien Toonen et Thea Hilhorst.

Les maires et les conseils communaux, les conseils de cercle de Dioïla, Koulikoro, les FELASCOM des deux cercles, l'assemblée régionale de Koulikoro, les comités de gestion des ASACO, le personnel des CSCOM de Wacoro et Nangola ont été les premiers concernés et se sont investis dans les multiples ateliers, réunions, échanges, mais aussi dans le développement et les tests des outils. Nous les remercions sincèrement.

Les résultats concrets par rapport à la mise en œuvre sur le terrain ont été réalisés par les efforts et la persévérance de Dramane Dao de la SNV, Dr. Abdoulaye Guindo du CSREF de Dioïla, Dr. Seïbou Guindo et Mamadou S. Keita de la DRS-Koulikoro et Elsbet Lodenstein du KIT. Ils ont reçu le soutien de collègues de la SNV comme le Dr. Boubacar Dicko et Bakary Coulibaly ainsi que le comité de pilotage de la recherche-action mis en place au début du projet. Des remerciements particuliers sont adressés à Jurrien Toonen pour son appui technique au programme et sa contribution à cette publication. Nous remercions aussi Jeanette de Regt et Sonja van der Graaf de la SNV, sans oublier Monique Kamphuis et Mamadou Namori Traoré de l'ambassade des Pays-Bas à Bamako pour leur soutien.

L'institutionnalisation de l'approche a été possible grâce au soutien de la Cellule d'appui à la décentralisation et la déconcentration du ministère de la Santé (CADD-MS), notamment le Dr. Mamadou Konaté, Dr. Brahima Koné, Idrissa Camara et Soumaïla Keita. Enfin, un soutien financier pour la mise en œuvre de l'approche a été reçu de la SNV et du ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas via le KIT et de l'ambassade des Pays-Bas.

Résumé

Cette publication discute l'adaptation du système de santé au contexte de la décentralisation au Mali. Ici, la mise en place des collectivités territoriales à partir de 1999 a créé des espaces formels pour la gestion des affaires locales. Ce processus est renforcé par le transfert de compétences et de ressources de l'État aux collectivités par exemple la fourniture et la gestion des services de base. Dans le même temps, un processus de déconcentration est en cours, résultant en une reconfiguration des structures étatiques qui va de pair avec la décentralisation. La mise en œuvre des approches sectorielles dans le secteur de la santé (PRODESS) se fait ainsi dans un contexte de développement multi-politique et multi-acteurs.

L'adaptation du système de santé au contexte de la décentralisation nécessite l'intégration, voir la responsabilisation des collectivités dans ce système et l'établissement de relations de collaboration entre celles-ci, l'État et les acteurs non étatiques présents sur le terrain. Les Associations de santé communautaire (ASACO) sont notamment des partenaires importants pour la gestion de proximité de la santé au niveau communal.

Ce processus de changement offre des opportunités considérables pour améliorer la prestation de services en milieu rural ; toutefois, il est sensible aux conflits de compétences au détriment d'une utilisation efficace des ressources rares. Il est reconnu que le travail en partenariat et des relations effectives de redevabilité sont des conditions primordiales pour une bonne gestion des services de santé au niveau communal. Le contenu technique des politiques de santé et les procédures de mise en œuvre de la décentralisation sont tout aussi importants qu'une analyse des intérêts des acteurs (autorités politiques, personnel de santé, agents sanitaires, associations locales), de leurs capacités et de leur volonté de collaborer.

Pour développer des approches qui permettent de mieux accompagner les partenariats locaux, un programme pilote a été mené depuis 2003 dans la région de Koulikoro par la Direction régionale de la santé et puis la Cellule d'appui à la décentralisation et la déconcentration du ministère de la Santé (CADD-MS), en collaboration avec la SNV (Organisation néerlandaise de développement) et le KIT (Institut royal des tropiques). Ce programme a identifié, testé et élaboré des modalités et outils pratiques qui guident les acteurs locaux dans la mise en place d'un partenariat. Les activités incluent une planification concertée et un suivi commun des services de santé. Les approches et outils développés sont tous basés sur des procédures et outils qui existent déjà au niveau du ministère de la Santé.

Grâce aux efforts de personnes dynamiques au sein des structures impliquées, ce changement a évolué vers une gestion partagée des services de santé, basée sur les principes de subsidiarité, de la délégation et d'une répartition des responsabilités. Les premières expériences montrent que les acteurs commencent à assumer leurs nouvelles responsabilités et à se rapprocher pour améliorer ensemble le système de santé. Ces premiers résultats montrent la synergie qui résulte de l'alignement entre la décentralisation et l'approche sectorielle et ils mettent en avant le potentiel du transfert de compétences pour la réalisation des objectifs du programme PRODESS et des Objectifs du Millénaire pour le Développement.

La prochaine étape concerne l'institutionnalisation des partenariats communaux et la mise à l'échelle de l'approche. Le succès de cette étape dépend de l'engagement des acteurs au niveau opérationnel. Là où il y a encore peu de concertation, il est important de commencer par un échange d'information, un préalable à l'émergence d'un climat de confiance et de compréhension mutuelle. Le leadership du personnel de santé, des maires et des décideurs au niveau du cercle et de la région est aussi primordial. Sur le plan politique, il s'agit notamment d'accélérer le transfert de ressources humaines, financières et matérielles aux collectivités et d'instaurer un système d'appui-conseil et de contrôle de légalité et de qualité.

Un autre défi concerne la promotion d'une meilleure participation des usagers au système de santé local pour améliorer l'équité dans l'allocation des ressources, la couverture et la qualité des services. Il est ainsi recommandé de renforcer les relations de redevabilité entre usagers et commune d'une part et usagers et ASACO d'autre part.

Les leçons et recommandations de l'expérience de Koulikoro ont été intégrées dans les plans stratégiques de la CADD et de la SNV. L'approche a également inspiré les acteurs d'accompagnement dans d'autres secteurs impliqués dans le transfert de compétences, tels que l'éducation et l'hydraulique. Les approches et outils qui facilitent le travail en partenariat seront intégrés dans les procédures quotidiennes du ministère de la Santé, sous le leadership de la CADD.

Au Mali, le défi que pose l'amélioration de l'accès aux services de santé est immense. La contribution de tous les acteurs est nécessaire pour construire un système de santé approprié et durable.

Sigles et acronymes

AMM	Association des municipalités du Mali
ANICT	Agence nationale des investissements des collectivités territoriales
APE	Association de parents d'élèves
ASACO	Association de santé communautaire
CADD-MS	Cellule d'appui à la décentralisation et la déconcentration du ministère de la Santé
CAM	Convention d'assistance mutuelle
CAP	Centre d'animation pédagogique
CCC	Centre de conseils communaux
CPM	Chef de poste médical (au niveau du CSCOM)
CPN	Consultations prénatales
CROCEP	Comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS
CR-ONG	Coordination régionale des organisations non gouvernementales
CSCOM	Centre de santé communautaire
CSCR	Cadre stratégique de croissance et de réduction de la pauvreté
CSLP	Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté
CSREF	Centre de santé de référence
CT	Collectivités territoriales
DNCT	Direction nationale des collectivités territoriales
DRDSE	Direction régionale du développement social et de l'économie solidaire
DRS	Direction régionale de la santé
ESSC	Équipe socio-sanitaire de cercle
FELASCOM	Fédération locale des associations de santé communautaire
FENASCOM	Fédération nationale des associations de santé communautaire
FERASCOM	Fédération régionale des associations de santé communautaire
IEC	Information, éducation et communication
KIT	Institut royal des tropiques (Koninklijk Instituut voor de Tropen)
MATCL	Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités locales
MS	Ministère de la Santé
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
ONG	Organisation non gouvernementale
PARAD	Programme d'appui à la réforme administrative et la décentralisation
PDSEC	Plan de développement socio-économique et culturel de la commune
PMA	Paquet minimum d'activités
PO	Plan opérationnel
PPTE	Pays pauvres très endettés

PRODESS	Programme de développement sanitaire et social
PTF	Partenaires techniques et financiers
SASDE	Stratégie d'accélération de la survie et du développement du jeune enfant
SECOM	Services communs aux collectivités territoriales communes et cercles
SIEC-S	Système d'information essentielle pour la commune/le secteur de la santé
SIS	Système d'information sanitaire
SNIS	Système national d'information sanitaire
SNV	Organisation néerlandaise de développement

1 Introduction

Être en bonne santé est une condition essentielle du bonheur, de la capacité à participer au développement du pays et à travailler pour mener une vie décente. La qualité de la santé est fonction du cadre de vie, de la nourriture disponible, des conditions de travail et aussi de l'accès aux services sanitaires de prévention et aux soins. Au Mali, la population fait beaucoup d'efforts pour améliorer les soins sanitaires à travers ses associations communautaires et ses élus locaux.

Le gouvernement du Mali s'investit beaucoup dans ce domaine et, depuis la mise en œuvre du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté au Mali (CSLP) puis du Cadre stratégique de croissance et de réduction de la pauvreté (CSCR)¹, la santé est devenue une préoccupation plus marquée. Ces stratégies s'inscrivent dans les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) dont plusieurs sont focalisés sur des questions liées à la santé. Il s'agit notamment de la santé infantile, de la lutte contre le paludisme, d'une maternité sans risque et de la lutte contre le VIH-SIDA. Grâce à tous ces efforts, les niveaux d'indicateurs de santé se sont améliorés, mais il reste beaucoup à faire, notamment en milieu rural et péri urbain (Banque Mondiale, 2004).

La présente publication explore le potentiel d'amélioration du système de santé au niveau local à travers une implication effective des collectivités territoriales. Au Mali, elles ont été mises en place en 1999 et leur mandat dans le domaine de la santé a été défini en 2002 dans le décret 314 sur le transfert de compétences². L'opérationnalisation du transfert de compétences nécessite le développement de nouvelles interrelations, ce qui amène à une redéfinition des rôles et responsabilités des principaux acteurs notamment du ministère de la Santé, des collectivités territoriales et des Associations de santé communautaire (ASACO). Une telle évolution vers une gestion partagée du système sanitaire a le potentiel d'améliorer la couverture et la qualité des services et d'assurer une prise en compte adéquate des besoins des groupes marginalisés et vulnérables. Elle peut aussi renforcer la gouvernance des instances locales, notamment l'ASACO. Mettre en œuvre le transfert de compétences et développer des relations de collaboration efficaces est un défi pour tous les acteurs car il s'agit d'une nouvelle constellation et d'un apprentissage pour tous.

Depuis 2003, le ministère de la Santé, la Direction nationale des collectivités territoriales (DNCT), la SNV et le KIT ont conjugué leurs expertises pour soutenir la mise en œuvre

¹ Le CSLP a été approuvé en 2001, le CSCR en 2006.

² Loi 95-034 portant code des collectivités et précisé par le décret 02-314 du 4 juin 2002.

de ce nouveau partenariat en vue d'améliorer la santé en milieu rural. Ce programme, développé et testé dans la région de Koulikoro, vise essentiellement à mettre en place les conditions qui facilitent l'émergence de partenariats efficaces entre services techniques, ASACO et collectivités territoriales. Les activités se sont concentrées sur l'élaboration d'une approche et d'outils qui facilitent la planification et le suivi-évaluation conjointe de la santé et la responsabilisation des collectivités territoriales. Actuellement, l'approche et les leçons de cette expérience sont intégrées dans la stratégie de la Cellule d'appui à la décentralisation et la déconcentration du ministère de la Santé (CADD-MS).

Par cette publication, les auteurs veulent contribuer aux réflexions des décideurs, des techniciens de santé, des collectivités territoriales et des organisations non gouvernementales (ONG) et partenaires techniques et financiers sur l'opérationnalisation du transfert de compétences. Cet ouvrage essaie de répondre aux questions suivantes : Comment arriver à une collaboration efficace entre les acteurs au niveau local ? Comment les collectivités territoriales peuvent-elles assumer leurs nouvelles responsabilités dans le domaine de la santé ?

Bien que l'accent soit mis spécifiquement sur la santé, les expériences et les acquis peuvent aussi inspirer les domaines de l'éducation primaire et de l'hydraulique qui se situent dans une dynamique analogue. La question du « transfert de compétences » est aussi d'actualité dans la sous-région. La publication commence par un rappel de la politique sectorielle de la santé et des origines de la décentralisation avant de présenter une introduction sur la question du transfert de compétences et sa mise en œuvre. Elle continue avec une présentation de l'expérience à Koulikoro, son approche, les outils développés et les premiers acquis. Elle se termine par une analyse des enjeux et défis pour accompagner et mettre à échelle les leçons apprises, en vue d'arriver à un système de santé plus performant, plus efficace et accessible à tous.

2 La politique de santé et ses principaux acteurs

L'état de santé au Mali s'est amélioré ces dernières décennies et le progrès des indicateurs de santé est évident. Le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans, par exemple, a diminué de 400 pour 1 000 en 1970 à 218 pour 1 000 en 2005 (UNICEF, 2007). Ce progrès est entre autres le résultat de la mise en œuvre de plusieurs réformes institutionnelles du système de santé dans le cadre du Programme de développement social et sanitaire (PRODESS), initiatives dans lesquelles le gouvernement du Mali a été soutenu par les partenaires techniques et financiers. Malgré ces progrès, il reste encore beaucoup à faire pour atteindre les objectifs du CSCR et les OMD. Entre 1997 et 2005, l'accès aux soins prénataux était faible par rapport aux objectifs, avec une couverture de 57 % (UNICEF, 2007). Les accouchements assistés par le personnel soignant qualifié étaient de 53 % en 2006 (MDG monitor, 2007), ce qui montre que la plupart des femmes continuent d'accoucher à domicile.

La réalisation des objectifs des programmes sectoriels nécessitera les contributions et les énergies de chacun et elle dépend fortement de la performance du système de santé au niveau opérationnel. Actuellement en milieu rural, les principaux acteurs impliqués dans la mise en œuvre des programmes sont le Centre de santé communautaire (CSCOM), l'Association de santé communautaire (ASACO), les collectivités territoriales comme la commune et les ONG³.

Ce chapitre retrace les évolutions de la politique malienne dans le domaine de la santé, les réformes institutionnelles récentes et il décrit les implications pour les principaux acteurs.

2.1 La santé au niveau communautaire

L'adoption en 1990 par le gouvernement du Mali de la politique sectorielle de santé et de population constitue une étape majeure dans le développement sanitaire. L'objectif principal est la réalisation de la santé pour tous dans un horizon aussi rapproché que possible. Les stratégies prioritaires comportent entre autres l'augmentation de la couverture sanitaire, le renforcement de la participation communautaire à la gestion du système de santé, l'assurance de la disponibilité et de l'accessibilité des médicaments essentiels et la mobilisation des ressources nécessaires au financement de la santé. Cette dernière stratégie

³ En milieu rural, l'exercice privé de la médecine est peu développé et les populations ont davantage recours aux guérisseurs traditionnels et aux médicaments vendus dans la rue (vente illicite). Par contre en ville, les cliniques privées jouent un rôle important dans la fourniture de soins de santé.

comprend également le recouvrement des coûts et la rationalisation de l'utilisation de ces ressources à tous les niveaux.

La stratégie de renforcement de la participation communautaire a favorisé l'émergence des ASACO. Celles-ci ont une forte responsabilité en matière de mobilisation des ressources et de gestion des CSCOM, afin d'améliorer les indicateurs de santé au niveau de l'aire de santé. Une ASACO est une entité de la société civile qui est reconnue légalement. En partenariat avec les services du développement social, le ministère de la Santé est chargé de la mise en œuvre de cette approche communautaire, de la formation et la supervision des activités. Un accent est mis tout particulièrement sur les femmes, à travers notamment leur participation effective dans les organes de gestion des ASACO et la prise en compte de leurs besoins spécifiques. Des outils ont été élaborés afin d'appuyer les ASACO dans leurs attributions.



Centre de Santé Communautaire de Wacoro, Dioila.

Une communauté désireuse d'obtenir un CSCOM doit d'abord former une ASACO et se constituer une aire de santé. Ensuite, l'ASACO crée un CSCOM conformément à la carte sanitaire et – depuis 2002 – sur autorisation du maire de la commune. La gestion rigoureuse par l'ASACO des fonds générés par le biais du système de recouvrement des coûts constitue un aspect important pour la disponibilité permanente des médicaments et la viabilité à long terme du CSCOM. En effet, un tel recouvrement permet au CSCOM de pouvoir fonctionner moyennant une subvention du ministère de la Santé. L'ASACO est autorisée à recruter et à payer du personnel, à gérer des ressources financières et à posséder des bâtiments⁴. En principe, l'ASACO définit les priorités d'allocation des

⁴ Il est à noter que le système d'ASACO au Mali est unique du point de vue de son statut et de sa capacité de recouvrement des coûts et des contributions au fonctionnement d'un CSCOM.

ressources générées, mais ces décisions sont guidées par les conseils du chef de poste du CSCOM.

L'adhésion à une ASACO est facultative et individuelle ou collective (village, fractions ou familles)⁵. À sa création, une ASACO élit en assemblée générale les membres de son conseil d'administration et du comité de gestion chargé du suivi quotidien des activités du CSCOM. Le chef de poste du CSCOM est membre de droit du comité de gestion de l'ASACO⁶. Les membres des organes de gestion de l'ASACO sont des personnes bénévoles. Les ASACO sont organisées en fédérations au niveau du cercle (FELASCOM), au niveau régional (FERASCOM) et au niveau national (FENASCOM – Fédération nationale des associations de santé communautaire du Mali). La FENASCOM contribue à l'amélioration du fonctionnement des ASACO à travers ses démembrements.

Une participation directe des populations à la planification et la gestion des services de santé est possible à travers leurs représentants dans les ASACO. La participation des jeunes et des femmes en particulier est un axe stratégique clé de la politique sanitaire malienne. Toutefois, sa mise en œuvre se heurte à plusieurs problèmes, notamment des pesanteurs socio-culturelles et le faible niveau d'alphabétisation des populations. Il est rare que les femmes élues dans les organes de gestion occupent des postes décisionnels. De plus, les membres des organes de gestion de l'ASACO ne semblent pas consulter activement la population. Ils sont surtout impliqués dans les activités de gestion des services du CSCOM, la mobilisation et le contrôle des financements, mais beaucoup moins dans la prise de décision sur les plans d'action de santé communautaire. À l'heure actuelle, il existe des insuffisances dans le suivi des ASACO par les équipes socio-sanitaires de cercle (ESSC) pour des raisons, entre autres, de faible disponibilité des ressources. Ce faible accompagnement affecte la gouvernance interne des ASACO, comme la qualité de la prise de décision, la gestion des fonds et le renouvellement des dirigeants.

2.2 Structure du ministère de la Santé

En 1990, le ministère de la Santé a fait l'objet d'une réforme organisationnelle en vue de déconcentrer ses responsabilités aux échelons inférieurs (voir l'encadré 1). La répartition des responsabilités et des tâches entre les échelons du ministère est maintenant, en théorie, la suivante :

- Le niveau central (ministère, services centraux, services personnalisés et rattachés) est chargé de la conception, de la coordination et du contrôle de la mise en œuvre de la politique générale, de l'allocation des ressources et il décide de la délégation des tâches et des responsabilités aux échelons inférieurs du ministère. Ce niveau est également chargé de la gestion des hôpitaux nationaux spécialisés.
- Le niveau régional a comme principales tâches de fournir un appui technique aux cercles (formation, supervision, monitoring, suivi-évaluation et mobilisation de

⁵ Dans les régions de culture de coton et de riz irrigué, les droits d'adhésion sont souvent versés par l'Association villageoise.

⁶ Les membres du comité de gestion habitent souvent dans le village où est construit le CSCOM.

Encadré 1 : Concepts de déconcentration et de décentralisation

La *déconcentration* est une simple délégation des responsabilités administratives de l'État central aux représentants de l'État au niveau local (préfets, sous-préfets, services de santé, éducation, agriculture et hydraulique), qui restent sous l'autorité de l'État. Ces représentants exécutent la politique nationale et sont hiérarchiquement dépendants du niveau national.

La *décentralisation*, dans sa forme la plus évoluée, également nommée « dévolution », implique le transfert réel des compétences, des responsabilités et des ressources financières du niveau central à des organes locaux élus, pour la gestion des affaires locales avec la participation active des populations.

ressources). Cet échelon est chargé de veiller au respect de la politique et des normes et directives nationales.

- Le niveau cercle, notamment l'équipe socio sanitaire du cercle (ESSC) est chargée de la planification et de la mise en œuvre des activités ainsi que de l'appui technique au CSCOM⁷.
- Le CSCOM est la structure de premier contact de la population où existent des prestations de services de santé (le paquet minimum d'activités⁸ – PMA). Il couvre une aire de santé qui compte un minimum de 5 000 habitants. Les critères de mise en place d'un CSCOM sont : une viabilité économique (autofinancement des activités), une distance maximale de 15 km entre tout village adhérent de l'aire et le site du CSCOM (accessibilité géographique), l'accessibilité culturelle et/ou historique et une adhésion d'au moins 10 % de la population à l'ASACO. Le site du CSCOM doit être accepté par tous les villages de l'aire.

Par rapport à la chaîne de services, les CSCOM réfèrent aux Centres de santé de référence (CSREF) qui assurent les soins du second niveau, tandis que les hôpitaux régionaux et nationaux leur servent de référence. Le système de référence-évacuation est mise en place pour la prise en charge des urgences obstétricales. Il prend en compte le partage des coûts de l'ambulance entre les niveaux de prestation dans la chaîne.

2.3 Approche sectorielle

En 1997, une approche sectorielle globale pour le service de santé, le PRODESS (Programme de développement sanitaire et social) a été approuvée. Au cœur du concept de politique sectorielle se trouve un travail en partenariat entre les différents échelons sous le leadership national. L'approche sectorielle définit aussi la collaboration entre l'État malien et les partenaires techniques et financiers (PTF). Une vision stratégique précise, qui est décrite dans un énoncé de politique sectorielle dûment approuvé par le gouvernement, guide le développement du secteur. Elle est accompagnée d'une enveloppe budgétaire clairement définie et suivie.

⁷ L'ESSC est composée du médecin chef, du responsable du service de développement social, du chargé SIS et du gestionnaire du CSREF

⁸ Le PMA comprend des activités curatives, préventives et promotionnelles.

Les fondements du PRODESS sont un renforcement du processus de planification technique, du système de dépenses et de planification financière. Parmi ses autres éléments figurent le développement des ressources humaines, une meilleure intégration des différentes activités liées à la santé et la promotion d'un partenariat dynamique dans la gestion de la santé. Le PRODESS a démarré en 1998. Un bon nombre de programmes et de projets, opérationnalisés au niveau régional ou local, ont été intégrés dans la politique sectorielle.

L'approche sectorielle est suivie dans un certain nombre de pays. En théorie, elle envisage la participation de toutes les parties prenantes à l'élaboration, à la mise en œuvre et au suivi de la politique sectorielle. Cependant, force est de constater que, de plus en plus, l'approche sectorielle donne lieu à une concentration accrue des fonds et autres ressources au niveau national (IOB, 2006). Au Mali, on observe aussi cette concentration. La principale contrainte réside dans la lourdeur de la mobilisation des ressources vers le niveau opérationnel. Il existe aussi une inadéquation dans la répartition des ressources humaines qualifiées entre le niveau national et le niveau opérationnel d'une part mais aussi entre les différentes régions. Pourtant, la charge de travail a augmenté aux niveaux sub-nationaux suite à la mise en œuvre de la politique de déconcentration. Le type de prestations à fournir par le niveau opérationnel a manifestement évolué. Cependant, ses nouvelles tâches ont à présent un caractère principalement administratif et financier et absorbent la majeure partie du temps de certains agents au niveau de la région, du cercle et du CSCOM, ce qui laisse moins de temps pour des activités techniques liées à la provision des services de santé.

Le système de planification et les procédures du PRODESS 1 ne tenaient pas compte des fonctions des collectivités territoriales dans le domaine de la santé, parce que celles-ci n'existaient pas au moment de sa signature en 1998. Au départ, après la mise en place des communes, les procédures relatives aux investissements à réaliser formellement par les communes, les cercles et les régions continuaient d'être gérées directement par la Direction administrative et financière du ministère de la Santé. En 2004, le PRODESS a fait l'objet d'une révision (PRODESS-2) qui a pu, cette fois, tenir compte des responsabilités des collectivités territoriales.

2.4 Politique de décentralisation

Les événements de mars 1991 ont constitué un tournant décisif dans l'évolution politique du Mali. Après la Conférence nationale, la décentralisation a été inscrite dans la nouvelle Constitution de 1992. Cette décision vers une dévolution des pouvoirs a créé la base pour un changement radical des relations entre l'État et ses citoyens. Elle visait à faciliter un rapprochement des services publics des populations.

Le cadre légal de la décentralisation est décrit dans la loi-cadre no. 93-008 qui stipule les conditions de libre administration des collectivités territoriales à travers des organes délibérants et exécutifs. La loi prévoit la mise en place de quatre types de collectivités territoriales, sans lien de subordination hiérarchique entre elles, et gérées par des conseils élus. Il s'agit des 703 communes, 49 cercles, 8 régions et du district de Bamako ; ces collectivités sont toutes dotées de leurs propres organes délibérants et exécutifs.

Le domaine de compétences des collectivités territoriales est un ensemble de missions et de responsabilités qui leur sont conférées par la loi. Les ressources, moyens et matériels pour l'exercice de ces compétences sont à transférer concomitamment. Toutefois, les collectivités restent soumises à la tutelle de l'État qui se résume à des missions d'appui conseil et de contrôle de légalité.

Les premières élections communales organisées en 1999 signalaient le démarrage effectif de la mise en œuvre de cette réforme institutionnelle. Les collectivités territoriales sont alors devenues des espaces légaux et appropriés pour le développement local et régional. Elles sont responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes de développement économiques, sociaux et culturels sur leur territoire pour la population en général et pour les groupes défavorisés en particulier. Leur proximité avec les bénéficiaires doit permettre de mieux cibler et d'adapter les services et les investissements aux besoins locaux des populations.

La mise en place des collectivités territoriales s'est accompagnée d'un dispositif technique d'appui (les centres de conseils communaux ou CCC) et d'un dispositif financier (Agence nationale des investissements des collectivités territoriales ou ANICT). Ils assistent les collectivités dans leur mission de promotion du développement local. Ce dispositif est aujourd'hui financé par le Programme d'appui à la réforme administrative et la décentralisation au Mali (PARAD). Actuellement, les collectivités territoriales peuvent solliciter l'appui de structures techniques comme des bureaux d'études privés, des services techniques de l'État, ou des structures intercommunales. Dans certains cercles, il est proposé de créer des SECOM (Services Communs aux collectivités territoriales communes et cercles) au niveau du cercle. Le dispositif d'appui financier est en cours de réorganisation pour l'appui financier aux collectivités par le biais de plusieurs guichets.

Aujourd'hui, les collectivités territoriales sont des structures légitimes de développement local. Les communes sont enracinées dans la société ; la participation aux élections communales de 2004 a doublé par rapport à 1999. Des investissements importants ont été réalisés et, dans le domaine de la santé, par exemple, entre 2001 et 2007, les collectivités territoriales ont construit 269 nouvelles installations, qu'il s'agisse de maternités, de dispensaires, de centres de soins ou d'équipements sanitaires (ANICT, 2007). En attendant le transfert des ressources financières, humaines et matérielles, les collectivités réalisent leurs investissements à partir du fonds d'investissements des collectivités territoriales (FICT), financé par le budget d'État et celui des partenaires techniques et financiers ou d'autre fonds des partenaires ou de la coopération décentralisée. Les revenus issus de la perception de taxes et impôts locaux sont limités et contribuent surtout au recouvrement des frais récurrents de fonctionnement.

2.5 Transfert de compétences et de ressources

En juin 2002, le gouvernement a signé les décrets de transfert de compétences dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'hydraulique⁹. Ainsi, les collectivités territoriales

⁹ Les préparatifs pour les transferts de compétences concernant la gestion des ressources naturelles et des domaines ne sont pas encore très avancés.

sont devenues des acteurs importants pour la réalisation des OMD. Une évolution similaire est en cours dans d'autres pays francophones d'Afrique de l'Ouest (voir Sène *et al.*, 2007 pour le Niger, Ouédraogo, 2007 concernant le Burkina Faso et Langley *et al.*, 2005 et Weinsou *et al.*, 2006 pour le Bénin).

La préparation des décrets a été le produit d'un long processus de concertation et d'études (voir l'annexe 1), piloté par la Commission interministérielle de pilotage du transfert de compétences à travers le ministère de l'Administration territoriale et des collectivités locales (MATCL). Les décrets précisent les détails des compétences et des ressources de l'État à transférer aux collectivités¹⁰ (voir l'encadré 2). Les compétences d'administration générale (fonctions d'état civil, recensement, police administrative, hygiène et assainissement, archives et documentation, etc.) avaient déjà été transférées en 1999.

Encadré 2 : Compétences transférées aux communes en matière de santé

- Élaboration et mise en œuvre du plan de développement de la santé.
- Subvention financière aux travaux de construction et à l'équipement des CSCOM.
- Autorisation de création des centres de santé communautaire.
- Signature de la convention d'assistance mutuelle avec les ASACO.
- Subventions des activités des ASACO.
- Contribution à la prise en charge du salaire de certains agents.
- Mise en place d'un stock de roulement initial de médicaments essentiels.
- Lutte contre la vente illicite de médicaments.
- Information, éducation et communication en santé.
- Lutte contre les épidémies et catastrophes.
- Mobilisation sociale autour des objectifs socio-sanitaires.
- Suivi et contrôle de la gestion des ASACO.
- Suivi et contrôle de la transmission effective des données d'information, y compris les données financières au médecin chef du cercle.

Source : décret no 314/P-RM du 04 juin 2002.

L'adoption des décrets a constitué un signal fort de l'attachement des autorités politiques à donner davantage d'attention à la décentralisation. La mise en œuvre change profondément les relations entre l'État et la société et exige une réorganisation des systèmes de gouvernance et de la gestion du système de santé.

Au début, il y a eu plusieurs interprétations des objectifs, du contenu et de l'impact du transfert de compétences. Certains le voyaient comme un partage du pouvoir entre l'État et les collectivités territoriales, même si la notion de « pouvoir » n'était pas bien définie. Est-ce qu'il s'agissait d'un transfert des ressources ou de la mise en œuvre des politiques, voire de la prise de décision et de la responsabilité finale ? Une partie des communes étaient très favorables au processus, mais d'autres craignaient qu'il ne s'agisse d'une démission de l'État en vue de se débarrasser de certaines tâches dont les collectivités recevaient la charge sans pour autant recevoir les ressources. Les débats ont graduellement

¹⁰ Décrets n° 313, 314, 315/P-RM du 04 juin 2002 fixant respectivement les détails des compétences transférées de l'Etat aux Collectivités Territoriales en matière d'éducation, de santé et d'hydraulique.

permis de trouver une interprétation commune du concept (voir l'encadré 3). Petit à petit, les implications du transfert de compétences pour les acteurs au niveau opérationnel ont aussi pu être clarifiées.

Encadré 3 : Définition du concept de transfert de compétences

La compétence est la capacité juridique donnée à un organe, une structure, un responsable d'agir légalement dans un domaine ou d'une manière donnée. Elle découle de la loi. La compétence se définit aussi comme un ensemble de savoirs, de savoir-faire, de savoir être constatés et mesurés, permettant à une personne d'accomplir de façon adaptée des tâches ou un ensemble de tâches.

Pour une autorité publique ou une juridiction, c'est la compétence légale à accomplir un acte ou à instruire. Le *transfert* de compétences proprement dit comporte trois aspects :

- Supprimer la base légale de la gestion par l'État dans un domaine d'activité.
- Organiser légalement la prise en charge de cette compétence par le nouveau destinataire.
- Transférer les biens, les ressources financières et le personnel affectés à la fonction.

Source : MS/groupe décentralisation, 2005.

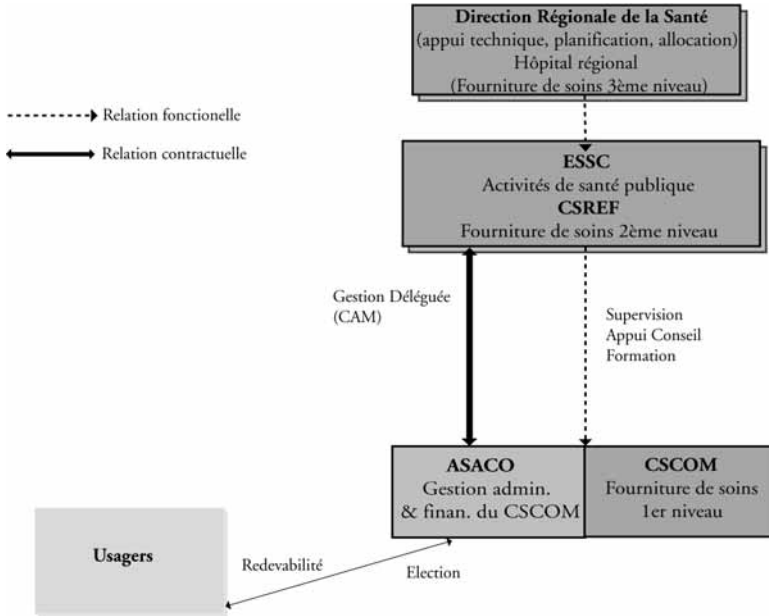
2.6 Changements institutionnels et évolution des rôles

La mise en œuvre du transfert de compétences implique un changement des relations entre les acteurs. Les schémas ci-dessous visualisent ces changements en termes de rôles et responsabilités. La situation de départ, avant la mise en place des collectivités territoriales, est illustrée par la figure 1. De 1990 à 2002, la santé primaire du 1er niveau était gérée par l'État et les ASACO sous forme de « gestion déléguée ». Les engagements des deux parties dans la fourniture des services étaient définis dans une Convention d'assistance mutuelle (CAM) qui était signée par l'État (à travers le médecin-chef du CSREF) et l'ASACO. Dans cette relation, le CSREF, à travers son Équipe socio-sanitaire du cercle (ESSC) supervisaient les CSCOM et il y avait une relation de référence dans la fourniture de service. Le chef de poste du CSCOM, à travers « son » ASACO, rendait compte au médecin-chef du CSREF. L'ASACO rends compte aux usagers à travers l'assemblée générale des villages adhérents.

Suite à la signature des décrets sur le transfert de compétences, la commune est devenue responsable (mandatée) de la gestion de la santé au niveau local (voir la figure 2). Une conséquence est que la signature de la CAM intervient désormais entre la commune et l'ASACO, sans implication de l'État. La commune délègue la gestion quotidienne du CSCOM à l'ASACO qui doit rendre compte de ses activités et résultats à la commune. L'équipe cadre du CSREF reste responsable du suivi du CSCOM (tutelle technique) et la relation de référence dans la fourniture de services est maintenue ; en fait, le système déconcentré ne change pas, mais l'appui technique par l'équipe socio sanitaire du cercle (ESSC) s'étend vers la commune.

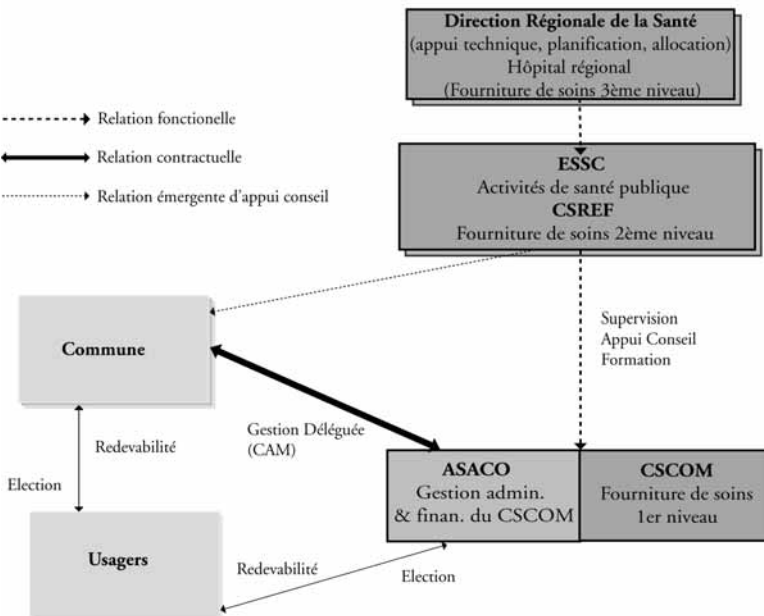
Le principal changement pour la population (les usagers) est qu'en plus de l'ASACO, il y a désormais un autre acteur qui peut collaborer avec les services sanitaires pour améliorer la qualité et la couverture des soins sanitaires. À travers leurs élus, les usagers peuvent

Figure 1 : Système de santé local avant le transfert de compétences



Source : documents du programme pilote.

Figure 2 : Système de santé local après le transfert de compétences



Source : documents du programme pilote.

influencer la gestion des services ; la « longue route » de la redevabilité est ainsi créée¹¹ (Banque Mondiale, 2003). Des études ont montré que l'émergence d'une dynamique tripartite à travers la décentralisation peut contribuer à une meilleure prestation de services (Ahmad, 2005 ; Mehrotra, 2006).

Les opportunités qu'offre le transfert de compétences pour l'amélioration de la santé au Mali se résument ainsi :

- En supposant que la planification communale pour la santé soit basée sur les besoins locaux et des critères localement pertinents d'allocation, les ressources nationales (financières et humaines) sont allouées de façon plus appropriée et plus équitable.
- Une participation plus active des collectivités territoriales et des ASACO aux prises de décision en matière de santé pourrait aboutir à un renforcement des systèmes de « redevabilité » entre utilisateurs et services sanitaires, entraînant ainsi une amélioration de la qualité des soins.
- L'implication des collectivités territoriales facilite une approche intersectorielle et multi-acteurs en matière de santé. Ceci permet une meilleure coordination avec les autres secteurs qui influencent l'état de santé, notamment l'éducation, l'eau potable et l'assainissement, la nutrition et la prévention du VIH/SIDA et autres maladies.
- L'engagement des collectivités en faveur de la santé pourrait renforcer la mobilisation de ressources ainsi que la sensibilisation et la mobilisation des groupes cibles aux campagnes de santé préventive et promotionnelle.
- Les techniciens de santé peuvent désormais se concentrer sur les aspects techniques sanitaires et le contrôle du respect des politiques nationales et des normes, si la maîtrise d'ouvrage pour la construction et la gestion des infrastructures sont effectivement transférées aux collectivités territoriales.

2.7 Progrès avec le transfert de compétences dans le secteur de la santé

Les décrets de transfert de compétences de 2002 couvrent trois secteurs (santé, éducation et hydraulique) et les progrès réalisés diffèrent d'un secteur à l'autre (Réseau Réussir la Décentralisation, 2007 ; MS/CADD, 2007 ; DNCT, 2007 ; MATCL, 2007). Généralement, une distinction est faite entre l'exercice des compétences et le transfert proprement dit des ressources qui l'accompagne. Il convient de noter que le transfert de ressources retenu dans le schéma d'opérationnalisation avancé en 2004¹² a connu un retard dans sa mise en œuvre.

¹¹ Le terme anglais *accountability* signifie « le fait d'être tenu responsable et obligé de rendre des comptes ». Il est traduit dans le présent document par « redevabilité ». Le concept de redevabilité dans la prestation des services est abordé dans le Rapport de développement mondial 2003. Ce rapport analyse la fourniture des services de santé en termes de relations de redevabilité entre usagers, fournisseurs et politiciens/décideurs. Il souligne l'importance de considérer la responsabilité de ces trois acteurs pour l'amélioration des services. L'hypothèse principale est que, lorsque ces relations ne fonctionnent pas, les services manquent ou sont peu efficaces, surtout pour les groupes défavorisés. L'idée est qu'à travers la décentralisation, ces groupes ont un canal de plus pour exprimer leurs besoins et leurs doléances et pour influencer, à travers leurs politiciens, la qualité des services (Banque Mondiale, 2003).

¹² Suite à l'atelier national sur le transfert de compétences et des ressources – voir annexe 1.

Au niveau du ministère de la Santé, un point focal « décentralisation » a été nommé en 2004. Ensuite, en 2005, un groupe thématique décentralisation a été créé au niveau du ministère qui a développé un plan d'action 2005-2007 pour l'opérationnalisation du transfert de compétences. Ce plan propose la création d'une Cellule d'appui à la décentralisation et à la déconcentration (CADD) au sein du ministère de la Santé, chargée d'élaborer des propositions pour le transfert des ressources financières, matérielles et humaines et d'initier des approches d'accompagnement. Il s'agit entre autres de définir les modalités d'une « gestion partagée » des services de santé. Depuis 2006, la CADD est devenue active dans ce sens.

Sur le budget de l'État, les fonds liés aux compétences ne sont pas estimés et l'évaluation doit être faite par la Direction administrative et financière du ministère de la Santé en collaboration avec le ministère des Finances. Quant aux fonds des partenaires, une convention est signée par le ministère de la Santé avec l'ANICT pour le volet des investissements aux collectivités. Cette convention transfère la maîtrise d'ouvrage aux collectivités communes. C'est un début de transfert des fonds de l'État aux collectivités pour l'exécution des projets de santé (voir l'encadré 4).

Encadré 4 : Le transfert des fonds PRODESS à l'ANICT

Il y a un début de transfert des fonds sectoriels du PRODESS vers les collectivités à travers une convention signée entre le ministère de la Santé et l'ANICT. Il s'agit notamment des fonds des Pays-Bas et de la Suède dont le montant annuel est fonction du nombre d'infrastructures de santé à réaliser. Concernant le choix des infrastructures et équipements qui seront financés, le ministère de la Santé fournira une liste avec le nombre et les sites des CSCOM à construire. Le ministère donnera aussi les paramètres techniques de la construction à l'ANICT.

Cette liste sera établie sur la base du plan opérationnel du cercle basé sur les PDESC des communes conformément à la carte sanitaire. La carte sanitaire est un document qui définit le découpage du territoire national en aires de santé et sur la base duquel sont créés les établissements de santé, communautaires ou privés. Les aires de santé doivent tenir compte, dans la mesure du possible, du découpage communal¹³. La carte sanitaire est révisée tous les cinq ans et obéit aux principes de négociation, de dynamisme et d'approbation par les principaux acteurs qui sont les collectivités. Le respect et la révision de la carte sanitaire sont des sujets brûlants dans les discussions entre politiciens et techniciens.

La commune assure la maîtrise d'ouvrage du projet et elle est responsable de la passation des marchés publics, sous l'égide de l'ANICT. L'ANICT, à son tour, confie les différentes tâches liées à la préparation des documents d'appel d'offres et au suivi du chantier aux bureaux d'études. Il est à noter qu'après la fourniture des paramètres techniques, le ministère de la Santé n'est plus impliqué dans la passation du marché et le suivi du chantier, jusqu'au moment de la réception. Bien que le ministère puisse rejeter l'infrastructure, les dégâts seront déjà faits et il se peut que les fonds ne soient plus disponibles pour rectifier les erreurs. Par conséquent, les autres acteurs, collectivités territoriales, ASACO, CSCOM ont tout intérêt de veiller à ce que le choix de l'entrepreneur soit judicieux et que la construction soit réalisée correctement.

¹³ Loi No02-049/du 22 juillet 2002 portant loi d'orientation sur la santé, article 29.

Du point de vue des ressources humaines, une bonne partie du personnel reste encore à la charge de l'État. Le contrat de travail des agents de santé payés sur les fonds PPTE (Pays pauvres très endettés) est signé par les collectivités mais leurs salaires sont toujours gérés par l'État.

À la fin 2007, l'État a procédé au transfert de matériel aux collectivités à travers des décisions de transfert des infrastructures de santé des gouverneurs des régions de Sikasso, Ségou et Mopti et le district de Bamako. La mise en œuvre et le suivi de ce transfert sont en cours. Dans les autres régions, le processus d'identification et de recensement des infrastructures et équipements a connu des difficultés liées au fonctionnement des commissions mises en place à cet effet.

Malgré la lenteur du transfert des ressources, l'exercice de compétences connaît un début d'exécution par les collectivités. Pour les communes, il s'agit entre autres de la signature de la convention d'assistance mutuelle commune-ASACO ; de la subvention des activités de santé notamment la référence évacuation, les activités du PMA en stratégie avancée et du recrutement du personnel pour les CSCOM. Il faut préciser que le financement vient des budgets propres des communes, du recouvrement de coûts des CSCOM mais aussi des initiatives de l'État et des partenaires.

Au niveau du cercle, un grand nombre de conseils de cercle ont également pris en charge le recrutement du personnel, la subvention des activités de santé, l'élaboration et la révision de la carte sanitaire et la mise en place des comités de lutte contre les épidémies et catastrophes. Malgré l'absence de texte de transfert des compétences au niveau régional, les assemblées régionales fournissent des appuis financiers et matériels aux établissements publics hospitaliers des régions et autres activités de promotion de santé.

3 Renforcement des partenariats communaux à Koulikoro

Dans la région de Koulikoro, un programme pilote est établi par le ministère de la Santé, en collaboration avec la DNCT, la SNV et le KIT en vue de promouvoir le travail en partenariat entre les acteurs du système de santé au niveau communal. Une telle collaboration veut trouver des chemins opérationnels autour de l'utilisation des ressources et de l'expertise existantes vers un futur transfert des ressources humaines, matériels et financiers. Dans ce chapitre, cette expérience est présentée et analysée. Après un état des lieux des partenariats, c'est le programme pilote qui est décrit. Les hypothèses, les objectifs et l'approche du programme sont abordés avant de faire un tour d'horizon des principales activités entreprises¹⁴.

3.1 Perceptions et pratiques de partenariats communaux

En 2003, le progrès en matière de transfert de compétences dans la région de Koulikoro était timide. Au niveau national, le débat sur la thématique était assez polarisé. Les débats tournaient surtout autour des questions liées à l'importance de protéger la cohérence du système sanitaire, à la capacité réelle des communes pour gérer les compétences transférées, et au pouvoir de décision en matière de gestion des ressources financières et humaines, susceptible d'opposer davantage les acteurs impliqués.

Au départ, le dialogue se heurtait à l'impression que le ministère de la Santé était déjà « décentralisé », du fait de sa politique de promouvoir l'approche communautaire et de stimuler la déconcentration. Cette perception se référait à la déconcentration au sein du ministère et à la collaboration avec l'ASACO. Le manque de compréhension était également dû à l'existence de deux systèmes parallèles de planification qui se croisaient plutôt mal et au manque de synchronisation entre le processus de décentralisation et l'approche sectorielle. En 2003, dans certaines communes des cercles de Koulikoro et Banamba, les communes, les ASACO et les services techniques ne s'étaient jamais retrouvés pour discuter des enjeux de la santé et des rôles et responsabilités des uns et des autres dans le système. Par conséquent, les élus des communes et les CCC, qui les accompagnaient, étaient mal informés sur le mode de fonctionnement du système de santé, la planification sectorielle, les indicateurs de performance, la planification et la gestion d'un CSCOM, etc. De même, ceux qui étaient chargés des CSCOM et des

¹⁴ Les différents rapports et outils développés au cours du programme pilote sont listés dans l'annexe 2 « liste des documents du programme de Koulikoro et des outils liés à la gestion partagée dans la santé ».

ASACO, tout comme le personnel du ministère de la Santé, avaient une appréciation limitée du processus de décentralisation, des différentes entités concernées et des liens entre elles, des responsabilités des collectivités territoriales, etc. (Lodenstein *et al.*, 2007, Hilhorst *et al.*, 2007).

Un sujet brûlant au niveau opérationnel à cette époque était la construction des infrastructures par les collectivités territoriales, qui ne respectait pas les normes définies par le ministère de la Santé ni la carte sanitaire. Cette problématique était largement due à l'existence de deux systèmes de planification. Elle a attisé un grand nombre de conflits entre les services sanitaires et les collectivités territoriales. Le manque de respect des procédures était source de frustration pour les techniciens du ministère qui devaient fournir du personnel et de l'équipement. Ils craignaient l'établissement des CSCOM sans le plateau technique requis et ils estimaient que la création des CSCOM de façon anarchique bloquait la réalisation des objectifs du programme sectoriel (Hilhorst *et al.*, 2005).

Le manque de concertation autour de la planification des infrastructures et des critères de fonctionnement a évidemment donné lieu à une mauvaise répartition des investissements, à une duplication et à un chevauchement et donc un gaspillage des ressources rares. Elle a également nui à la pérennisation des structures existantes par leur sous-fréquentation. C'étaient bien souvent les communes les plus éloignées et/ou d'accès difficile qui étaient les victimes de ces situations. Dans le cercle de Dioila, il existait déjà quelques cadres d'échanges et des planifications annuelles autour du système de référence-évacuation pour les urgences, de sorte qu'il y a eu moins de problèmes autour des investissements dans l'infrastructure sanitaire.

3.2 Hypothèses, objectifs et stratégies du programme pilote

Pour aider les différents acteurs à identifier des points de convergence et arriver à une meilleure collaboration autour de la planification, de la gestion et du suivi, le ministère de la Santé, en collaboration avec la DNCT, la SNV et le KIT, a proposé de développer une approche qui favorise le dialogue, l'apprentissage et la collaboration. Suite à des diagnostics participatifs en 2004, des idées ont été forgées pour la construction de relations de collaboration efficaces.

Le programme part de deux hypothèses initiales, à savoir :

- l'établissement des collectivités territoriales et le transfert des compétences constituent une avancée significative dans l'approfondissement de la participation des communautés à la gestion des affaires publiques et ouvre une réelle opportunité pour renforcer la mise en œuvre des programmes sectoriels et la réalisation de ses objectifs ;
- le transfert de compétences, bien que décidé dans la loi, a besoin d'un processus de mise en application. L'opérationnalisation du transfert de compétences requiert des partenariats locaux efficaces entre les acteurs (État, collectivités et société civile) pour une bonne gestion des services de santé. Dans le cadre du programme pilote, un partenariat peut se définir comme une relation interorganisationnelle portant sur une gestion partagée du système de santé local. La gestion concerne dans un premier temps la planification, la fourniture et le suivi-évaluation des services de santé et des activités

promotionnelles. Une fois que le transfert de ressources est effectif, la gestion englobe les ressources humaines, matérielles et financières.

Les objectifs sont :

1. Développer des approches et outils pour instaurer et renforcer des partenariats efficaces au niveau local ;
2. Alimenter le débat sur la mise en œuvre du processus de transfert de compétences (tant au niveau national, régional que local) à travers le partage des expériences et des acquis.

L'approche du programme est basée sur les principes d'apprentissage et d'action (la recherche-action). Cela veut dire que toutes les étapes du programme sont identifiées en collaboration avec les acteurs locaux et que les outils sont testés, analysés et validés dans un processus itératif et participatif.

Le programme pilote était basé sur une étude préalable des relations de partenariat et sur un diagnostic participatif dans 12 communes¹⁵. Ce premier diagnostic a été suivi d'un atelier au niveau des trois cercles de Banamba, Dioila et Koulikoro, soit un total de 130 participants des différentes structures : les maires, les responsables de la santé de la commune et le personnel communal, le président et les secrétaires des ASACO ; les chefs de poste des CSCOM. Quelques préfets et sous-préfets étaient présents ainsi que le conseil de cercle et le personnel des CSREF (médecin chef, chargé du Système d'information sanitaire ou SIS), la Direction régionale de la santé (DRS) et la Direction régionale de développement social et de l'économie solidaire (DRDSES). Dans les cercles de Koulikoro et de Banamba, c'était la première fois que ce groupe se retrouvait pour identifier les pistes et les obstacles à la collaboration.

Les discussions ont finalement identifié les opportunités et les blocages au niveau du partenariat par rapport à la participation et la concertation, à l'appui de la commune, à la gestion et aux plans pour l'amélioration de la collaboration dans ces domaines. Suite à ces ateliers, la stratégie du programme a été finalisée et organisée autour des actions et des résultats attendus afin d'arriver à un partenariat efficace et dynamique et à une gestion partagée des services de santé (voir le tableau 1 et la figure 3) :

Le KIT était surtout chargé de préparer la conceptualisation de l'approche et les outils à partager ensuite avec le ministère de la Santé et la SNV. La SNV a accompagné la mise en œuvre et le suivi. Le ministère de la Santé a veillé à ce que l'approche reste en harmonie avec la politique sectorielle et a assuré le suivi et l'institutionnalisation. Enfin, le KIT était chef de file de la phase de capitalisation. Un comité de coordination a été mis en place au niveau régional, composé de techniciens de la DRS et des élus de l'assemblée régionale ; mais son fonctionnement se heurtait aux mutations fréquentes au sein du ministère.

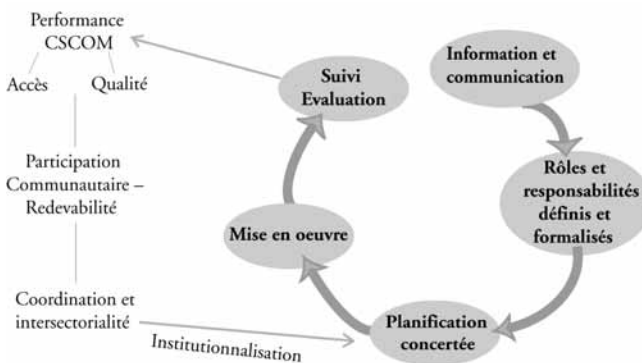
¹⁵ Un diagnostic participatif a été réalisé dans 12 communes et 2 cercles afin d'évaluer l'état de collaboration entre les communes, l'ASACO et les services techniques et pour identifier les besoins en accompagnement. Les sujets abordés englobaient la communication et la confiance entre les acteurs ainsi que les mécanismes de partage des responsabilités dans le système de santé local. Une autre question concernait les attentes des participants en matière de dévolution et d'implication des communes dans la gestion des services sanitaires.

Tableau 1 : Éléments pour arriver à un partenariat efficace

Activité ou phase	Résultats attendus
Information et communication	1 Une base de confiance existe entre les acteurs et permet de développer des relations d'échanges et de collaboration fonctionnelles ;
Rôles et responsabilités définis et assumés	2 Tous les acteurs sont sur un pied d'égalité au plan de l'information, notamment sur la politique sanitaire, le PRODESS et la politique de décentralisation. 3 Tous les acteurs connaissent leurs rôles et assument leurs responsabilités ; le partenariat est renforcé à travers les concertations formalisées.
Planification concertée	4 La vision intersectorielle développée tient compte des questions de pauvreté et d'équité ; 5 Il existe des systèmes de planification concertée entre les acteurs.
Suivi-évaluation	6 Une bonne capacité de gestion des acteurs pour suivre les indicateurs de performance pertinents et leur permettre d'agir en cas de besoin et d'évaluer la fréquentation et la satisfaction des utilisateurs.
Institutionnalisation	7 L'appropriation de l'accompagnement du processus par les structures d'appui-conseil (tutelle et services techniques) ; 8 Les collectivités exercent les compétences qui leur sont transférées dans un cadre de partenariat dynamique ; 9 Les partenariats rendent compte aux usagers et la participation communautaire est institutionnalisée.

Source : SNV Mali/CADD, 2006.

Figure 3 : Éléments permettant d'arriver à un partenariat efficace et durable dans la santé



Au travers de dialogues et d'entretiens, par l'élaboration, l'expérimentation et l'évaluation participative des outils de partenariat, le programme visait à renforcer le cycle de gestion partagée suivant : information, définition des rôles, planification, mise en œuvre et suivi-évaluation. Cependant, la gestion partagée n'est qu'une des conditions requises pour une meilleure performance du système de santé. C'est ainsi que le programme a mené simultanément des activités de renforcement des acteurs individuels pour qu'ils puissent assumer leurs responsabilités au sein du système. Il s'agit notamment de l'appui technique aux ASACO et leurs fédérations pour améliorer la gestion du CSCOM et la qualité des services et pour renforcer la gouvernance interne et la redevabilité des associations. Au niveau des collectivités territoriales, le renforcement des commissions de santé constitue un volet important, en particulier en ce qui concerne les capacités de rendre compte, de coordination et de formulation d'une vision intersectorielle de développement. Ces composantes renforcent l'institutionnalisation des partenariats et les capacités des acteurs à participer à la gestion.

3.3 Information et communication

L'étude diagnostique menée à Koulikoro a montré le degré de déficit de communication et d'information en soulignant qu'une telle situation provoque un manque de confiance entre les acteurs. Malgré le fait que toutes les informations et tous les documents sur la politique sectorielle et la décentralisation (manuels, guides, procédures, décrets, lois, stratégies, etc.) existent au niveau de la région et du cercle, bien souvent ils ne sont pas disponibles ou accessibles au niveau de la commune ou de l'aire de santé.

Dans le secteur de la santé, certaines informations n'atteignent le niveau communautaire (CSCOM) que lorsque l'équipe du CSREF fait ses visites trimestrielles de supervision ou lors d'une session de monitoring. Certains outils et documents sont disponibles au niveau du CSCOM, souvent dans le bureau du Chef de poste médical (CPM), mais celui-ci n'arrive pas toujours à les partager avec le comité de gestion de l'ASACO.

Pour ce qui est des informations sur la décentralisation, depuis la mise en place des collectivités territoriales en 1999, les structures déconcentrées de l'État sont peu informées de l'évolution et des nouveautés du processus. Les informations sur les politiques et pratiques dans le domaine de la décentralisation sont disponibles au niveau des CCC et sont parfois diffusées à travers les comités locaux et régionaux. Cependant, les services techniques n'y participent pas directement ; ils sont représentés par l'administration.

Il faut en conclure que les acteurs ne sont pas sur un pied d'égalité par rapport aux informations. Tous les documents sont rarement accessibles à toutes les parties prenantes. Même si les canaux de communication formelle fonctionnent pour passer des documents et des informations aux instances locales, il reste la question de l'accessibilité à l'information. L'information est-elle partagée et est-elle accessible en termes de forme et de contenu ? Les documents techniques sont difficilement digérés par les non-experts, la langue ne peut pas être appropriée ; pour les illettrés, l'information écrite n'est pas accessible. En plus, le système de gestion financière de l'ASACO et du CSCOM par exemple, est peu connu. Cette gestion est souvent entourée de rumeurs et de méfiance, ce qui menace l'émergence d'un partenariat fonctionnel (voir l'encadré 5).

Encadré 5 : « Où sont les FCFA ? »

Les ASACO ne comprennent pas le nouveau rôle des communes dans la gestion des services sanitaires. Plusieurs ASACO craignent même l'intervention de la commune dans leur gestion et certaines avaient tendance à ne pas communiquer les informations importantes. Le partage des informations financières avec la commune est particulièrement problématique.

À leur tour, sans avoir d'information sur le fonctionnement du système de recouvrement des coûts, les communes peuvent penser que leur appui financier aux services sanitaires n'est pas nécessaire. Elles peuvent penser que les ASACO ont beaucoup de moyens dans leur caisse à travers la vente de médicaments, et qu'une partie des bénéfices pourrait être utilisée pour financer d'autres besoins de la commune. Une telle incompréhension existe également envers les milliards de FCFA que l'État met à la disposition des CSCOM pour la vaccination. Par conséquent, certaines communes ont tendance à penser que le secteur de la santé a suffisamment de moyens et le maire ne voit pas la nécessité de contribuer.

Source : DRS Koulikoro.

Pour promouvoir l'accès aux informations indispensables, la SNV, le KIT et les DRS/DRDSES ont élaboré et diffusé des outils d'information simples et appropriés, notamment une brochure d'information sur la politique sanitaire à l'intention des élus communaux et une brochure sur la décentralisation pour les acteurs dans le domaine de la santé (voir l'encadré 6). Cette synthèse et la « traduction » des stratégies et politiques nationales en langue appropriée pour les acteurs locaux est un acquis du programme.

Encadré 6 : Rendre l'information accessible

Brochure d'information sur la politique sanitaire à l'intention des élus et de leurs partenaires

- Les élus communaux ne peuvent pas jouer un rôle plus actif dans la santé et contribuer à une amélioration des prestations de services sans information sur le secteur. Ils devraient être suffisamment informés sur les principes du système sanitaire, la politique du secteur, la réglementation, les plans opérationnels et les critères de performance. La détermination des besoins en information des élus communaux a eu lieu à travers des ateliers et lors de visites dans les communes.
- Ensuite, la SNV et la DRS ont fait un test pour trouver la forme de présentation la plus acceptée et la plus compréhensible. La brochure finale consiste en une synthèse de 14 pages sur la politique nationale de santé.

Brochure d'information sur la décentralisation et le transfert de compétences à l'intention des acteurs de la santé

- Une méconnaissance des textes sur la décentralisation et le transfert de compétences a été constatée auprès des services techniques et des ASACO, mais aussi au niveau des élus communaux. Une brochure de 22 pages a donc été élaborée. Le document couvre l'histoire et la politique de la décentralisation, le dispositif institutionnel et technique, les institutions et le fonctionnement des collectivités territoriales ainsi que les principes et modalités du processus de transfert de compétences.

Les premières versions des deux brochures ont été partagées avec les experts en la matière et les corrections et ajouts proposés ont été intégrés. Pour les services techniques, il était important d'inclure les procédures et critères pour la construction d'un CSCOM dans la brochure destinée aux élus afin de réduire les conflits autour de la construction des CSCOM non viables. En effet, les maires n'ont aucun moyen d'évaluer si un CSCOM peut ou non être viable alors qu'ils sont soumis aux pressions de la population pour augmenter la couverture des services de santé. Pourtant, de tels outils existent au sein du ministère de la Santé et ils devraient être mis à la disposition des collectivités territoriales car ils améliorent la qualité de la prise de décision. Ces outils aident les parties prenantes à comprendre pourquoi la viabilité financière d'un CSCOM est importante et comment il est possible de l'évaluer. Cet aspect a donc été intégré dans la brochure destinée aux élus en faisant référence à l'outil. En plus de cela, une partie importante des deux outils est consacrée à la gestion financière du PRODESS, de l'ASACO, et du CSCOM.

Les brochures ont été diffusées dans toutes les communes des trois cercles, le plus souvent en conjonction avec un atelier d'information pour faciliter la compréhension de l'outil. Dans le cadre de l'institutionnalisation, il sera mis en place un système de diffusion d'information jusqu'au niveau des communes et des aires de santé qui sera accompagné d'un suivi régulier sur l'utilisation des outils d'information et sur les besoins d'information émergents.

3.4 Rôles et responsabilités définis¹⁶

Un partenariat efficace et transparent exige que les participants comprennent et acceptent leurs rôles, leurs responsabilités et leurs droits et qu'ils puissent avoir confiance en l'autre partie pour tenir ses promesses. Au Mali, l'outil visant à formaliser ce type d'engagements est la Convention d'assistance mutuelle (CAM) signée entre la commune et l'ASACO (voir la figure 2).

La CAM existe déjà depuis 1990 lorsqu'elle était signée entre l'ASACO et le CSREF (voir la figure 1). La révision de la Convention a commencé en 2005 sous le pilotage de la FENASCOM et de la CADD, avec l'appui technique de la SNV¹⁷. La FENASCOM, avec l'appui d'un juriste, a fait une première proposition de révision qui a été partagée avec la CADD puis avec l'Association des municipalités du Mali (AMM). En septembre 2006, un atelier de validation a été organisé par la CADD auquel étaient invités tous les acteurs impliqués des cercles et régions du Mali (AMM régionale, préfets et gouverneurs, services déconcentrés de la santé et du service de développement social, les FELASCOM) ainsi que les structures nationales (MS, AMM, MATCL)¹⁸.

Un des défis était d'adapter le contenu de la CAM au contexte de la décentralisation, dans le cadre de l'opérationnalisation du transfert de compétences. En effet, le simple fait

¹⁶ Ce paragraphe est basé sur Dicko, 2007

¹⁷ La révision de la CAM est fondée sur le décret No. 05 299/P/RM du 28 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des centres de santé communautaires (CSCOM).

¹⁸ Voir MS/CADD, 2006b

d'ajouter la commune en guise de troisième partie prenante par la création d'une convention tripartite (État-ASACO-commune) n'était pas en harmonie avec l'objectif de la décentralisation qui vise à rendre les acteurs locaux responsables de leur développement. Ensuite, il a été décidé que la nouvelle CAM serait seulement signée par l'ASACO et la commune, ce qui impliquait un transfert de responsabilité par le ministère de la Santé vers les communes (Dicko, 2007).

La nouvelle CAM est l'outil pour définir, structurer et formaliser la collaboration entre l'ASACO et la commune (voir annexe 3). Une force de la CAM est qu'elle est basée sur la politique sectorielle et le système de santé communautaire ; sa mise en œuvre ne demande donc pas de nouvelles procédures. Elle est devenue la base des partenariats locaux dans le domaine de la santé ; elle peut répondre aux défis et contraintes liés à une meilleure collaboration et une plus grande responsabilisation. L'importance pour l'ASACO est que cet outil renforce le respect des engagements des communes. Sans document écrit, les promesses et activités planifiées (et les résultats attendus) peuvent facilement être ignorées et annulées, ce qui est bien souvent le cas. Du point de vue des communes, la CAM est un outil de suivi des performances des CSCOM.

En février 2007, 279 CAM « nouveau style » ont été signées dans le pays (sur 785 attendues)¹⁹. Dans la région de Koulikoro, une cinquantaine de communes ont signé la CAM avec l'appui technique et financier des partenaires de proximité. Il s'agit des zones où les partenariats sont déjà forts et où des personnes dynamiques dans la santé animent des sessions d'information et de signature, y compris des ONG comme Sahel 21 et la Coordination régionale des ONG (CR-ONG). A Koulikoro, la mobilisation des ASACO autour de la signature de la convention était une activité prioritaire qui a été financée par l'appui de l'ambassade des Pays-Bas. Dans le cercle de Ségou, toutes les 20 communes ont signé la CAM, procédure qui a été accompagnée par les ONG de la place réunies en CR-ONG. Dans d'autres régions où les communes, l'ASACO et le ministère de la Santé ne sont guère réunis autour de la santé, le processus de signature prendra plus de temps.

Le suivi de l'application de la convention est prévu par la FENASCOM et la CADD. Du côté des communes, une implication forte est attendue de l'AMM. Enfin, il est prévu d'élaborer une convention au niveau du cercle et de la région.

La signature de la CAM est un début de partenariat avec un partage des responsabilités, mais ce n'est pas une garantie d'un engagement continu ou d'un suivi-évaluation efficace. Premièrement, le fait que le contenu de la convention soit préétabli signifie que la signature n'est pas précédée d'un processus de négociation entre les acteurs. La convention ne peut donc pas être adaptée aux réalités et aux besoins spécifiques. Deuxièmement, bien que la CAM formalise globalement les engagements et le suivi des performances des services de santé, les indicateurs de performance spécifiques n'y sont pas définis. Une suite possible serait donc d'élaborer une annexe signée à la convention qui définisse les indicateurs de suivi-évaluation pour chaque activité de la convention.

¹⁹ Rapport état de signature de la CAM, 4 février 2008 (Fenascom).

Troisièmement, les engagements de la commune listés dans la CAM sont assez larges et impliquent des charges financières importantes. Si les ressources pour l'exécution de ces engagements ne sont pas transférées aux communes, seules les activités sans coûts financiers pourront être mises en œuvre. Enfin, la convention n'est pas très claire sur les dispositions à prendre pour la résolution des conflits autour de la mise en œuvre de la convention susceptibles d'aboutir au blocage du partenariat.



Concertation entre personnel de santé, ASACO et commune, Dioila.

Dans le secteur de l'éducation, il existe une convention similaire entre la commune et le Comité de gestion scolaire (voir annexe 4). Sa signature et sa mise en œuvre sont en cours. Ces conventions constituent des portes d'entrée pour le renforcement des relations de redevabilité. Le suivi parallèle de l'application des conventions dans les deux secteurs peut générer des leçons importantes pour le processus de transfert de compétences.

3.5 Planification concertée

Le district sanitaire, composé des aires de santé, est le niveau opérationnel de planification et de suivi-évaluation dans la mise en œuvre du PRODESS. Les différents niveaux du système de planification pour la santé sont alignés en partant du niveau communautaire (voir l'encadré 7).

Le défi pour une planification concertée consiste à mettre en cohérence la planification dans le secteur de la santé qui est hiérarchisée entre les différents niveaux déconcentrés du ministère, et la planification des collectivités territoriales qui ne fonctionne pas en système mais de façon autonome. En partant de leur mandat et compétences, les communes élaborent des Plans de développement économique, social et culturel (PDESC) sur 5 ans suivis d'une planification annuelle. Il n'y a pas d'agrégation au niveau du cercle. Le domaine de la santé fait partie du PDESC mais n'est pas forcément informé ou coordonné

Encadré 7 : Système de planification du ministère de la Santé

La planification au sein du ministère de la Santé passe par plusieurs niveaux d'arbitrage. Un premier plan est élaboré au niveau de l'aire de santé (le micro-plan) par le CSCOM et l'ASACO et résume ce qui est à faire en conformité avec les orientations nationales et les directives régionales. Ces micro-plans sont ensuite présentés, discutés, consolidés et validés par le conseil de gestion du CSREF donnant ainsi le plan opérationnel du cercle (PO) en fonction des limites budgétaires. Ce plan de cercle est ensuite transmis au niveau régional et validé lors du Comité régional d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS (CROCEP) conformément aux orientations nationales (politique et allocation budgétaire). Une fois approuvé, le plan régional est envoyé au niveau central. Ce niveau élabore le plan national global, qui sera soumis au Comité de suivi pour approbation après validation par le Comité technique. Cette chaîne de décision, depuis le micro-plan jusqu'à l'approbation finale, prend plusieurs mois (plus de quatre mois).

avec la micro-planification, ce qui pose problème. Clairement, une meilleure synergie entre les deux systèmes de planification, de suivi et d'évaluation est essentielle.

Le programme de Koulikoro visait à développer des approches qui facilitent l'implication de la commune dans le processus de micro-planification afin de contribuer à une meilleure cohérence. D'abord, il y a eu des échanges sur la planification avec les acteurs communaux (ASACO, CSCOM, conseil communal). Ils ont permis d'établir un guide adapté pour le micro-plan annuel sur la santé, suivant une approche participative. Le rôle de la commune dans le processus de planification a été clarifié et ses contributions y ont été intégrées. Ce guide adapté a été testé et appliqué dans 6 communes.

Auparavant, la planification était toujours perçue comme un travail technique et laissé au personnel du CSCOM. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un nouvel outil, il a été constaté que l'application de la « micro-planification adaptée » demande un accompagnement. Les ASACO et les élus communaux ont besoin de temps pour maîtriser les supports mis à leur disposition. Ainsi, deux étapes d'accompagnement ont été retenues. La 1ère étape a consisté en une mise à niveau des équipes cadres des districts (médecin, chargé du SIS, chef du service du développement social, comptable) sur le processus de la micro-planification. Les participants ont aussi été informés des supports conçus pour servir de canevas de présentation des données.

Dans un second temps, les acteurs des communes (conseil communal, comité de gestion, personnel de la santé et personnel de la mairie...) ont suivi une formation sur le processus et les supports devant servir à la micro-planification annuelle de l'aire de santé. Cette formation a été l'occasion de mieux comprendre l'importance de la gestion cohérente et concertée des ressources destinées à la santé. Surtout le partage des données financières, par exemple les revenus de l'ASACO, a contribué à une meilleure compréhension par les élus des possibilités et des limites du budget de santé primaire. Ainsi, la planification facilite d'une part la gestion transparente des ressources et la mobilisation des ressources financières des collectivités d'autre part. De plus, les participants ont tous reconnu la contribution de cet outil au respect de la convention d'assistance mutuelle et à l'amélioration de la qualité des monitorages semestriels. Déjà, la FENASCOM a décidé d'utiliser

l'outil de micro-planification adapté à grand échelle. Elle a formé des membres des FELASCOM et des FERASCOM dans les régions de Mopti, Ségou, Koulikoro et Kayes.

En plus, les communes continueront à élaborer leur PDESC. Du point de vue des services techniques, les initiatives communales de promotion de la santé ouvrent aussi la perspective d'une approche intersectorielle de la santé. En effet, l'idéal est un PDESC qui fasse suite à une analyse sur l'état de la santé dans la commune et contienne également des activités en vue d'améliorer l'accès à l'eau potable, l'assainissement et l'hygiène, la nutrition, l'éducation et la prévention du VIH-SIDA.

Un défi connexe concerne la gestion concertée des aires de santé qui chevauchent plusieurs communes. Dans un tel cas, une ASACO prépare son plan de l'aire de santé avec un CSCOM, mais il ne contient pas tous les villages de la commune et peut même contenir des communautés qui font partie d'une commune voisine. Ce défi pose aussi le problème de l'adaptation de l'intercommunalité à la réalité du secteur de la santé.

Dans le cas du cercle de Koulikoro, cette situation a amené les acteurs (conseil de cercle, les communes, les ASACO) à une concertation sous la présidence du conseil de cercle dont l'objectif principal était l'engagement de chacun au respect de la carte sanitaire. Après les problèmes évoqués, des débats ont permis aux acteurs de se mettre d'accord sur la révision de la carte sanitaire, la dépolitisation des questions de santé avec les communautés, le respect des normes et procédures de création des CSCOM, l'amélioration de la gestion transparente des CSCOM et l'intensification du dialogue avec les populations sur les besoins et demandes en matière de santé.

Actuellement, grâce à une meilleure coordination, les conflits autour de la construction des infrastructures entre communes et services techniques ont beaucoup diminué dans le secteur de la santé, alors qu'ils sont toujours présents dans les autres secteurs, comme l'éducation.



Analyse de la performance du CSCOM.

3.6 Suivi-évaluation

Le suivi-évaluation du progrès de la micro-planification est organisé autour de l'outil de monitoring, introduit en 2002. Le monitoring se fait semestriellement avant la micro-planification pour évaluer les activités et identifier les problèmes de fonctionnement, analyser les causes et proposer des actions correctrices (voir l'encadré 8). Les différentes étapes se déroulent entre l'ASACO et le CSCOM avec l'appui du CSREF. Les données collectées sont ensuite analysées au niveau du cercle et intégrées dans le Système national d'information sanitaire (SNIS). Les communes ne sont pas impliquées. Un des défis majeurs du monitoring est son appropriation par les différents acteurs au niveau communal. Généralement la participation même de l'ASACO au monitoring est limitée et le travail reste entre les mains des techniciens.

Encadré 8 : Micro-planification et monitoring

La micro-planification semestrielle a été instituée dans le cadre de la Stratégie d'accélération de la survie et du développement du jeune enfant (SASDE), avec l'appui de l'UNICEF. L'objectif visé est d'améliorer de manière participative les indicateurs de santé dans les CSCOM au niveau des aires de santé. La micro-planification a lieu semestriellement à la suite d'une réunion de suivi des activités (monitoring) du CSCOM en présence de l'ensemble des acteurs (ASACO, CSCOM, CSREF) ; elle est focalisée sur le paquet minimum d'activités (PMA) tel que défini dans le cadre du PRODESS qui regroupe des activités curatives (diagnostic et traitement des maladies courantes), préventives (vaccinations, consultation prénatale et postnatale, hygiène, IEC, contraception) et promotionnelles.

Les données et indicateurs collectés pour le monitoring sont liés à la performance par rapport à la disponibilité des services de santé primaire, leur accessibilité géographique, leur utilisation et leur couverture. Au niveau des ménages, des informations sur certaines activités sont également collectées comme, par exemple, la couverture en latrines, la couverture en sel iodé, le taux d'adhésion à l'ASACO, le recouvrement des cotisations, le suivi de certaines consultations préventives (vaccinations, consultations prénatales), la couverture en moustiquaires imprégnées. La gestion financière du CSCOM, la gestion des stocks de médicaments, la tenue et le respect des réunions (y compris les procès-verbaux), les plans d'action, le respect des engagements, la communication des résultats aux bénéficiaires font également l'objet d'un suivi régulier par le ministère.

Actuellement, les rapports de monitoring sont en principe envoyés à la commune. Cependant, les données du SNIS et les rapports de monitoring, tels qu'ils se présentent actuellement, ne sont pas facilement accessibles aux non-spécialistes. En outre, les conseillers communaux ont beaucoup d'autres domaines à gérer, avec peu de personnel et des ressources précaires. Lors des diagnostics entamés dans le cadre du programme de Koulikoro, le manque de circulation de données compréhensibles a été mentionné comme un problème par les communes et les ASACO.

Sachant que c'est le conseil communal qui vote le budget de la commune et donne mandat au maire pour l'exécution, il est important que ce conseil soit bien au courant des évolutions et options dans le domaine de la santé. Dans cette logique, il est souhaitable que les membres du conseil, qui normalement ne participent pas au monitoring avec les

ASACO et les techniciens, comprennent aussi ce qui passe dans leur aire de santé, et qu'ils puissent délibérer entre eux des indicateurs essentiels, en présence du maire. Ainsi, chaque conseiller communal pourra mieux jouer son rôle en matière d'information et de sensibilisation auprès des populations. L'ASACO, qui gère désormais le CSCOM sous contrat avec la mairie (la CAM), doit avoir aussi un outil d'information, d'échange et de dialogue avec le conseil communal. L'ASACO doit pouvoir négocier directement avec le conseil communal sur des données qu'il comprend et qui l'intéresse (Toonen *et al.*, 2007).

Compte tenu de ces demandes et des capacités des acteurs locaux, l'idée est née de développer une approche qui leur permette de choisir les informations prioritaires et de les présenter dans un format compréhensible permettant de les analyser ensemble. Comme pour les autres outils développés dans le cadre du programme de Koulikoro, cette approche devait se baser sur des procédures et outils existants : le SNIS et le système de monitoring. Il s'agissait d'élaborer un outil complémentaire pour mieux comprendre les résultats du SNIS, en mettant l'accent sur un paquet minimum d'information, ciblant les besoins essentiels d'informations exprimés par les communautés et permettant une analyse active des données. Une fiche d'analyse par les représentants communautaires a été mise au point de manière qu'ils puissent participer plus activement aux discussions. L'outil ne modifiait ni le circuit de l'information au sein du ministère de la Santé, ni le processus de monitoring. C'est ainsi que le système d'information essentielle (SIEC) a été développé pour renforcer le monitoring, en facilitant l'implication plus active du conseil communal et des ASACO.

L'objectif du SIEC-S est de permettre aux représentants des conseils communaux et aux ASACO de suivre l'état de la santé publique, de dégager des priorités pour leur commune et de participer activement aux débats avec le ministère de la Santé. En fait, à Koulikoro, l'outil a été utilisé comme outil de communication et de dialogue (donc au début du processus), mais depuis son institutionnalisation, il est plutôt utilisé comme outil de suivi-évaluation des progrès du CSCOM, de la micro-planification, des contrats de performance et des conventions d'assistance mutuelle.

L'expérimentation avec le SIEC dans quelques communes a été couronnée de succès (voir l'encadré 9). Le système SIS et le monitoring ont été mis à la disposition des acteurs communaux pour une meilleure compréhension et une analyse au niveau local. Il a été très important de réfléchir sur les indicateurs « essentiels » dont les élus ont besoin. Compte tenu de la multitude de tâches et de secteurs, il est beaucoup plus efficace pour les communes de se limiter aux priorités qui permettent de comprendre le secteur de la santé publique et de prendre des décisions dans ce domaine. Il serait aussi utile de mener cette réflexion dans les secteurs de l'éducation et de l'hydraulique.

L'efficacité de l'outil dépend néanmoins de plusieurs facteurs. Le travail préparatoire du SIEC doit être fait par le Chef de poste médical (CPM). Les ASACO n'en ont pas la capacité. L'exercice (surtout le remplissage des données) dépend alors fortement de la volonté, du temps disponible et de la patience du CPM. En outre, l'utilisation du SIEC dépend de la fonctionnalité des systèmes existants comme le SIS et le monitoring. Si ces outils et processus ne fonctionnent pas, les données ne seront pas disponibles.

Encadré 9 : Actions concrètes suite à l'utilisation du SIEC

À Wacoro, le maire a pris plusieurs initiatives sur la base de l'analyse conjointe des problèmes, leurs causes et leurs conséquences. Compte tenu du faible taux d'accouchement assisté dans la commune, le conseil communal a exigé d'étudier les tendances. Quand il a compris que, bien souvent, les femmes ne venaient pas au CSCOM pour la consultation prénatale à cause de leur mari car celui-ci n'en percevait pas la nécessité, le conseil communal a introduit un système de sanction pour chaque mari d'une femme non assistée lors de son accouchement. Dans la même optique, il a accédé aux demandes de la population et il a construit une maternité pour améliorer le taux d'accouchement assisté.

À Banco, les acteurs du partenariat ont réfléchi sur les manières d'améliorer le taux de fréquentation du CSCOM. Ils ont constaté que la vente illicite de médicaments au marché avait augmenté depuis quelques années et que les gens continuaient de consulter en premier lieu les guérisseurs traditionnels, organisés en fédération au niveau de la commune. Ils ont décidé de les contacter afin d'identifier des pistes de collaboration. Pour le CSREF, cela a toujours été difficile ; la proximité et l'autorité de la commune semble favorable à la concertation locale vers une synergie des activités.

3.7 Consolider l'appui du cercle

Bien que l'approche se focalise sur le niveau communal et aire de santé, le soutien au niveau du cercle est crucial pour consolider les partenariats communaux. Le programme pilote a développé ainsi un volet d'appui technique auprès des trois instances au niveau du cercle : les équipes socio sanitaires du CSREF, le Conseil de gestion du CSREF et le conseil de cercle²⁰.

Équipes socio sanitaires de cercle

Le ministère de la Santé est chargé d'établir et de faire respecter les standards et les normes. Dans ce contexte, l'équipe socio-sanitaire de cercle (ESSC) doit superviser les CSCOM et les ASACO pour veiller à ce que les procédures soient respectées²¹. Elles sont chargées d'accompagner les partenariats communaux et de faciliter la micro-planification et le monitoring associé²². En même temps, L'ESSC a des interactions quotidiennes avec le conseil de cercle pour la résolution commune des problèmes. En conséquence, ces équipes sont les principaux acteurs pour renforcer les capacités de tous les acteurs dans le système de la santé. Aujourd'hui, les équipes de cercle ont une tâche complémentaire en ce qui concerne l'appui-conseil aux communes pour qu'elles puissent s'orienter dans le domaine de la santé. Un programme de renforcement des capacités des équipes du cercle

²⁰ Dans les textes sur la décentralisation, le cercle est une collectivité territoriale de niveau intermédiaire : entre la région et la commune. Son territoire est égal à l'ancien arrondissement. Le cercle est souvent le niveau préféré par les ministères et les PTF pour la communication, l'échange, la diffusion des outils et la mise à l'échelle des expériences.

²¹ Dans le cadre de la déconcentration des services du ministère, les missions d'appui au CSCOM seront du ressort du futur service sanitaire de cercle dont les textes sont en cours d'adoption

²² La SNV et la DRS ont élaboré un guide des facilitateurs du processus de micro-planification annuelle des activités de santé pour les équipes ESSC.

de Dioila et Koulikoro a été mis en place par la SNV pour consolider l'appui-conseil au programme pilote.

Tous les trois mois, en principe, les équipes de cercle organisent une visite de supervision de chaque CSCOM. L'implication des communes dans cette supervision et l'envoi systématique des comptes rendus constituent d'autres développements prometteurs. Une commune a commencé à suivre la régularité de ce type de visites de supervision et a même interpellé le ministère quand, après quatre mois, l'équipe de santé du cercle n'était pas encore passée dans le CSCOM.

Conseil de cercle et conseil de gestion

Les compétences transférées aux conseils de cercle sont dans les domaines de la planification, de la mise en œuvre et du suivi-évaluation des plans sanitaires du district ainsi que des actions spécifiques de promotion de la santé. En effet, le cercle a avant tout été assigné un rôle de coordination (contrôle du respect des engagements des ASACO et de la commune). Le cercle joue aussi un rôle central dans les activités qui nécessitent une bonne collaboration entre l'aire de santé et le cercle, tel que le système d'évacuation, essentiel pour la réduction de la mortalité maternelle. Ce système a été renforcé dans le cercle de Koulikoro dans le cadre du programme pilote (voir chapitre 4.3.).

Une autre activité a été le renforcement du Conseil de gestion du CSREF de Koulikoro, qui peut stimuler le travail en partenariat au niveau du cercle. Il a été établi en 2001 comme organe d'orientation, de coordination et d'évaluation du PRODESS²³. Le président du conseil de cercle préside ce conseil de gestion. Les maires des communes du cercle sont également membres ainsi que les autres acteurs de la santé au niveau du cercle. Le conseil se réunit au moins deux fois par an sur convocation du président. La dynamique et la fonctionnalité de l'organe varie d'un cercle à un autre et semble dépendre beaucoup des initiatives du conseil de cercle (voir l'encadré 10).

Encadré 10 : Une présidente de conseil de cercle engagée pour la santé

Dans le cercle de Koulikoro, la présidente du conseil de cercle, élue en 2004, a immédiatement pris la responsabilité de faire marcher le Conseil de gestion du CSREF. En effet, elle a constaté que la santé est un domaine prioritaire dans toutes les communes, surtout celles qui ont un accès difficile aux services de santé. Elle consulte le médecin chef régulièrement afin de déterminer les priorités à inscrire à l'ordre du jour des réunions du conseil. Elle est convaincue de l'importance du partenariat entre les acteurs à tous les niveaux pour améliorer les éléments du système qui lui sont transférés.

Elle a l'habitude de se rendre périodiquement dans les communes en compagnie de quelques conseillers du cercle. Ils discutent avec les conseils communaux et les ASACO et identifient les problèmes à prendre en charge par le conseil de cercle. Ainsi, trois domaines prioritaires ont été abordés dès sa prise de fonction : le système d'évacuation de référence, la gestion des médicaments essentiels et la carte sanitaire.

²³ Décret No01-115/PM-RM du 27 février 2001 portant création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du programme de développement sanitaire et social. Les mandats des collectivités territoriales dans le cadre du transfert de compétences ont été pris en compte.

3.8 Préparer l'institutionnalisation

Les expériences avec l'approche de Koulikoro ont été partagées et discutées dans plusieurs réunions du ministère de la Santé dans d'autres régions du Mali, notamment Kayes, Bamako, Tombouctou et Gao, ainsi qu'au niveau des CROCEP et des ateliers nationaux.

L'approche est devenue l'une des stratégies clés de la CADD²⁴, parce qu'elle se situe en parfaite conformité avec la mise en œuvre du volet 7²⁵ de la composante santé du PRODESS II. La CADD envisage l'institutionnalisation et la réplication dans les autres régions et elle a élaboré une guide de gestion du CSCOM et CSREF pour les collectivités territoriales qui prend en compte les différents outils du programme pilote. Le suivi de l'application de la CAM est prévu dans le plan stratégique de la CADD et aussi par la FENASCOM dans son plan opérationnel. Du côté des communes, on mise sur une implication forte de l'AMM.

L'implication de l'AMM et de la FENASCOM sont d'autres stratégies en vue de garantir l'institutionnalisation. La FENASCOM a inclus dans son plan stratégique l'appui à l'opérationnalisation du transfert de compétences. L'AMM²⁶ se positionne également dans ce processus et envisage de continuer le plaidoyer pour son opérationnalisation. Un exemple est l'atelier de l'AMM en 2007 sur la gestion des services de base et la décentralisation. Cet atelier a conclu que la construction de relations de partenariats est l'une des conditions pour la réussite du transfert de compétences. En décembre 2007, la journée nationale des communes de l'AMM s'est tenue à l'issue de laquelle un mémorandum sur le transfert de compétences a été remis au Président de la République.

²⁴ Voir MS/CADD, 2006a

²⁵ Le volet 7 concerne le renforcement institutionnel et la décentralisation

²⁶ L'AMM s'est aussi positionnée comme une structure qui pilotera les SECOM au niveau du cercle. La proposition est d'avoir des structures d'appui aux collectivités intercommunales (syndicat) qui seront intégrées dans les AMM-cercle d'ici quelques années (ces structures n'existent pas encore car la décentralisation de l'AMM n'a pas eu lieu).

4 Résultats des partenariats communaux

Ce chapitre présente quelques résultats du processus de renforcement de capacités des collectivités et l'émergence des relations de partenariat.

4.1 Les communes assument leurs responsabilités

Au début du processus, en 2003, les élus communaux dans les trois cercles suivis par le programme pilote ne participaient guère aux discussions sur la santé dans leur commune. La politique de santé était un domaine inconnu pour eux. De ce point de vue, de réels progrès ont été accomplis. Aujourd'hui, dans la plupart des communes, un responsable de la santé a été désigné, souvent appelé « maire santé », même si ses attributions ne sont pas officiellement décrites. Le maire santé fait partie de la Commission du développement social qui s'occupe des questions liées aux secteurs sociaux de base tels que l'éducation, la santé, et l'eau. Cette Commission est devenue active et elle est l'interface entre l'ASACO et le Conseil communal. Certains élus se sont intéressés à la santé parce qu'ils pensaient pouvoir réaliser leurs ambitions politiques de réélection en travaillant sur une question qui est importante aux yeux des électeurs. Grâce au renforcement de leurs connaissances, les élus sont aujourd'hui capables de participer efficacement aux discussions avec le personnel des services de santé et avec la population. Les changements observés sont surtout liés à une capacité accrue de compréhension du secteur, d'analyse, de prise de décision et de négociation. Les élus ont maintenant leurs repères dans le système et la confiance des associations envers le conseil s'est améliorée grâce à des actions concrètes (voir encadré 11).

Encadré 11 : Réactions des élus

Un élu : « *Le transfert de compétences était un fétiche ; il existait des secrets pour l'arroser et pour le nourrir. Or, on nous a donné ce fétiche sans nous faire part de ces secrets, sans nous expliquer comment le gérer. Mais les concertations nous ont permis de découvrir ces secrets.* »

Le président du conseil de cercle : « *J'ai constaté qu'il y a une complémentarité entre les techniciens et les politiciens. Nous pouvons améliorer les conditions de travail des techniciens, là où s'arrête leur pouvoir de lobbying. Nous avons des canaux politiques ; nous pouvons mobiliser les maires et les élus au niveau régional, mais nous pouvons aussi passer voir un ministre ou un parti politique pour des explications ou du soutien. C'est ce que je suis en train de faire pour avoir le système de gaz du bloc opératoire du CSREF.* »

Le président d'un ASACO : « *La commune a montré sa volonté de comprendre et de renforcer la santé. Elle a agi dans les cas d'urgence et a initié des activités de santé. Le fait que la commune ne puisse pas toujours respecter ses engagements est souvent le résultat d'un manque de moyens et non de volonté.* »

En conséquence, l'appui des collectivités va désormais plus loin que de simples investissements dans les infrastructures ou des coups de pouce occasionnels au moment des urgences. Les communes commencent à aborder les autres aspects des compétences qui leur sont transférés, comme ceux liés au fonctionnement de l'ASACO et du CSCOM, le type de services offerts, la promotion de la santé, la fréquentation des établissements et la qualité des soins. Bien que les collectivités ne soient pas directement responsables de la fourniture des services (mais plutôt indirectement par le biais de la gestion déléguée), elles contribuent ainsi à la qualité des services de santé à travers des mécanismes de gouvernance et de gestion partagée (voir l'encadré 12).

Encadré 12 : Surveillance de la gouvernance des ASACO par les communes

L'implication active des CSCOM dans les affaires et l'appropriation par les ASACO du processus de planification de l'aire de santé sont souvent faibles. La gestion financière et le renouvellement des instances font aussi souvent défaut dans l'ASACO. De plus, il y a une participation limitée des femmes, des jeunes et des groupes les plus vulnérables. Les ASACO reçoivent un appui de leurs fédérations et du CSREF, mais cela ne suffit pas toujours. Dans quelques localités, la commune commence à jouer un rôle important dans l'amélioration de la gouvernance et de l'efficacité des ASACO. La commune est toujours présente (« tutelle de proximité ») alors que l'équipe du CSREF ne venait qu'une fois tous les trois mois en mission de supervision. Depuis l'implication des communes dans la santé, l'ASACO sent aussi le besoin d'afficher des résultats et d'améliorer ses performances. La Convention d'assistance mutuelle est une autre porte d'entrée pour améliorer la gestion et la gouvernance.

Pour ce qui concerne l'accès géographique ou financière aux services de santé, les communes jouent un rôle important à travers des activités de promotion. Elles influencent aussi indirectement la disponibilité des services (voir tableau 2).

Parmi les autres changements qu'il convient de citer figure le fait que les élus sont désormais mieux en mesure de répondre aux demandes des populations pour la construction d'un CSCOM. Ils peuvent donner une réponse informée et rapide à la population en matière de faisabilité, en utilisant des outils du ministère. Dans plusieurs communes, des ONG construisent des CSCOM sans consulter le ministère ou la commune, bien que ces dernières n'aient pas les moyens de rémunérer le personnel. Quelques ONG assument aussi les frais de personnel de sorte qu'elles finissent par créer un système parallèle. Certaines communes ont utilisé leur nouvelle expertise en matière de négociations avec ce type d'intervenants (ONG, coopération décentralisée) pour assurer une synergie dans la prestation des services en évitant la mise en place de structures non viables.

Les conseils communaux ont aussi été interpellés pour faire la médiation en cas de conflits, par exemple entre l'ASACO et le personnel du CSCOM, ou entre les villages membres et le comité de gestion d'une ASACO, ou encore entre une équipe de vaccinateurs et un village.

Du point de vue des appuis financiers, en attendant la mise en œuvre du transfert des ressources, les collectivités commencent à financer des activités de santé à partir de leurs

Tableau 2 : Dimensions qui influencent l'accès aux services de santé

Dimension	Détails	Rôle des collectivités territoriales
Géographique	Routes et pistes praticables	Réparation et entretien
	Disponibilité du transport	Paiement de la contrepartie pour le Système de référence évacuation
	Disponibilité de l'infrastructure : distance	Construction et entretien des infrastructures (CSCOM, maternités, équipement etc.)
Qualité des infra-structures et services disponibles	Bâtiments en bon état et propres, maternités qui mettent les femmes à l'aise etc.	Contacteur CSCOM et ASACO en cas de problèmes ou de frustrations
	Type de services disponibles	Le suivi-évaluation conjoint du PMA et la CAM permettent la collectivité de réagir en cas d'indisponibilité des services ou du personnel
Acceptabilité (socio-culturelle)	Communication et sensibilisation	IEC à travers les élus dans les différents villages ; communication personnelle
Financière	Faible capacité à payer - transport - consultation - médicaments	- Prise en charge des indigents - Assurance maladie/création de mutuelles de santé - Ambulance gratuite pour les femmes - Etc.

propres revenus (issus du recouvrement des taxes locales et des subventions de l'État) et en utilisant leurs droits de prélèvement auprès de l'ANICT. Par rapport à toutes les ressources investies dans le secteur par le gouvernement et ses partenaires (notamment le PRODESS), cet appui financier des collectivités territoriales est relativement limité. Toutefois, bien que cette contribution des communes soit presque invisible dans le budget national, elle pourrait faire une grande différence sur le terrain et être déterminante dans le fonctionnement d'un CSCOM. Ainsi, dans la commune de Sirakorola, par exemple, où le budget moyen mensuel d'un CSCOM est de 100 000 FCFA, l'appui additionnel de la commune d'environ 240 000 FCFA par mois est significatif.

Le programme pilote a contribué à toutes ces évolutions mais d'autres facteurs et d'autres organisations ont aussi travaillé sur la concrétisation du rôle des Collectivités territoriales par rapport aux acteurs du système de santé. D'autres structures comme la CR-ONG à Koulikoro et à Ségou se sont investies dans la promotion des relations de collaboration entre l'ASACO, la commune et les services techniques. Les organisations de la société civile ont inscrit le sujet à leur ordre du jour, notamment l'ONG Aga Khan, la Fédération malienne des personnes handicapées (FEMAPH), la Fédération malienne des tradithérapeutes (FEMATH) et le Réseau Uniterra²⁷. Enfin, les politiques de santé et de décentralisation introduites les années passées ont aussi contribué à une responsabilisation

²⁷ Le réseau Uniterra au Mali a regroupé les organisations suivantes autour des questions de collaboration entre communes et ASACO : FENASCOM, AMFED, Woiyo Konde, ASDAP, UTM, CAFO, GP/DCF.

des acteurs locaux, par exemple par rapport à l'amélioration de la santé maternelle (voir l'encadré 13).

Encadré 13 : Facteurs qui contribuent à prioriser la santé maternelle

La politique de gratuité de la césarienne aux termes de laquelle l'État assure le paiement des examens préparatoires de l'acte chirurgical, le coût de l'achat du kit (ensemble des médicaments destinés à l'opération) et les frais d'hospitalisation. Cette politique nécessite une meilleure organisation du système pour répondre à une meilleure fréquentation et une utilisation du système de référence.

La consultation prénatale (CPN) est un indicateur du PARAD (Programme d'appui à la réforme administrative et la décentralisation). Cela veut dire que la performance des collectivités territoriales par rapport à cet indicateur (et 6 autres) détermine le montant de tranches annuelles variables du Fond d'Investissement qui seront effectivement versées à la collectivité. Depuis le démarrage du PARAD, les communes s'investissent davantage dans la formation de sages-femmes, la contribution au système de référence et la sensibilisation de la population pour atteindre les objectifs en CPN.

4.2 Début d'une gestion partagée

Nous avons constaté une évolution positive par rapport à la perception et à l'attitude des acteurs concernant les rôles et les responsabilités de chacun dans le système de santé. Les acteurs ont mieux accepté leurs rôles respectifs et ils apprécient la valeur ajoutée de chacun d'entre eux et l'intérêt de participer au partenariat. Les multiples sessions d'échanges et les visites croisées ont permis aux acteurs de trouver un terrain d'entente sur lequel établir des partenariats et la confiance mutuelle s'est renforcée grâce à ces activités concrètes.

Les résultats concrets du programme pilote sont des principes de travail et des outils qui facilitent le travail en partenariat dans l'espace communal. Le programme a contribué aussi à un renforcement des capacités des acteurs au niveau du cercle (CSREF et conseil de cercle notamment) et au niveau régional (la DRS) concernant les principes de l'approche et l'organisation de sa mise en œuvre. En outre les techniciens s'accordent pour dire que le fait de travailler en partenariat avec les collectivités territoriales est un atout pour la performance du système de santé.

Ces résultats ont pu être atteints grâce à l'engagement de quelques personnes dynamiques qui ont bénéficié du soutien de leur organisation. L'accompagnement intensif de la SNV lors de la mise en œuvre, par le biais d'une formation, d'un appui-conseil et d'un coaching, a aussi été un facteur important. Au niveau de la région, le rôle du Directeur régional de la santé a été primordial pour le démarrage du processus. Dans les cercles de Dioila et de Koulikoro également, le leadership et la volonté des médecins chefs des CSREF ont été cruciaux dans la promotion des partenariats communaux. Par leur engagement, ils se sont montrés capables de mobiliser et de motiver leurs collègues. Le médecin chef de Dioila²⁸, a travers ses missions de conseil et de suivi dans les communes,

²⁸ Le médecin chef de Dioila a également bénéficié de la formation sur le leadership pour le changement, organisée par la SNV (voir Assane *et al.*, 2007).

l'organisation d'ateliers d'échanges et d'information, a pu mettre beaucoup d'ASACO et de CSCOM dans la logique des partenariats.

À présent, les techniciens de santé sont plus conscients du mandat et des responsabilités de la commune. Ils commencent à accepter aussi qu'une gestion efficace des services décentralisés nécessite le partage des responsabilités, des connaissances et des ressources. Certains essaient même d'inciter les communes à assumer leurs responsabilités parce que cela permet d'alléger leur charge de travail et contribue à mobiliser des ressources pour le CSCOM et le CSREF.

Le défi pour les communes est de recevoir un appui-conseil approprié, notamment de la part des équipes du CSREF. Les collectivités peuvent utiliser la procédure de demande de mise à disposition pour obtenir le concours des services de l'État. La création des SECOM pourrait être une opportunité de meilleur accompagnement, à condition toutefois que les programmes sectoriels soient correctement pris en compte.

Pour ce qui est des organisations de la société civile, elles commencent à profiter de l'espace créé par la décentralisation pour mobiliser la population, participer aux débats et protester contre de mauvais services. À Dioila, par exemple, la population s'est organisée pour réclamer une amélioration des conditions de travail dans le CSREF de Diola suite à un accident. Elle s'est adressée au personnel du centre qui l'a renvoyée au niveau des élus responsables (maires et conseillers du cercle), lesquels, à leur tour, se sont organisés pour visiter le centre et, par la suite, réunir les ressources pour améliorer l'équipement. Les associations de femmes dans les communes de Koulikoro et de Sirakorola ont fait pression sur les élus pour qu'ils contribuent au fonctionnement de l'ambulance.

4.3 Une activité concrète – la réorganisation du système de référence-évacuation

Le système de référence-évacuation est conçu dans le cadre de la réduction de la mortalité maternelle et néo-natale par la prise en charge, de manière spécifique, des urgences obstétricales. Il constitue un des éléments importants de la politique sanitaire du Mali. La prise en charge des urgences est censée être partagée entre les ASACO, les collectivités et le ministère de la Santé dans une logique de solidarité. Il s'agit, entre autres, d'un partage des coûts de fonctionnement de l'ambulance pour le transport de la patiente depuis le CSCOM jusqu'au CSREF ainsi que de la prise en charge des « kits » et des actes opératoires.

Dans le cercle de Koulikoro, le système de référence-évacuation a souvent eu des problèmes de fonctionnement en raison de la non-cotisation des différents acteurs à la caisse de solidarité. Avec l'introduction de la prise en charge gratuite de la césarienne au niveau du CSREF en 2005, la dynamisation du système est devenue prioritaire. Le transport constitue l'élément logistique clef pour garantir l'augmentation des taux d'utilisation.

Le conseil de cercle a encouragé la réorganisation du système pour améliorer son fonctionnement et ainsi l'accès aux soins pour les femmes. En collaboration avec la DRS,

la SNV a facilité des débats au niveau du cercle sur l'organisation et le financement du système ainsi que le rôle et les responsabilités des collectivités territoriales dans sa réussite. Sur la base d'une analyse des coûts de fonctionnement de l'ambulance pour l'évacuation des urgences obstétricales vers le CSREF, il a été décidé de répartir les coûts entre les collectivités et les ASACO. L'organisation du système de référence-évacuation s'est améliorée avec la participation du conseil de cercle. La présidente du conseil de cercle pilote le processus avec la tenue régulière de réunions et elle fait des tournées de concertation dans les communes. Un organe de gestion du système de référence-évacuation a été installé et les modalités de financement ont été définies.

Les associations de femmes ont aussi été informées et mobilisées. Elles savent désormais que le fonctionnement de l'ambulance dépend beaucoup de la volonté des élus et elles exercent des pressions sur ceux-ci pour qu'ils s'acquittent de leur cotisation annuelle. Grâce à cette mobilisation, 78 % des communes ont payé leur contribution en 2005 contre 22 % de 2002 à 2004. En 2007, les contributions des communes sont venues tardivement à cause des élections et du blocage des fonds pour les collectivités. Les acteurs locaux se sont concertés pour résoudre le problème de façon créative. Dans un grand nombre de communes, les élus ont sollicité l'appui des organisations féminines, lesquelles se sont mobilisées pour assurer la continuité des services. Les élus ont également agi sur les ASACO qui ont payé leurs contributions pour le bon fonctionnement du système dans l'intérêt des populations. Le conseil de cercle a préfinancé le fonctionnement de l'ambulance sur le bénéfice de la vente de médicaments que les communes doivent rembourser.

Un effet important de la campagne de sensibilisation du conseil de cercle et des efforts déployés pour améliorer la concertation est le regain de confiance entre les techniciens et les élus du cercle et de la commune concernant l'organisation et la gestion du système. Cela devrait aussi permettre une meilleure collaboration entre les collectivités territoriales, les services de santé et les ASACO avec l'implication des autres organisations locales.

À cela il faut ajouter l'initiative de la dynamisation de la commission santé du conseil de cercle pour l'appui des techniciens dans le cadre de la mobilisation et de la sensibilisation des populations. Des étapes de maîtrise du processus de gestion des compétences ont été retenues par la présidente du conseil et les membres de la commission santé. Parmi ces étapes, on peut citer : les évaluations périodiques des résultats techniques et financiers, la gestion du personnel, la planification et budgétisation des ressources du CSREF (tarification et médicaments) et la caisse solidarité pour un bon fonctionnement du système de référence-évacuation.

5 Défis et enjeux

L'hypothèse du programme pilote, décrite dans cette publication, est que l'opérationnalisation du transfert de compétences nécessite forcément un travail en partenariat, pour que la contribution de chaque acteur soit efficace et en synergie avec les efforts des autres. Le programme s'est concentré notamment sur la contribution potentielle des collectivités territoriales qui, depuis 2002, sont mandatées dans le domaine de la santé.

Dans les trois cercles accompagnés de manière plus intensive ces dernières années, il est clair que le transfert de compétences a amené des changements dans les relations entre les agents du ministère de la Santé, les ASACO et les collectivités territoriales. Le programme pilote y a contribué mais c'est aussi le cas des activités des autres structures de la région travaillant sur un système de santé plus performant. Par conséquent, les élus communaux accordent désormais plus d'attention à ce qui se passe dans le secteur de la santé et les ressources mises à disposition ont augmenté grâce aux efforts des communes et autres. Ceci a probablement contribué à une amélioration des indicateurs de performance, en conjonction à d'autres activités du ministère, de la FELASCOM, des partenaires techniques et financiers. En effet, planification, coordination et suivi, même s'ils sont meilleurs, ne suffisent pas quand les matériaux de travail, les ressources humaines, les compétences techniques et la motivation professionnelle ne sont pas présents eux aussi.

La stabilité du personnel dans le CSCOM et les CSREF contribue à l'établissement de bonnes relations de partenariat. Cependant, la mutation fréquente du personnel est inhérente au système de santé. L'agent sanitaire cherche les meilleures conditions de travail et de carrière. La satisfaction du personnel, surtout dans les zones enclavées, est faible ; ceci est parfois dû à l'insécurité de l'emploi, aux conditions difficiles de travail ; aux faibles rémunérations (Audibert *et al.*, 2005). La DRS pense que les collectivités territoriales peuvent contribuer à une fidélisation du personnel du CSCOM en améliorant les conditions de travail ou en offrant des formations ou des primes liées aux résultats, etc.²⁹

D'un côté, la capacité du programme à mobiliser et motiver un certain nombre de personnes au sein des structures a été une force. Là où il y a un chef de poste dynamique, non seulement la performance et la qualité des services ressort davantage mais encore la communication entre lui, l'ASACO et la commune est plus effective que dans les autres communes.

²⁹ La commune n'est pas encore mandatée pour recruter, signer le contrat, évaluer et licencier le personnel du CSCOM qui travaille pour le ministère.

En revanche, cela représente un défi en termes d'institutionnalisation. Car il n'est pas évident de toujours trouver des personnes si disponibles et si engagés.

L'institutionnalisation nécessite d'abord l'intégration des principes de travail et des outils dans les procédures quotidiennes du ministère de la Santé, des ASACO et des communes, notamment par rapport à la prise de décision, la planification, le monitoring. Vu que les outils se sont tous inspirés des instruments et procédures déjà utilisés dans le domaine de la santé (comme la micro-planification, le monitoring, la CAM, les visites de supervision, le SIS), et qu'il s'agit surtout d'une adaptation pour rendre la participation des communes plus effective, ceci ne devrait pas devenir un blocage. Toutefois, cette adaptation dans les procédures existantes reste à faire et c'est probablement la CADD, la FELASCOM et la DNCT, en association avec l'AMM, qui devraient en prendre l'initiative. L'introduction de l'approche nécessite aussi la formation des futures structures d'accompagnement suivie par la formation des différents acteurs communaux.

La capacité de chaque acteur influence la performance des partenariats, mais aussi l'équilibre des relations entre les parties. La pérennité de la relation est fonction de l'équilibre entre les parties. Pourtant, les relations de partenariat équilibrées ne sont pas toujours évidentes, surtout lorsque ce n'est pas une vision commune mais plutôt des intérêts divergents qui dominent le débat. Là où la commune est forte, l'ASACO peut se sentir marginalisée. Les services techniques devraient aussi éviter d'instrumentaliser les collectivités territoriales en ne recherchant qu'une augmentation de la contribution financière, mais en faisant abstraction de la prise de décision et de la gestion partagées.

Un autre défi qui se pose dans la plupart des communes concerne le manque de ressources humaines pour assumer les fonctions de gestion. Par conséquent, les postes à responsabilité sont concentrés entre les mains d'un petit nombre d'hommes et de femmes. Souvent les membres de l'ASACO, par exemple, sont aussi conseillers communaux ou occupent d'autres postes à responsabilité dans des comités scolaires ou autres. Certes une telle situation peut renforcer la synergie et le travail intersectoriel mais elle peut aussi créer des conflits d'intérêts et un manque de transparence. Le renforcement des capacités des élus à faire face à ces nouvelles responsabilités reste un enjeu et est reconnu comme une priorité pour une gestion améliorée des services de base. Tout commence par une prise de conscience des enjeux de la santé, qui se traduit par un rôle plus actif dans la prise de décision.

Un accroissement du nombre de femmes et d'hommes capables de gérer les instances locales est indispensable et c'est un besoin qui transcende le secteur de la santé. Dans le même ordre d'idée, la formation de personnes susceptibles de représenter les intérêts des groupes les plus marginalisés et les plus vulnérables est essentielle. Ceci soulève un autre défi, tant pour les élus de l'ASACO que ceux de la commune : une connaissance approfondie et continue des préoccupations et des besoins des citoyens qu'ils représentent, connaissance qui sera mise à profit au moment de la planification, du suivi et de l'évaluation des programmes de santé. Un accent particulier est nécessaire vis-à-vis des groupes les plus marginalisés et les plus vulnérables.

Au départ, le programme pilote s'est concentré sur « les acteurs de gestion » et moins sur les besoins et suggestions des citoyens qui utilisent les services. L'enjeu pour la suite de ce

programme pilote sera de promouvoir le droit de regard des usagers. À ce titre, l'expérience en cours de l'ONG Aga Khan autour de l'implication de la population dans l'analyse des résultats du CSCOM et la prise de décision mérite une attention particulière (Aga Khan, 2007).

Un autre enjeu est le début du transfert des fonds sectoriels du PRODESS (et aussi du secteur de l'éducation) vers les collectivités par l'intermédiaire de l'ANICT. Ces fonds seront utilisés notamment pour financer les infrastructures sanitaires (et scolaires). Il est important de suivre le système mis en place pour assurer l'efficacité du processus et la qualité des réalisations. Est-ce que chaque acteur assume correctement ses responsabilités dans la chaîne de réalisation : de l'appel d'offres jusqu'à la réception, en passant par le suivi du chantier ? Un tel suivi du démarrage du partenariat entre le PRODESS et l'ANICT est important pour tirer à temps les leçons permettant de garantir la bonne gouvernance, la qualité et l'utilité des investissements réalisés. D'une manière générale, il est important de continuer le suivi et l'analyse de la mise en œuvre du transfert des compétences et des ressources.

6 Conclusions

La finalité de l'expérience de Koulikoro est l'amélioration des indicateurs de santé à travers l'opérationnalisation du transfert de compétences dans le domaine de la santé. Les acquis indiquent qu'un transfert de compétences bien compris par les acteurs (agents techniques, ASACO et collectivités territoriales) et accompagné dans sa mise en œuvre contribue à améliorer le système de santé local et l'état de santé de la population.

Le programme pilote a contribué au développement d'une approche et d'outils pour faciliter le travail en partenariat et la mise en œuvre du nouveau mandat des collectivités territoriales. Force est de constater qu'un conseil communal informé et impliqué dans la prise de décision, la planification et le suivi, s'engage. Il cherche activement à contribuer au fonctionnement et aux performances du CSCOM et de l'ASACO. L'expérience de Koulikoro a montré que l'établissement de partenariats performants et efficaces nécessite un accompagnement pour s'assurer que toutes les parties prenantes sont au même niveau d'information et qu'elles comprennent leur rôle respectif et les enjeux du secteur. De plus, le renforcement de la coordination entre les collectivités territoriales, les services de santé déconcentrés et les associations de santé communautaire nécessite l'implication de personnes dynamiques et un partage des expertises. La performance des partenariats dépend aussi des capacités de chaque acteur, notamment leur gouvernance interne.

Les acquis ont été réalisés dans un contexte où les communes n'ont pas eu accès à des ressources liées aux compétences transférées pour faire face à leurs nouvelles responsabilités. Au Mali, le transfert de compétences est toujours un dossier complexe au niveau national. Pourtant l'expérience de Koulikoro a montré qu'il s'agit d'une opportunité à saisir qui aide les acteurs en facilitant l'amélioration des affaires publiques et la réalisation des objectifs visés.

Le transfert de compétences et de ressources de l'État aux collectivités est en cours, mais le rythme diffère entre les secteurs concernés. Sur le plan institutionnel, la procédure de déconcentration entamée doit se poursuivre au même rythme que la décentralisation. Il faut également une déconcentration réussie des autres départements comme les finances et les domaines et biens de l'État, pour faciliter l'exercice réel des compétences transférées. Au niveau opérationnel, l'accent doit être mis sur le renforcement des capacités et la bonne conduite des missions d'appui-conseil des services déconcentrés vers les collectivités territoriales. Enfin, la gestion partagée ne peut être efficace et durable que si les usagers y participent activement.

Bibliographie

- Aga Khan, 2007. *Projet de recherche-action sur le système d'information sanitaire local du CSCOM vers la population*. Bamako : Aga Khan.
- Ahmad, J. (ed.), 2005. Decentralization and Service Delivery. *World Bank Policy Research Working Paper 3603*.
- ANICT, 2007. *Réalisations dans le secteur de la santé*. http://www.anict-mali.org/realisation_sante.htm
- Assane, A. (et al.), 2007. *Renforcer le leadership pour le changement. Approche et résultats d'un programme de formation-action en Afrique de l'Ouest francophone*. SNV Afrique de l'Ouest et Central/Ouagadougou : CS-FEMAC, ORFED, Institut Royal des Tropiques (KIT) Ouagadougou.
- Audibert, M., et E. de Roodenbeke, 2005. *Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali : Analyse de la situation et perspectives*. Afrique de l'Ouest : Banque Mondiale.
- Banque mondiale, 2003. *World Development Report 2004: making services work for poor people*. Washington D.C : Banque Mondiale/Oxford University Press.
- Banque Mondiale, 2004. *La problématique de la santé et de la pauvreté au Mali ; analyse des indicateurs de santé et population dans le cadre de la stratégie nationale de la lutte contre la pauvreté au Mali*. Banque Mondiale, Département du développement humain, série documents de travail, No. 54.
- Dembélé, U., 2004. *L'enfant : point de mire de la gestion de l'école en mode décentralisé*. Bamako : ROCARE.
- DNCT, 2007. *Etat de lieux en matière de transfert de compétences* (rapport préparé pour le comité interministériel). Bamako : DNCT.
- Hilhorst, T. (et al.), 2005. *Dynamiser la santé communale ; construire des partenariats efficaces dans l'espace communal pour améliorer la qualité des services de santé*. Bamako : KIT/SNV Mali.
- IOB, 2006. *From project aid to sector support ; an evaluation of the sector-wide approach in Dutch bilateral aid 1998-2005*. Report no. 301, IOB Policy and operations evaluation département. La Haye : Ministère des Affaires étrangères.
- Langley, P. (et al.), 2006. *Les premiers pas des communes au Bénin; enseignements du processus de la décentralisation*. Bulletin 371, Série Décentralisation et gouvernance locale. Amsterdam : KIT.
- Lodenstein, E., D. Dao, J. Toonen, T. Hilhorst, 2007. Encourager la collaboration entre les ministères et les collectivités locales; des partenariats pour la santé au Mali. *Capacity.org* 30: 8-9.
- MATCL, 2007. *Rapport d'étape sur les travaux de la commission interministérielle de pilotage des transferts de compétences et de ressources de l'Etat aux collectivités territoriales*. Bamako, MATCL.
- MDG Monitor, 2007. *Tracking the Millennium Development Goals* <http://www.mdgmonitor.org>
- Mehrotra, S., 2006. Governance and basic social services: ensuring accountability in service delivery through deep democratic decentralization. *Journal of International Development* 18: 263-283.
- MEN/CADD, 2006. *Quelques éléments d'élaboration de la convention entre la collectivité et le comité de gestion scolaire*. Bamako : MEN.
- MS, 2006. *Convention d'assistance mutuelle commune/asaco*. Bamako : MS.

- MS, 2007. *Convention de gestion des fonds néerlandais et suédois de la composante santé du Prodess II destinés aux collectivités décentralisées entre le ministère de la santé et l'Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales*. Bamako : MS.
- MS/CADD, 2006a. *Plan triennal de transfert de compétences et de ressources de l'état aux collectivités territoriales en matière de santé*. Bamako : MS/CADD.
- MS/CADD, 2006b. *Rapport atelier de validation du projet de convention d'assistance mutuelle commune/asaco*. Bamako : MS/CADD.
- MS/CADD, 2007. *Etat des lieux du transfert de compétence en matière de santé. Rapport préparé pour l'AMM*. Bamako : MS/CADD.
- MS/groupe décentralisation, 2005. *Décentralisation et développement sanitaire : enjeux et défis. Plan d'action 2005-2007*. Bamako : MS.
- Ouédraogo, M., 2007. *La communalisation en milieu rural: les élus locaux peuvent-ils relever le défi ? Analyse de l'expérience du Burkina Faso*. Paris-Ouagadougou: l'Harmattan.
- Réseau Réussir la Décentralisation, 2007. *Etat du transfert de compétences et de ressources de l'Etat aux collectivités territoriales – santé, hydraulique, ressources naturelles*. Bamako : RRLD.
- Robinson, M. (ed.), 2007. *Decentralising service delivery ?* IDS bulletin 38.
- Sène, G. (et al.), 2007. *La contribution des collectivités territoriales à l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement ; quelques expériences au Niger*. Niamey : SNV/KIT.
- SNV Mali, 2006. *Inventaire des principaux acteurs intervenant dans la gestion de l'éducation : cas du cercle de Koulikoro*. Koulikoro : EGLK.
- SNV Mali, 2006. *Convention de partenariat entre le MS et la SNV Mali et plan d'activités*. Bamako : SNV Mali
- Toonen, J., D. Dao, T. Hilhorst, 2007. *Vers un système d'information essentielle sur le secteur de la santé pour les acteurs communaux (SIEC-S)*. Bamako : REDL/SNV/ECDPM.
- UNICEF, 2007. *Statistics*. http://www.unicef.org/infobycountry/mali_statistics.html
- Weinsou C.G. (et al.), 2006. *Démystifier la planification : Appropriation du processus de développement communal au Bénin*. Cotonou : KIT & SNV Bénin.

Annexe 1

Le trajet de mise en œuvre du transfert de compétences

La mise en œuvre du transfert de compétences et de ressources de l'Etat aux Collectivités Territoriales s'inscrit dans un long processus depuis 1991 dont les repères juridiques et institutionnelles principaux sont les suivants (DNCT, 2007)

- la définition des domaines de compétences, générales et spécifiques, des collectivités territoriales, à travers essentiellement la loi sur la libre administration et le code des collectivités territoriales (1993);
- l'identification des compétences transférables aux collectivités territoriales au niveau de certains départements ministériels sous l'égide de la Mission de Décentralisation et des Réformes Institutionnelles en 1997 ;
- l'élaboration d'une stratégie nationale de transferts des compétences et de ressources;
- le transfert, dès l'installation des organes des collectivités territoriales, des compétences d'administration générale (fonctions d'état civil, recensement, police administrative, hygiène et assainissement, archives et documentation, etc.). Ce transfert est appelé le transfert « automatique » des compétences intervenue en 1999. Dans nombre de communes, ceci a bien marché. Ainsi par exemple, la création de bureaux locaux d'état civil est très appréciée. Les gens peuvent obtenir les certificats dont ils ont besoin auprès du centre administratif de la commune au lieu d'avoir à se déplacer au centre administratif du cercle.
- l'organisation d'un premier atelier national sur les transferts de compétences, les 1er et 2 Juin 2000, qui a permis de faire un diagnostic des besoins, des pesanteurs ou facteurs de blocage et des solutions envisageables à court terme pour donner aux collectivités territoriales les moyens matériels, financiers et humains indispensables ;
- l'approbation des recommandations issues de l'atelier du 1er juin par le conseil des Ministres du 04 octobre 2000 et les instructions données aux départements ministériels ciblés (santé, éducation hydraulique, développement rural) pour l'élaboration d'un chronogramme de mise en œuvre des compétences transférées aux collectivités territoriales ;
- la constitution, sous l'égide de la Direction nationale des collectivités territoriales, d'un comité technique du transfert de compétences, regroupant tous les services centraux concernés, la société civile, l'association des Municipalités du Mali ;
- l'adoption par le Gouvernement des décrets n° 313, 314, 315/P-RM du 04 juin 2002 fixant respectivement les détails des compétences transférées de l'Etat aux Collectivités Territoriales en matière d'éducation, de santé et d'hydraulique (voir tableau) ;
- la tenue d'un deuxième atelier national sur les transferts de compétences et de ressources de l'Etat aux collectivités territoriales, les 18 et 21 octobre 2004, qui a validé les conclusions de l'étude d'élaboration du schéma opérationnel de transfert de compétences et formulé d'importantes recommandations en vue du transfert effectif des ressources liées aux compétences transférées.
- L'exécution d'une de ces recommandations que par décret n° 05-089/PM-RM du 04 Mars 2005 la commission interministérielle de pilotage du transfert de compétences et de ressources de l'Etat aux Collectivités Territoriales a été créée et chargée de l'impulsion, l'orientation, le contrôle et le suivi de

la mise en œuvre des transferts de compétences et de ressources de l'Etat aux Collectivités Territoriales. Présidée par le Ministre de l'Administration territoriale et des collectivités locales, elle comprend 17 membres (13 départements ministériels, le Conseil National de la Société Civile, le Commissariat au Développement Institutionnel, l'Association des Municipalités du Mali, l'Association des Collectivités Cercles et Régions). Elle se réunit une fois par trimestre. Son secrétariat est assuré par la Direction nationale des collectivités territoriales.

- ° La tenue d'une consultation sectorielle sur la décentralisation en février 2005 qui a regroupé les principaux acteurs de la décentralisation. La consultation a validé le Document Cadre de Politique Nationale de Décentralisation (DCPND) et le Programme de Développement Institutionnel (PDI) et les partenaires techniques et financiers ont déclaré leur engagement et soutien pour le processus de décentralisation.

Transfert de compétences aux communes rurales

Santé	Education	Hydraulique
<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration et mise en œuvre du plan de développement de la santé • Création et entretien des infrastructures • Autorisation de créer des centres de santé communautaires (CSCOM) • Conclusion de la convention d'assistance mutuelle avec les associations de gestion des centres de santé (ASACO) • Subvention aux ASACO • Recrutement du personnel • Mise en place d'un stock de roulement initial de médicaments essentiels • Lutte contre la vente illicite des médicaments • Information, éducation et communication en santé • Mise œuvre des politiques et stratégies nationales de prévention et de lutte contre les maladies • Mobilisation sociale autour des objectifs socio-sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration et mise en œuvre du plan de développement de l'éducation • Appui à l'élaboration de la carte scolaire • Construction et entretien des infrastructures préscolaires et scolaires • Détermination des modules spécifiques n'appartenant pas à la nomenclature nationale • Recrutement et gestion du personnel • Subvention des écoles communautaires • Organisation et fonctionnement des cantines • Organisation des examens • Production des statistiques scolaires • Suivi des centres d'alphabétisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboration et mise en œuvre du plan de développement de l'hydraulique (alimentation en eau potable) • Construction et entretien des infrastructures • Contrôle et suivi des structures agréées de gestion des infrastructures • Recrutement des exploitants chargés du fonctionnement des infrastructures

Les cinq (5) principes du transfert de compétences sont (loi N° 93-008)

Principe 1. L'intangibilité de l'unité nationale et de l'intégrité territoriale

Ce principe suppose que toutes les compétences qui fondent l'existence de l'Etat et l'intégrité du territoire national ne peuvent être transférées. Il s'agit de prérogatives régaliennes comme la défense nationale, la justice, la politique extérieure, la monnaie et l'élaboration des politiques nationales.

Principe 2. L'exclusivité du transfert aux seules collectivités territoriales

Le transfert ne se fait ni aux communautés ni aux associations ou autres groupements (GIE, ONG etc.). C'est aux seules collectivités territoriales (communes, cercles, régions et le district de Bamako) que les compétences seront dévolues.

Principe 3. La concomitance du transfert de compétences et ressources

Tout transfert de compétences à une collectivité doit être accompagné du transfert concomitant par l'Etat à celles-ci de ressources et moyens nécessaires à l'exercice normal de ces compétences.

Principe 4. La progressivité dans le transfert de compétences

Il s'agit de tenir compte de la diversité des situations dans les collectivités et la nécessité de les préparer à la prise en charge des compétences transférées. Ainsi, le transfert de compétences se fera progressivement au fur et à mesure que les collectivités seront capables de les assumer.

Principe 5. L'instauration d'un partenariat entre l'Etat et les collectivités territoriales

Le transfert de compétences ne suppose pas un divorce entre l'Etat et les collectivités. Au contraire, les politiques locales doivent s'articuler avec les politiques nationales ouvrant la voie à un véritable partenariat entre les différents acteurs du développement.

Principe 5. L'instauration d'un partenariat entre l'Etat et les collectivités territoriales

Le transfert de compétences ne suppose pas un divorce entre l'Etat et les collectivités. Au contraire, les politiques locales doivent s'articuler avec les politiques nationales ouvrant la voie à un véritable partenariat entre les différents acteurs du développement.

Annexe 2

Liste des documents du programme de Koulikoro et des outils liés à la gestion partagée dans la santé

- CSREF Dioila, 2006. *Contribution financière des communes aux activités de santé à Dioila*. CSREF, Dioila.
- Dicko, B., 2007. *La convention d'assistance mutuelle commune/Asaco, un outil de partenariat efficace pour la fourniture des services de santé de base de qualité*. SNV, Bamako.
- DRS Koulikoro, 2006. *Rapport de l'atelier de relance de la recherche action sur le transfert de compétences et des ressources aux collectivités en matière de santé*. DRS, Koulikoro.
- DRS Koulikoro, 2006. *Guide des facilitateurs du processus de micro-planification annuelle des activités de santé*. DRS/SNV, Koulikoro.
- DRS/SNV/KIT, 2005a. *Guide de la microprogrammation annuelle des actions de santé dans l'espace communal*. DRS/SNV, Koulikoro.
- DRS/SNV/KIT, 2005b. *Guide d'information sur la politique sanitaire à l'intention des élus et leurs partenaires*. DRS/SNV/KIT, Koulikoro.
- DRS/SNV/KIT, 2005c. *Guide d'information des acteurs locaux sur la décentralisation et le transfert de compétences en matière de santé*. DRS/SNV/KIT, Koulikoro.
- Fenascom, 2007a. *Manuel de formation en gestion des membres des ASACO et du personnel des CSCOM*. Fenascom, Bamako.
- Fenascom, 2007b. *Rapport état de signature de la CAM*.
- SNV Mali, 2005. *Rapport de synthèse de la mission SNV/KIT dans le cercle de Dioila*. EGLK, Koulikoro.
- SNV Mali, 2006. *Critères minimum de la fonctionnalité d'une association communautaire pour la gestion déléguée*. EGLK, Koulikoro.
- SNV Mali/KIT, 2004. *Protocole de recherche-action et plan de travail « renforcement des partenariats locaux dans la santé »*. SNV Mali/KIT, Bamako.
- SNV Mali/KIT/DRS, 2005. *Rapports des ateliers sur l'amélioration des services de santé dans l'espace communal à travers le renforcement des partenariats*. SNV/KIT/DRS, Banamba, Dioila, Koulikoro.
- SNV Mali/KIT, 2006. *Guide sur le Système d'Information Essentielle pour les communes et le cercle – document de travail*. SNV/KIT, Bamako.
- KIT, 2006a et 2006b. *Rapport de mission dans le cadre de la recherche-action « construire des partenariats efficaces dans l'espace communal pour améliorer la qualité des services de santé »*. KIT, Amsterdam.

Annexe 3

Les obligations de la commune et de l'ASACO dans la Convention d'Assistance Mutuelle

La commune s'engage à :

- Contribuer à hauteur de.... % du coût de la construction de la réhabilitation ou de l'extension du Centre de Santé Communautaire ;
 - Assurer ou déléguer la maîtrise d'ouvrage des travaux de construction et d'équipement du CSCOM selon les normes requises ;
 - Doter le CSCOM en stock initial de médicaments essentiels en DCI, en équipements et moyens logistiques (matériels roulants) ;
 - Inscrire chaque année au budget communal une subvention pour assurer notamment :
 - ° le renouvellement des moyens logistiques et du gros matériel médical selon la liste standard en vigueur
 - ° la contribution à la prise en charge du salaire de certains agents du centre de santé communautaire dont le nombre est fixé d'accord parties ;
 - ° le financement des activités de formation du personnel définies d'accord parties;
 - ° le financement des activités du PMA;
 - ° le financement des activités de lutte contre la vente illicite des médicaments, la lutte contre les épidémies et catastrophes ;
 - Appuyer l'ASACO dans la mobilisation et la sensibilisation des populations ;
 - Associer l'ASACO à l'animation des sessions de la commission santé du conseil communal ;
- Suivre et contrôler la gestion du centre de santé communautaire ;

L'ASACO s'engage à :

- Faire assurer par le CSCOM le paquet minimum d'activités pour les habitants de l'aire de santé ;
- Concourir à la mise en œuvre du plan communal de santé, de la lutte contre la vente illicite des médicaments et de la lutte contre les catastrophes et les épidémies ;
- Gérer le centre de santé communautaire conformément aux normes et procédures du manuel de gestion ;
- Cofinancer le coût de construction, de réhabilitation ou d'extension du Centre de Santé Communautaire ;
- Elaborer et transmettre au maire de la commune une copie du plan d'opération annuel ;
- Assurer l'entretien de l'infrastructure et des équipements ;
- Prendre en charge les dépenses de fonctionnement courant du Centre de Santé Communautaire y compris les salaires non couvertes par d'autres sources ;
- Fournir des rapports d'activités, ainsi que les statistiques sanitaires au maire de la commune ;
- Fournir un rapport bilan financier (semestriel) au maire de la commune ;
- Assurer le renouvellement du petit matériel ;

- Affilier à l'INPS le personnel du CSCOM employé par l'association de santé communautaire ;
- Veiller à la bonne gestion des médicaments essentiels en dénomination commune internationale et assurer le renouvellement du stock ;
- Assurer le renouvellement démocratique du bureau de l'ASACO aux échéances statutaires ;
- Tenir régulièrement les réunions statutaires ;
- Tenir les réunions du conseil de gestion de l'aire de santé ;
- Recevoir l'équipe de supervision et lui communiquer toutes informations utiles ;
- Participer à l'animation de la commission santé du conseil communal ;
- Veiller à l'approvisionnement adéquat en vaccins, médicaments spécifiques et produits hormonaux (anti-lépreux, antituberculeux, contraceptifs, etc...).

La convention a une durée de 5 ans. Le suivi de la mise en œuvre de la Convention est assuré par une Comité Paritaire (5 élus communaux, 5 membres de l'ASACO).

Source : MS, 2006.

Annexe 4

Vers des partenariats locaux dans l'éducation

L'Association de parents d'élèves (APE) est née de la réforme de 1962. Sa mission première était de mobiliser les parents d'élèves autour de l'école en vue de leur participation au développement des structures matérielles. Elle a joué un rôle très important dans la croissance de l'école malienne. Son organisation s'étend du village (une association de parents par école ou par groupe scolaire) au niveau national (fédération nationale des associations de parents d'élèves.)

Son efficacité est remise en question par le manque de capacité à mobiliser les ressources éducatives afin de créer des conditions favorables à l'accès et la rétention de la majorité des enfants à l'école, les filles notamment. L'implication d'enseignants retraités aux postes à responsabilité de l'APE donne aussi lieu à de vives critiques et on estime que son impact sur la qualité de l'éducation reste à prouver, même si elle a joué dans le passé un rôle important dans la résolution de certaines crises scolaires qu'a connues le Mali. À l'heure actuelle, la préférence est donnée au Comité de gestion scolaire.

Le Comité de gestion scolaire est né de la recherche du besoin de plus de démocratie et de cohérence dans les actions et d'une plus grande rigueur dans la gestion de l'école. L'ouverture démocratique, la démonstration de compétences et d'une bonne gestion font partie des caractéristiques attendues des membres du CGS. Il est considéré comme un instrument plus technique, plus rigoureux et donc, plus efficace que l'APE (Dembélé, 2004).

La convention commune – le comité de gestion scolaire dans l'éducation

Obligations des collectivités :

Le conseil communal par son Maire doit :

- Résoudre les principales contraintes que rencontre le CGS dans le développement de l'éducation ;
- Déléguer des compétences au CGS pour une gestion plus rapprochée et plus participative de l'école ;
- Fixer des priorités et des objectifs à atteindre dans le secteur de l'éducation en partenariat avec le CGS ;
- Informer le CGS sur les ressources affectées au cours de l'exercice à l'Éducation dans la commune ainsi que les rubriques concernées ;
- Financer les activités en tenant compte de la planification stratégique du développement scolaire ;
- Impliquer le CGS dans l'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement de l'école ;
- Veiller au renouvellement du mandat du CGS conformément aux dispositions de l'arrête No 04-0469/MEN-SG du 09 mars 2004 portant création, organisation et modalités de fonctionnement du CGS.

Obligations du CGS :

- Présenter annuellement son budget en recettes et dépenses au Conseil Communal ;
- Elaborer les projets d'école et les soumettre au Conseil Communal pour approbation après avis des services techniques ;
- Etudier toute question relative a la vie de l'école qui lui est soumise et y proposer des solutions ;
- Fournir au maire un bilan annuel de ses activités en y incluant le bilan financier ;
- Informer le Conseil Communal sur ses réunions ainsi que l'ordre du jour ;
- Participer aux activités d'information, formation et sensibilisation des populations sur les résultats obtenus par la Commune en matière d'éducation ainsi que les objectifs a atteindre ;
- Mettre en place un système de gestion du matériel, des infrastructures et des finances garantissant la transparence ;
- Se soumettre aux contrôles et audits commandités par la mairie ;
- Tenir les Assemblées générales conformément a ses statuts et règlement intérieur.

Source : MEN/CADD, 2006.

Les auteurs du bulletin

Ce bulletin est le fruit de la collaboration entre la Cellule d'appui à la décentralisation et à la déconcentration (CADD) du ministère de la Santé, la Direction régionale de la santé à Koulikoro, la SNV Mali et le KIT.

Les auteurs de la CADD sont tous des membres permanents de cette structure. Le Dr. Mamadou Konaté, expert en santé publique, était coordinateur de la CADD de 2006 à 2007. Le Dr. Ibrahima Koné est expert en santé publique au sein de la Cellule et Mr. Camara est chargé de planification. Mr. Keita est responsable de la gestion financière.

Mr. Mamadou Sory Keita est ingénieur sanitaire et point focal en décentralisation au sein de la Direction régionale de la santé à Koulikoro.

Dramane Dao, Ingénieur en finances et comptabilité, est conseiller à l'Organisation néerlandaise de développement (SNV) et chargé des questions de transfert de compétences et de ressources aux collectivités territoriales. Auparavant, il a appuyé diverses structures de santé aux niveaux local et régional. Le Dr. Boubacar Dicko est médecin travaillant dans le domaine de la santé communautaire au sein de la SNV Mali.

Elsbet Lodenstein est conseillère au KIT où elle accompagne les processus d'apprentissage et de capitalisation dans le domaine de la gouvernance locale, notamment en matière de planification participative, du suivi-évaluation et de la gestion décentralisée des services de base.

Thea Hilhorst travaille au KIT et est spécialisée dans le domaine de la décentralisation rurale et de la gouvernance locale. Elle travaille notamment sur la promotion de l'alignement entre gouvernements locaux et approches sectorielles.

Colophon

Bulletins de l'Institut Royal des Tropiques

L'Institut Royal des Tropiques (KIT), d'Amsterdam, Pays-Bas, est un institut international spécialisé dans la production et le partage de connaissances et d'expertises dans le cadre d'une coopération institutionnelle. Les objectifs du KIT sont de contribuer au développement durable, à la lutte contre la pauvreté, à la diffusion d'informations, à la préservation de la culture et aux échanges culturels. Cette série de Bulletins de l'Institut Royal des Tropiques (KIT) traite de thèmes d'actualité relatifs à la coopération internationale au développement. Les Bulletins offrent un forum multidisciplinaire aux chercheurs et experts qui travaillent dans des domaines tels que la décentralisation et la gouvernance locale.

Adresses

Ministère de la Santé

Koulouba, Bamako, Mali

Tel : +223 222 53 01

Fax : + 223 222 42 66

SNV Mali

Rue 17 porte 305 Badalabougou Est

BP 2220, Bamako, Mali

Tel : +223 223 33 47/223 33 48

Fax : +223 223 10 84

E-mail : snvmali@snvworld.org

Site web : www.snv mali.org

Autres publications du KIT sur le thème de la décentralisation et de la gouvernance locale :

- Hilhorst, T. and G. Baltissen (eds.), 2004. *La décentralisation au Mali: du discours à la pratique*. KIT bulletin 358. SNV/CEDELO, KIT Publishers
- Kwaak, A. van der, and M. Wegelin (eds.), 2006. *Gender and health: policy and practice: a global sourcebook*. Amsterdam: KIT Publishers

- Hilhorst, T. et C. Adjinacou. 2007. *L'approche sectorielle peut-elle renforcer les instances locales ? Le secteur eau au Bénin*. KIT bulletin 382, Amsterdam, KIT Publishers

Institut Royal des Tropiques

KIT Development Policy & Practice &

KIT Publishers

P.O. Box 95001

1090 HA Amsterdam, Pays-Bas

Téléphone : +31 (0)20 5688 272

Téléfax : + 31 (0)20 5688 286

E-mail : e.lodenstein@kit.nl

Site web : www.kit.nl

© 2008, KIT, Amsterdam, Pays-Bas

Citation correcte

Konaté, M. (*et al.*), 2008, *Réaliser le transfert de compétences dans le domaine de la santé.*

L'expérience de Koulikoro au Mali. Sous la

direction de Lodenstein, E. et Hilhorst, T.

Bulletin 383. Amsterdam : KIT Publishers.

Mots clés

Décentralisation, dévolution, Mali, Santé

Direction Elsbet Lodenstein et Thea Hilhorst

Edition Maryck Nicolas Holloway

Photographie Panos pictures, Boubacar Dicko,

Elsbet Lodenstein

Couverture Studio Berry Slok, Amsterdam,

Pays-Bas

Impression High Trade NV, Zwolle, Pays-Bas

ISBN : 978 90 6832 620 8

ISSN : 0922 7911

NUR : 600/940