

# DYNAMISER LA SANTÉ COMMUNALE

Construire des partenariats efficaces dans l'espace communal  
pour améliorer la qualité des services de santé



T. Hilhorst, D. Bagayoko, D. Dao, E. Lodenstein et J. Toonen

# DYNAMISER LA SANTÉ COMMUNALE

Construire des partenariats efficaces dans l'espace communal  
pour améliorer la qualité des services de santé

T. Hilhorst, D. Bagayoko, D. Dao, E. Lodenstein et J. Toonen

SNV - KIT

*Bamako, Octobre 2005*

Une meilleure performance du secteur public dans la fourniture de services de base est une nécessité absolue pour la réduction de la pauvreté. Dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, une nouvelle architecture institutionnelle voit le jour suite à l'établissement de collectivités territoriales élues. Le mandat de ces nouvelles instances englobe officiellement des responsabilités ayant trait à la fourniture de services de base.

En 1990, le Gouvernement du Mali a adopté une Politique sectorielle de santé et de population.

Dans le cadre de sa mise en œuvre, l'Etat a eu recours à d'autres acteurs qui sont : les organisations de la société civile, les structures privées et les organismes de coopération bilatérale et multilatérale et plus tard les collectivités territoriales.

Le transfert des compétences est devenu une des grandes questions, un des grands enjeux du processus de la décentralisation au Mali. En tant qu'approche, il constitue une étape importante de la finalisation de la décentralisation démocratique. Il contribuera certainement à l'amélioration de la situation sanitaire des populations à travers une collaboration efficace entre l'ensemble des acteurs intervenant dans le secteur et en dehors du secteur.

Cependant la pratique l'architecture institutionnelle, les habitudes mais aussi les intérêts divergents en combinaison avec les préjugés mutuels peuvent frustrer une telle collaboration au détriment des objectifs de développement durable.

L'objectif de ce bulletin est d'explorer comment un partenariat tripartite développé entre les acteurs concernés par le transfert de compétences en santé (services techniques étatiques, collectivités locales et associations de santé communautaire) pourrait aboutir à une amélioration de la santé au niveau local.

Le contenu de la présente brochure s'inspire des expériences de la SNV dans l'accompagnement des acteurs ci-dessus cités. Cet acquis a favorisé le démarrage d'une recherche action sur le développement des partenariats dynamiques entre les acteurs concernés par le transfert de compétences et de ressources dans le domaine de la santé dans la région de Koulikoro.

La SNV et l'institut Royal des Tropiques (KIT) souhaitent que cette nouvelle parution inspire d'autres acteurs et invitent les uns et les autres à faire leurs suggestions et commentaires car il s'agit bien d'une recherche qui est toujours en cours de réalisation.

Le sujet est complexe et demande l'apport de tous.

Bonne lecture

**La Directrice de la SNV Mali  
Mme Jeanette De Regt**

<b>1- Introduction</b>	<b>7</b>
<b>2 - Contexte conceptuel</b>	<b>9</b>
2.1 Concepts	9
2.2 Déconcentration	9
2.3 Dévolution	10
2.4 Lier une approche sectorielle au renforcement des collectivités territoriales	10
<b>3 - Prestations de services de santé au Mali</b>	<b>12</b>
3.1 L'émergence des ASACO	12
3.2 Déconcentration du ministère de la Santé	14
3.3 Approche sectorielle : PRODESS et DSRP	16
<b>4 - Responsabilité des collectivités territoriales pour les prestations de services de santé – opportunités, enjeux et attermoissements</b>	<b>17</b>
4.1 L'émergence des collectivités territoriales au Mali	17
4.2 Transfert de compétences et de ressources dans le secteur de la santé, de l'éducation et de l'hydraulique	19
4.3 Initiatives politiques afin de promouvoir le transfert de compétences dans le secteur de la santé	21
4.4 Recrutement de personnel avec des fonds de l'initiative PPTTE	23
<b>5 - Potentiel d'un partenariat entre les collectivités territoriales, le ministère de la santé et l'ASACO en matière de santé publique</b>	<b>24</b>
Forger des partenariats	24
Opportunités	25
Enjeux	26
Les menaces	28
Les opportunités	30
<b>6 - Coopération émergente</b>	<b>31</b>
6.1 Activités des collectivités territoriales dans le secteur de la santé publique	31
6.2 Premiers pas vers une action concertée à Dioïla	32
6.3 Traitement des différences entre cartes sanitaires	34

<b>7 - Conditions requises pour des partenariats efficaces</b> _____	<b>35</b>
Confiance	35
Information	35
7.1 Etablissement de plateformes de consultation dits "cadres de concertation"	36
7.2 Planification intersectorielle cohérente	37
7.3 Amélioration des capacités de suivi	38
7.4 Contrats de performance	38
7.5 Prévention et résolution des conflits	39
7.6 Réduction de la pauvreté et équité	39
<b>8 - Vers l'amélioration de la santé publique par des     partenariats locaux : une proposition de recherche-action</b> ____	<b>40</b>
8.1 Contexte	40
8.2 Étapes	41
<b>9 - Références</b> _____	<b>44</b>

<b>ANICT</b>	Agence Nationale des Investissements des Collectivités Territoriales
<b>ASACO</b>	Association de Santé Communautaire
<b>CSCOM</b>	Centre de Santé Communautaire
<b>DNCT</b>	Direction Nationale des Collectivités Territoriales
<b>MOH</b>	Ministry Of Health
<b>PRODESS</b>	Politique Sectorielle de Santé et de Population ; Politique sectorielle de l'Action Sociale
<b>SWAp</b>	Sector Wide Approach
<b>TdC</b>	Transfert de Compétence

Une meilleure performance du secteur public dans la fourniture de services de base est une nécessité absolue pour la réduction de la pauvreté. Dans plusieurs pays d'Afrique de l'Ouest, une nouvelle architecture institutionnelle voit le jour suite à l'établissement de collectivités territoriales élues. Le mandat de ces nouvelles instances englobe officiellement des responsabilités ayant trait à la fourniture de services de base.

Les services et les infrastructures de base pour les soins de santé, l'éducation, l'eau, l'assainissement etc. contribuent à l'amélioration du bien-être mais bien souvent ils passent à côté des pauvres. Ils peuvent être inexistantes, inaccessibles, inabordables, de piètre qualité technique ou dysfonctionnels. Certaines des causes à l'origine de la médiocrité des prestations de service découlent des décisions prises au niveau central (un budget qui n'est pas consacré à des services dont les pauvres ont besoin ; des ressources qui n'atteignent pas les prestataires de services sur le terrain) ou de problèmes liés aux ressources humaines (disponibilité, présence, qualité, attitude). En outre, il se peut que la demande de services par les pauvres soit faible en raison de l'éloignement, du coût (coûts directs et coûts de transaction), de facteurs culturels (tels que la spécificité des genres), ou d'un manque de réactivité au système de santé, d'un manque de confiance, voire même d'une utilisation abusive par le personnel (World Bank, 2004).

Les principaux acteurs de la chaîne de prestation de services de base sont les citoyens en tant qu'usagers, les prestataires de service et les décideurs, pour ce qui concerne un bien public. Une demande précaire de la part des pauvres ne fera pas pression sur le système de santé pour qu'il offre de meilleurs services. Les meilleures performances peuvent découler d'un suivi interne, d'un apprentissage ou d'une réactivité au sein même du secteur sanitaire ou encore des pressions exercées par ceux qui utilisent ou financent (indirectement) le secteur de la santé. Dans les zones rurales, le pouvoir des usagers des services de santé est limité car, bien souvent, ils n'ont pas d'autres options que les guérisseurs traditionnels. La consultation d'un médecin privé en ville peut s'avérer trop onéreuse ou impossible en raison de la distance. En outre, il est rare que les professionnels de la santé fassent des enquêtes de satisfaction auprès de leur clientèle et il se peut qu'ils n'en perçoivent pas les avantages.

Suite à l'initiative dite de Bamako "sur l'amélioration des prestations durables de santé publique", la participation des usagers a été institutionnalisée en créant des associations de santé communautaires dans toute l'Afrique de l'Ouest.

Ces associations étaient chargées de mobiliser les ressources financières et, officiellement, elles devaient être consultées pour la définition de priorités, la planification et le suivi de la fourniture de services. Toutefois, dans la pratique, le rôle de ces associations communautaires dans la gestion de la santé publique est resté défectueux.

L'architecture institutionnelle de la fourniture de services a changé avec l'apparition de collectivités territoriales élues auxquelles sont confiées des responsabilités pour des services de base, comme c'est le cas au Sénégal et au Mali. Cette évolution soulève beaucoup de questions. Sur le terrain, quelle est la réalité du mandat officiel des collectivités territoriales concernant la fourniture de services et ont-elles accès aux capacités et aux ressources requises ? Le potentiel que présente un partenariat avec le secteur public ou avec la société civile dans le domaine de la fourniture de services de base est-il exploité ? Dans quelle mesure la fourniture de services évolue-t-elle vraiment ? Les collectivités territoriales ont-elles commencé à contribuer à la santé publique ou au suivi des performances ? L'implication des collectivités territoriales facilite-t-elle la formulation de réponses multisectorielles en matière de santé publique ? Améliore-t-elle l'accès pour les pauvres ?

Les hommes et les femmes qui ont recours aux services de santé exercent-ils des pressions sur leurs représentants pour qu'ils insistent sur une amélioration des prestations ? Sont-ils informés de leurs droits en tant que citoyens et sont-ils en mesure de rendre les décideurs et les prestataires de service responsables de leurs actions ?

Dans ce document, nous allons explorer la contribution potentielle des collectivités territoriales à la fourniture de services de base, en mettant l'accent sur le secteur de la santé publique au Mali. Après une description de la chaîne de prestation de services et des concepts de décentralisation, nous dresserons un inventaire des changements intervenus récemment dans l'organisation du secteur de la santé au Mali et des implications que présente l'apparition des collectivités territoriales. Nous procéderons ensuite à une analyse des opportunités et des enjeux que posent les partenariats tripartites regroupant les collectivités territoriales, le ministère de la Santé publique et les associés communautaires impliqués dans la gestion des centres de soin communautaires avant de présenter quelques expériences acquises sur le terrain. Dans le dernier chapitre, nous nous pencherons sur les préalables requis pour garantir des partenariats efficaces dans la fourniture de services de santé et nous proposerons un cadre d'action recherche visant à faire progresser cet ordre du jour au Mali.

### 2.1 Concepts

La décentralisation est le transfert des compétences de prise de décision, de fonctions et de ressources d'une forme d'autorité centrale vers plusieurs unités inférieures ; il s'agit généralement d'un processus de haut en bas qui intervient dans un cadre juridique. Le terme de décentralisation a de nombreuses acceptions en fonction du contexte et il peut être employé pour signifier : *déconcentration, dévolution, délégation ou privatisation.*

### 2.2 Déconcentration

La déconcentration est le transfert de certaines responsabilités administratives – plutôt que politiques – à des échelons sous-nationaux de l'administration centrale, comme par exemple au sein d'un ministère de la Santé ; elle vise essentiellement à améliorer la mise en œuvre des décisions de politique nationale. Les échelons décentralisés restent responsables envers l'administration centrale. La déconcentration n'implique pas de transfert d'autorité, bien que les échelons sous-nationaux puissent bénéficier d'un certain degré de discrétion mais ils ne peuvent pas fonctionner sans faire constamment référence à l'administration centrale. En outre, les décisions prises au niveau décentralisé peuvent être révoquées par les échelons supérieurs. Lorsque la chaîne est bien structurée, il est possible que les demandes des clients soient portées à l'attention de l'administration centrale.

On peut distinguer deux approches : la déconcentration *verticale* et la déconcentration *intégrée*. Dans le modèle *vertical*, le personnel local de chaque ministère sectoriel est uniquement responsable envers son ministère. Il est possible de créer une forme d'organe de coordination afin de promouvoir la coopération et d'éviter que les différents ministères sectoriels ne fonctionnent en vase clos. A titre d'exemples d'organes de ce type, on peut citer le comité de développement régional ou de cercle, qui est généralement présidé par une instance administrative.

Lorsque c'est le modèle *intégré* qui est retenu comme approche de la déconcentration, un représentant administratif nommé par l'administration centrale est chargé de toutes les fonctions gouvernementales dans le secteur relevant de sa juridiction. Cet agent (un gouverneur ou un préfet) n'est pas élu et, le plus souvent, il appartient au ministère des Collectivités territoriales ou au ministère de l'Intérieur. Un agent d'un ministère sectoriel (par ex. un chargé des affaires médicales régionales) rend directement compte au gouverneur concernant les questions administratives de routine mais il reste sous la tutelle du ministère sectoriel pour ce qui relève des questions techniques.

## 2.3 Dévolution

Par dévolution, on entend l'établissement d'échelons sous-nationaux de gouvernement qui fonctionnent indépendamment du niveau central et auxquels est transféré un ensemble prédéterminé de fonctions et de responsabilités. L'objectif déclaré consiste à renforcer les structures démocratiques, resserrer l'écart entre les structures politiques/publiques et administratives et la population, et rendre les services publics plus sensibles aux attentes et aux besoins locaux. Ceux qui ont la charge des collectivités territoriales sont généralement élus.

La loi stipule, le plus souvent, que l'administration centrale doit transférer un ensemble prédéterminé de compétences et de responsabilités, ainsi que les ressources requises pour la mise en oeuvre. Dans la pratique, ce transfert de compétences est progressif (géographiquement et/ou dans le temps), et l'administration centrale en détermine la cadence. Les allocations des ressources (humaines, financières, etc.) requises pour assumer ces nouvelles responsabilités sont au mieux à la traîne et, bien souvent, elles ne se concrétisent jamais.

On attend des différents échelons des collectivités territoriales qu'ils fonctionnent conformément aux politiques et programmes nationaux, y compris ceux des ministères sectoriels. L'administration centrale supervisera l'application de la loi et des règlements et l'utilisation des fonds publics. Les collectivités territoriales peuvent avoir le pouvoir statutaire de percevoir les revenus et de les dépenser en fonction des priorités définies localement. Dans certains pays, elles reçoivent un pourcentage fixe du budget national ou bien une subvention de l'administration centrale, mais l'utilisation de cette enveloppe peut être préassignée. Les ministères sectoriels peuvent aussi transférer une partie de leur budget aux collectivités territoriales si celles-ci se sont vues confier certaines responsabilités propres au secteur. L'assise des collectivités territoriales, leur degré d'autonomie financière, l'existence de mécanismes solides de reddition de comptes et propices à la transparence varient d'un pays à un autre et évoluent au fil du temps.

## 2.4 Lier une approche sectorielle au renforcement des collectivités territoriales

Les secteurs sont structurés verticalement et une politique de déconcentration risque encore d'accentuer ce schéma. Là où il existe plusieurs strates de collectivités territoriales entre le niveau central et le niveau local, celles-ci sont liées en interne mais pas nécessairement suivant des principes hiérarchiques.

A l'intérieur de l'espace ou du territoire au sein duquel fonctionnent les collectivités territoriales, elles doivent encourager la coordination horizontale entre les secteurs.

Les collectivités territoriales ont un certain niveau de discrétion – c'est là l'essence même de la dévolution – pour décider de la gamme de services qu'elles souhaitent appuyer et où faire des investissements. Ces décisions peuvent ne pas cadrer avec les priorités des ministères sectoriels<sup>1</sup>.

Un autre défi réside dans le fait que les ministères sectoriels tendent à avoir différents niveaux et différentes zones d'influence qui peuvent, une fois encore, diverger des cellules des collectivités territoriales administratives et entraîner ainsi des problèmes de coordination en termes de planification et de mise en oeuvre.

---

<sup>1</sup> En Ouganda, à l'issue de la dévolution, les collectivités territoriales ont moins investi dans les services de santé. Une raison avancée pour expliquer ce phénomène était qu'à leurs yeux ce secteur recevait suffisamment d'aide directe (Jeppsson, 2004)

Examinons maintenant le cas du Mali. Dans cette section, nous allons présenter les acteurs du système de santé malien. Nous commencerons par les associations de santé communautaires puis nous décrirons la structure du secteur de la santé ainsi que les politiques et les changements qui sont intervenus au cours de la dernière décennie.

Au Mali, une nouvelle politique sectorielle a été adoptée pour le secteur de la santé en 1990 (Politique sectorielle de santé et de population ; Politique sectorielle de l'action sociale ; PRODESS – Programme de développement sanitaire et social). Cette nouvelle politique repose avant tout sur le rôle accru confié aux populations en matière de mobilisation des ressources et de gestion des centres de santé (voir 3.1) et sur la déconcentration de certaines responsabilités au sein du ministère de la Santé (voir 3.2).

En 1997 a été approuvée une approche sectorielle globale (ASG) pour le service de santé. Les fondements de l'ASG sont un renforcement du processus de planification technique, du système de dépenses et de planification financière ; le développement des ressources humaines ; une meilleure intégration des différentes activités liées à la santé publique et la promotion d'un partenariat dynamique entre tous les acteurs impliqués dans la gestion de la santé publique.

Au fil des dix dernières années, la santé publique est devenue une priorité au Mali. Suite au processus de Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté au Mali (CSLP<sup>2</sup>) et aux ressources qui firent soudain leur apparition du fait de la signature de l'accord PPTTE, davantage de fonds sont devenus disponibles. La part financière du secteur de la santé a augmenté en termes de pourcentage d'attribution du PNB, même si cette allocation reste insuffisante pour couvrir tous les besoins. L'équité est devenue une préoccupation plus visible du gouvernement depuis l'élaboration du DSRP.

### 3.1 L'émergence des ASACO

Le ministère de la Santé s'est donc embarqué dans une politique favorable à l'émergence d'associations de santé communautaires afin d'accroître la zone de couverture des services de santé. Contrairement à bien d'autres pays, une ASACO (Association de santé communautaire) au Mali est une entité reconnue légalement qui est autorisée à recruter du personnel, à gérer des réserves financières et à posséder des bâtiments. Ce statut juridique confère également à une ASACO son indépendance vis-à-vis d'autres acteurs, tels que les collectivités territoriales.

---

<sup>2</sup> Le CSLP a été approuvé en 2001.

Une ou plusieurs communautés désireuses d'obtenir un CSCOM (Centre de santé communautaire) sont d'abord incitées à former une ASACO. Un CSCOM doit pouvoir fonctionner avec les fonds générés par l'ASACO, sans subvention du ministère de la Santé (hormis au plan du personnel). Par conséquent, le ministère de la Santé a défini des critères pour garantir la viabilité financière d'une ASACO : au moins 5000 habitants, un rayon maximal de 15 km ; potentiel suffisant pour le recouvrement des coûts, capacités techniques disponibles<sup>3</sup>. L'adhésion à une ASACO est facultative et privée mais, dans la pratique, tout un village devient membre<sup>4</sup>. Il faut alors convoquer une assemblée générale afin de nommer un conseil d'administration et un comité de gestion. Le chef de poste du ministère de la Santé est membre de l'équipe de direction<sup>5</sup>.

L'ASACO peut créer un CSCOM mais cette création doit être validée par le ministère de la Santé. Le CSCOM doit cadrer avec la carte géographique des services de santé et la carte sanitaire, et l'ASACO doit satisfaire aux critères énoncés plus haut. Cette approbation est un préalable à l'allocation d'un appui financier pour la construction du CSCOM et à l'assignation de personnel par le ministère de la Santé. Les coûts de construction du CSCOM, les équipements requis et un stock de médicaments sont financés par le biais de fonds mis à disposition par le ministère de la Santé mais l'ASACO doit d'abord réunir une contre partie de 20 % de l'investissement total. Le ministère de la Santé assignera également le personnel minimum requis (à savoir un docteur et un infirmier) à un CSCOM agréé.

Au niveau du cercle (district), c'est le ministère de la Santé qui est le plus souvent à l'origine de l'établissement d'une ASACO. Ce lien avec le ministère de la Santé crée un certain degré de dépendance dans le processus de prise de décision et les opérations d'une ASACO. Officiellement, l'ASACO est chargée de la gestion d'un CSCOM mais, dans la pratique, c'est le personnel médical qui s'occupe de la gestion quotidienne. Le ministère de la Santé est également chargé de la formation et de la supervision des activités et une série de méthodes et d'outils ont été élaborés afin d'appuyer l'ASACO dans ce sens (analyse de la situation sanitaire, indicateurs de suivi des progrès ; gestion financière ; système de recouvrement des coûts ; gestion du stock de médicaments de première nécessité)<sup>6</sup>.

L'ASACO doit aussi organiser l'appui financier local pour la gestion du CSCOM. En particulier, la gestion rigoureuse des fonds générés par le biais du système de recouvrement des coûts pour l'acquisition de médicaments est un aspect important pour la viabilité à long terme du CSCOM.

<sup>3</sup> Il existe un outil permettant de déterminer si un CSCOM peut devenir une option économiquement viable.

<sup>4</sup> Dans les régions de culture de coton et de riz irrigué, les droits d'adhésion sont souvent versés par l'Association villageoise.

<sup>5</sup> Les membres de l'équipe de direction habitent souvent dans le village où est construit le CSCOM.

<sup>6</sup> Toutefois, l'échelon régional du ministère de la Santé à Koulikoro estime qu'à l'heure actuelle les ASACO ne reçoivent pas suffisamment de soutien car beaucoup moins de ressources sont consacrées à former les équipes sanitaires au niveau du cercle à appuyer les ASACO.

L'ASACO définit les priorités d'allocation des bénéfices générés par le fonds renouvelable des médicaments de première nécessité, mais ces décisions sont guidées par les conseils du chef de poste du CSCOM.

### **3.2 Déconcentration du ministère de la Santé**

Suite à l'introduction du PRODESS en 1990, le ministère de la Santé a fait l'objet d'une réforme en vue de déconcentrer les responsabilités aux échelons inférieurs. La répartition des responsabilités et des tâches entre les quatre échelons au sein du ministère est maintenant la suivante :

- Le niveau central (ministère ; direction nationale et services) est chargé de l'orientation de la politique générale, du développement des politiques stratégiques globales, 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 de quatre hôpitaux nationaux spécialisés. Le niveau central doit consulter le niveau régional et le niveau du cercle en matière de politique.
- Les principales tâches du niveau régional sont de fournir un appui technique aux cercles et de prendre en charge 6 hôpitaux régionaux. Cet échelon est chargé d'appuyer le niveau opérationnel (le cercle) et de veiller au respect de la politique nationale et des directives stratégiques. Le niveau régional a pour mandat de décider de l'attribution des ressources humaines et financières et d'approuver les requêtes du cercle (et *non* de fournir des conseils à leur propos) ; il lui appartient de décider de la répartition des ressources entre cercles d'une même région.
- Le niveau du cercle est chargé de la planification et de la mise en œuvre des activités ainsi que de la surveillance et de la gestion de 55 hôpitaux de référence au niveau du cercle dits centres de santé de référence.
- Le CSCOM ou centre de santé communautaire est chargé des prestations de services de santé (le PMA ou paquet minimum d'activités) à l'intérieur d'une carte sanitaire prédéfinie, en fournissant un appui technique et une formation à l'association de santé communautaire (ASACO) et en mobilisant les ressources locales. Les CSCOM devraient fournir des soins curatifs, surveiller la fourniture de médicaments de première nécessité et organiser des campagnes d'hygiène sanitaire et de vaccination.

Le niveau régional et le niveau du cercle sont invités à soumettre un plan stratégique quinquennal ainsi que des plans annuels en conformité avec un cadre strict. La planification au sein du ministère de la Santé passe par plusieurs niveaux d'arbitrage. Un premier plan est élaboré au niveau de la carte sanitaire locale avec l'aide du personnel médical du CSCOM et de l'ASACO. Ces plans sont ensuite présentés au district sanitaire qui discute des propositions du CSCOM et définit des priorités en fonction d'un budget donné. Un plan de cercle normalisé est ensuite transmis au niveau régional où, une fois de plus, des priorités sont fixées et des ajustements sont apportés (politiques nationale, allocation budgétaire). Une fois approuvé, le plan régional est communiqué au niveau central, qui va alors élaborer un plan national global. Ces procédures peuvent prendre plusieurs mois.

Il se peut que la déconcentration ait renforcé une culture organisationnelle d'évitement du risque et de centralisation. La redistribution du personnel entre les différents niveaux peut s'avérer délicate. Au Mali, il n'y a eu aucun transfert de personnel du niveau central aux niveaux opérationnels. Pourtant, la charge de travail a augmenté et le type de prestations à fournir par le niveau opérationnel a manifestement évolué. Ces tâches ont à présent un caractère principalement administratif et financier et absorbent la majeure partie du temps du personnel à l'échelon régional, du cercle ou du CSCOM, au détriment des activités plus techniques liées à la santé publique.

Les membres du personnel au niveau régional considèrent généralement la promotion à une fonction au niveau central comme la suite logique de leur carrière et, par conséquent, ils tendent à rechercher l'aval de l'échelon supérieur. Pour ne pas risquer d'endommager leurs chances, ils rechignent à appuyer de nouvelles initiatives auxquelles les représentants du niveau central pourraient s'opposer par la suite. Par conséquent, à l'échelon régional, les agents font souvent obstacle aux innovations au niveau du cercle qui visent à adapter les politiques aux circonstances locales (alors que c'était la raison qui justifiait de s'embarquer sur la voie de la déconcentration).

Il a été élaboré quelques documents de politique qui décrivent les tâches à chaque niveau mais le mandat concernant l'allocation des ressources aux niveaux des services déconcentrés n'est pas abordé. Les tâches déléguées à des niveaux inférieurs ne sont pas expressément spécifiées. Seule la Loi régissant les fonctionnaires renferme quelques observations générales du genre "suivant la chaîne hiérarchique". Un exercice sur le développement des ressources humaines au Mali a toutefois démontré que la formulation de profils de poste précis pourrait fournir un outil puissant pour décrire "qui, à quel niveau, est responsable de quoi".

### 3.3 Approche sectorielle : PRODESS et DSRP

Depuis l'introduction de l'approche sectorielle globale en 1997, toutes les négociations avec les bailleurs interviennent au niveau central. Les accords de financement de 1997 ne tenaient pas compte de l'évolution des responsabilités des collectivités territoriales pour la mise en œuvre des activités de développement au niveau régional et du cercle. L'approche sectorielle s'est donc traduite par une concentration accrue des fonds au niveau national et bon nombre de programmes et de projets ont été rationalisés à l'intérieur de la politique sectorielle. Il s'agit de savoir comment, depuis lors, ces ressources ont été allouées entre les différents niveaux, du niveau central aux niveaux décentralisés et entre les diverses instances décentralisées, et dans quelle mesure le système de gestion financière au sein du ministère dispose des capacités requises pour garantir un sauf-conduit pour les capitaux approuvés, depuis les comptes nationaux jusqu'aux comptes de cercle.

Après plusieurs années de mise en œuvre, il ressort diverses contraintes. Parmi celles-ci figurent un manque de personnel au niveau du cercle et l'absence d'une politique de ressources humaines; la gestion du système d'informations sanitaires ; la mobilisation et la gestion des ressources financières ; la coopération entre les partenaires d'appui technique et les partenaires financiers et la lenteur du développement du partenariat autour des prestations de soins de santé. Pire encore, l'augmentation de l'utilisation des services de santé par la population n'a pas atteint les objectifs fixés.

Le PRODESS est né avant l'établissement des collectivités territoriales au Mali, même si la législation en matière de décentralisation était déjà approuvée, et si les responsabilités futures en matière de santé publique à transférer à ces nouvelles entités étaient déjà connues. Le PRODESS a fait l'objet d'une révision en 2004, qui a donné naissance à PRODESS-2, lequel tient compte des responsabilités des collectivités territoriales du point de vue de la santé publique.

### 4.1 L'émergence des collectivités territoriales au Mali

Au Mali, l'émergence des collectivités territoriales, processus localement connu sous le nom de décentralisation, est devenue une réalité en 1999. Après plusieurs années de réflexion conceptuelle, de préparation du cadre juridique et institutionnel et de négociations politiques, les élections communales organisées cette année-là ont été le point d'orgue de la phase préparatoire et signalaient le début de la mise en œuvre de cette réforme institutionnelle. La loi-cadre No. 93-008 stipule les conditions de l'administration autonome des collectivités territoriales. Cette loi s'inspire de la Constitution et prévoit la mise en place de collectivités territoriales, sans relations hiérarchiques entre elles : communes, cercles, régions et le district de Bamako, toutes dotées de leurs organes délibérants et exécutifs (703 communes, 49 cercles et 8 régions, plus le district de Bamako). Les compétences à transférer de l'Etat aux collectivités sont prescrites par la loi, et les ressources, moyens et actifs pour l'exercice de ces compétences sont à transférer simultanément. Toutefois, les collectivités restent soumises à la supervision de l'Etat, lequel se bornera en fait à vérifier la légalité plutôt que le caractère idoine des mesures prises, a posteriori (voir le tableau 1).



La loi prévoit également la création du Haut Conseil des collectivités territoriales (HCCT<sup>7</sup>) en tant qu'organe représentatif national des collectivités décentralisées. Le HCCT n'a pas de pouvoir délibérant comme l'Assemblée nationale, mais il est investi d'un pouvoir consultatif sur toute question ayant trait aux collectivités territoriales. La Constitution oblige le gouvernement à s'enquérir de son opinion et il ne peut être dissout. Les collectivités territoriales ont créé leur propre structure représentative, l'Association des municipalités maliennes (AMM).

Le ministère chargé des collectivités territoriales s'est doté d'instruments de promotion, d'accompagnement et de suivi des collectivités territoriales par la création de la DNCT (Direction nationale des collectivités territoriales) et de la CNN (Cellule de coordination nationale). Des dispositifs d'appui technique et d'appui financier ont été mis au point afin d'accompagner les nouvelles collectivités dans leur mission de promotion du développement rural.

<sup>7</sup> Il est à noter que le Haut Conseil des Collectivités Territoriales (HCCT) n'est pas une collectivité territoriale mais une des institutions de la République du Mali. Le HCCT est composé de 75 membres élus pour un mandat de 5 ans. Ces instances et structures sont : l'Assemblée qui est la plus haute instance, le Bureau de 13 membres et 5 commissions permanentes.

**Tableau 1 : Organisation administrative**

Niveaux	Organes élus	Représentants de l'Etat	Organes d'orientation
Etat	Haut Conseil des collectivités territoriales	Ministre chargé des collectivités territoriales	Comité national d'Orientation (CNO)
Région	Assemblée régionale	Haut commissaire	Comité régional d'Orientation (CRO)
Cercle	Conseil de cercle	Préfet	Comité local d'Orientation (CLO)
Commune	Conseil communal	Sous-préfet	

-  Assistance conseil à la demande de la collectivité  
 Contrôle de légalité

Le simple souhait de créer des collectivités territoriales et leur conférer des pouvoirs ne signifie pas pour autant que ces organes peuvent automatiquement exercer ces pouvoirs et ont les moyens de fonctionner. Pour tenir compte de cet état de fait, la législation malienne prévoit que "tout transfert de compétences à une collectivité [territoriale] doit être accompagné du transfert concomitant par l'Etat à celle-ci, des ressources et moyens nécessaires à l'exercice normal de ces compétences"<sup>8</sup>.

Une première vague de transferts de compétences est intervenue en 1999 dès que les institutions des collectivités territoriales sont devenues opérationnelles. Les représentants de l'Etat ont transféré les compétences d'administration générale (fonctions d'état civil, recensement, police municipale, santé publique et assainissement, archives et documentation) aux conseillers élus. 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.

Toutefois, certaines collectivités territoriales ont bien du mal à assumer les responsabilités que l'exercice de ces pouvoirs leur confère. Ces difficultés sont en majeure partie liées à des problèmes de recrutement de personnel, aussi bien en termes de qualité qu'en termes de quantité.

<sup>8</sup> Article 4 de la loi No. 93-008 en date du 11 février 1993.

Les communes elles-mêmes doivent rémunérer leur personnel et elles sont chargées de leur recrutement. Toutes les communes n'ont pas réussi à recruter des secrétaires généraux ou un administrateur des comptes, postes qui doivent être remplis pour garantir un niveau minimal de gestion des affaires communales administratives et financières, notamment dans les communes reculées relativement pauvres. Certaines communes connaissent un taux élevé de changement de personnel en raison du faible niveau de rémunération, de l'absence d'ordres de service précis ou de conflits avec le maire. En termes de qualité, les membres du personnel administratif n'ont pas toujours les aptitudes techniques requises pour s'acquitter des tâches de gestion dont ils ont la charge.

#### **4.2 Transfert de compétences et de ressources dans le secteur de la santé, de l'éducation et de l'hydraulique**

En juin 2002, le gouvernement a signé les décrets relatifs au transfert de compétences dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'hydraulique. Ces décrets portent sur les détails de l'exercice des compétences prévues par le Code des collectivités territoriales et traitent des questions relatives à la dévolution des infrastructures existantes aux collectivités territoriales sur décision du Haut commissaire régional ; l'appui-conseil des services techniques déconcentrés ; et le transfert des ressources financières aux collectivités territoriales sous forme de subvention préassignée.

Le Tableau 2 retrace, pour les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'hydraulique, les tâches indicatives à confier aux communes au titre du transfert de compétences. Cela ne signifie pas que les collectivités ont le monopole des tâches mais simplement qu'elles en sont responsables. En conséquence, elles devraient en prendre l'initiative et les autres intervenants devraient passer par elles ou au moins les informer. En outre, les ressources publiques à consacrer à l'exécution de ces tâches devraient faire partie du budget des collectivités.

**Tableau 2 : Transfert de compétences aux communes rurales**

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

L'adoption de ces décrets a constitué un signal fort de l'attachement des autorités politiques à donner davantage de lisibilité à la décentralisation mais des difficultés pratiques pour les rendre opérationnels persistent, dues notamment au manque de précision du rôle des différents acteurs, de détermination du montant des ressources financières à transférer et des modalités pratiques de leur transfert. Sur le plan institutionnel, ces difficultés découlent d'une part des lenteurs de l'adaptation au contexte de la décentralisation du cadre réglementaire et des procédures des politiques sectorielles et, d'autre part, de l'absence d'un programme de déconcentration véritable des différents ministères concernés sur le plan des ressources financières, matérielles et humaines. En particulier, cela met en exergue une absence de déconcentration du budget national et un manque de pouvoir de décision des niveaux déconcentrés.

Au Mali, le transfert de compétences est ainsi devenu aujourd'hui un des grands enjeux du processus de décentralisation. Des obstacles liés à la mise en oeuvre des décrets, à l'avancement de la déconcentration et à la précarité des ressources ralentissent ce processus de transfert et parfois même le cantonnent à de simples déclarations d'intention. Il est axé sur les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'hydraulique, services qui sont tous essentiels pour lutter contre la pauvreté et pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement. L'émergence des collectivités territoriales présente une opportunité unique pour permettre aux ministères sectoriels concernés de réaliser ces objectifs.

#### **4.3 Initiatives politiques afin de promouvoir le transfert de compétences dans le secteur de la santé**

La DNCT (Direction nationale des collectivités territoriales), la direction responsable de la décentralisation, est chargée de rédiger et de planifier les programmes d'appui qui accompagnent la mise en oeuvre du transfert de compétences par les ministères sectoriels. Ces programmes devraient informer et sensibiliser les parties prenantes concernées, produire des directives claires pour la mise en oeuvre et déboucher sur l'émergence d'instances fonctionnelles de concertation. La DNCT a donné la priorité à trois enjeux : l'harmonisation des procédures financières d'investissement, une répartition claire des tâches et des responsabilités entre les différentes parties prenantes et la promotion d'un meilleur processus de consultation entre ces parties prenantes. En outre, la DNCT a commencé à préparer la législation requise pour d'autres secteurs où l'on prévoit un transfert de compétences dans un avenir proche.

En ce qui concerne le secteur de la santé, les discussions sur la mise en œuvre du transfert de compétences ont démarré en 2002. Dans le contexte de l'administration du programme PRODESS, il existe un groupe de travail sur le transfert de compétences et de ressources dans le domaine de la santé publique auquel participent le ministère de la Santé, le ministère des Collectivités territoriales et les principaux bailleurs. Parmi les thèmes de discussion figurent la clarification de la répartition des tâches et des responsabilités entre les différents acteurs impliqués et le besoin de réviser les procédures financières du PRODESS afin d'y inclure les collectivités territoriales en fonction de leurs responsabilités telles qu'elles sont définies par la loi. La DNCT a été priée de rédiger des propositions concernant les ajustements qu'il serait bon d'apporter aux procédures du PRODESS pour mieux refléter le mandat des collectivités territoriales.

La DNCT a suggéré que la formation des conseillers et des administrateurs gouvernementaux mette l'accent sur les objectifs du secteur de la santé, la planification mixte et l'appui à l'intégration des objectifs de santé publique dans les programmes communautaires. La promotion de consultations périodiques et des cadres de concertation sont requis au niveau du cercle et de la région pour garantir la cohérence des activités des collectivités territoriales et des ministères sectoriels. En ce qui concerne les ressources du PRODESS allouées à des investissements locaux, la DNCT suggère que les procédures soient adaptées pour veiller à ce que les collectivités puissent accéder aux fonds d'investissement du secteur de la santé et elle propose de canaliser ces ressources par le biais d'un fonds existant réservé aux collectivités territoriales (l'ANICT). Par ailleurs, pour mettre en œuvre le décret 02-314, la DNCT suggère un calendrier concernant la participation des collectivités territoriales au recrutement du personnel sanitaire et la dévolution des infrastructures aux collectivités.

Le comité d'orientation du PRODESS reconnaît que les collectivités territoriales devraient jouer un rôle dans la fourniture de services de santé, selon les prescriptions de la loi, mais il n'accepte pas toutes les propositions de la DNCT. Bien que l'attribution aux collectivités territoriales de plus de responsabilités concernant la maîtrise d'ouvrage des CSCOM soit un sujet sensible au sein du ministère de la Santé, le comité du PRODESS a entamé des discussions pour voir comment transférer les investissements dans les infrastructures sanitaires du ministère de la Santé vers les collectivités territoriales. Toutefois, il a rejeté la proposition de la DNCT de canaliser les fonds alloués aux investissements locaux par le biais de l'ANICT.

La participation des collectivités territoriales au recrutement et à l'évaluation des performances des professionnels de la santé est un sujet encore plus épineux pour le ministère de la Santé et il ne semble pas figurer à l'ordre du jour pour les prochaines années. Une question spécifique ayant fait l'objet d'un débat a été l'administration des hôpitaux et des centres de santé de référence et le rôle des collectivités territoriales dans ce domaine, ainsi que le besoin d'un examen de la légalisation de cette question.

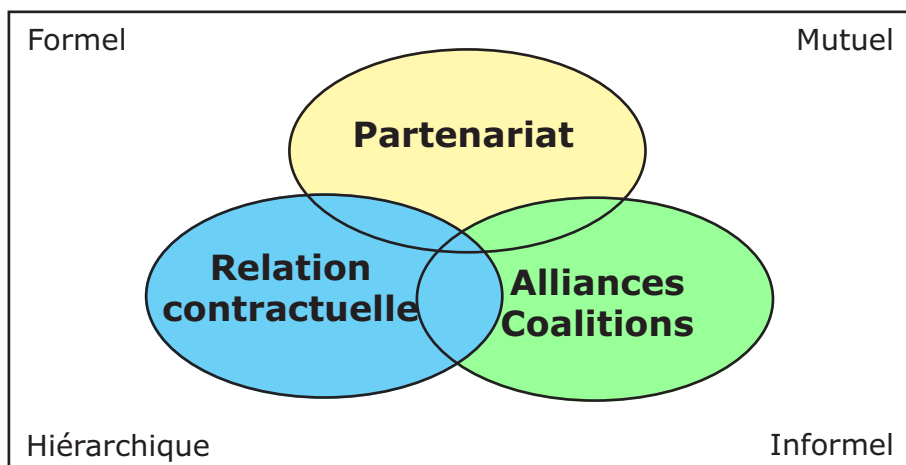
D'autres défis concernant la gestion de la santé publique sont les programmes dits verticaux (TB, SIDA, initiative sur le paludisme) qui tendent à travailler parallèlement au ministère de la Santé et peuvent choisir de contourner les collectivités territoriales.

#### **4.4 Recrutement de personnel avec des fonds de l'initiative PPTE**

Les fonds PPTE (pays pauvres très endettés) servent au recrutement de personnel supplémentaire pour les centres de santé locaux mais c'est le Haut Commissaire régional qui est chargé du recrutement et de la rémunération. Ce rôle des administrateurs peut améliorer la distribution du personnel entre les centres de santé locaux. Bien que les maires ne soient pas impliqués dans le recrutement, il leur est demandé de signer les contrats des nouvelles recrues. Certains rechignent à le faire car ils ne veulent pas assumer la responsabilité du paiement de ces salaires à l'avenir, rémunération qui peut s'avérer trop lourde pour les capacités de la plupart des collectivités territoriales. Etant donné que le Haut Commissaire régional est chargé du recrutement et des modalités contractuelles, il est difficile pour les ASACO ou les collectivités territoriales de superviser les performances compte tenu de la disjonction du recrutement et du lieu de travail.

### Forger des partenariats

Le renforcement et l'institutionnalisation de la coordination entre les collectivités territoriales, les services de santé déconcentrés et les associations de santé communautaires sous-entendent l'établissement de partenariats. Un partenariat peut se définir comme une relation inter-organisationnelle portant sur des activités allant au-delà de celles prônées par les contrats ou l'autorité, et destinée à atteindre des objectifs partagés sur la base de relations de travail étroites. Les partenariats ont certains éléments en commun et il pourrait s'avérer utile de comprendre ces éléments pour mieux concevoir des relations de travail entre les partenaires. C'est le mode de travail qui distingue les partenariats des relations de marché déterminées par un contrat et des relations du secteur public reposant sur des hiérarchies purement fondées sur l'autorité.



Quatre ensembles de concepts semblent être la clé d'un partenariat efficace : confiance, valeurs partagées, communication et attributs du réseau. La confiance symbolise la dépendance, le besoin et l'acceptation du risque. Le fait d'avoir des valeurs partagées symbolise l'engagement conjoint envers des objectifs communs. Des communications claires et compréhensibles sont souvent une condition préalable à la mise en confiance. Les attributs du réseau font référence au degré de centralisation et d'ouverture du partenariat, sa stabilité en termes de ressources, son ordre du jour et les acteurs impliqués, ainsi que l'aptitude du partenariat à faciliter l'acquisition et le transfert de ressources et à renforcer les capacités des organisations partenaires.

Le mode de travail du partenariat se distingue des relations de marché et des relations du secteur public car il implique une collaboration et une coordination entre les organisations basées sur la *confiance* (Thompson et al. 1991).

Sans un degré de confiance, il serait difficile d'avoir une forme quelconque d'unité ou de direction, qualités premières d'un partenariat. Tout d'abord, il doit y avoir un degré de réciprocité et d'égalité entre tous ceux qui sont impliqués, y compris dans les attitudes des partenaires travaillant ensemble et un climat de confiance entre tous les intéressés. Deuxièmement, un partenariat implique un engagement mutuel envers des objectifs convenus, des obligations réciproques et une responsabilisation des parties, qu'ils soient stipulés dans un contrat officiel ou convenus de façon informelle. Ces deux qualités peuvent aussi se décrire comme unité et direction – l'*unité* entre les individus et/ou les organisations, et la *direction* (ou les objectifs globaux) du partenariat, commune à tous ses membres.

## Opportunités

Toute amélioration des prestations de services de santé exige une coopération efficace entre les collectivités territoriales, les ministères compétents, les associations locales et les autres parties prenantes. Si ces nouveaux acteurs s'impliquent, ils apporteront avec eux de nouvelles ressources qui appuieront la fourniture de services. Une telle coopération facilitera également une approche pluri-sectorielle de la santé publique, qui ne devrait pas se borner à la fourniture de soins de santé. A l'heure actuelle, toutefois, une telle coopération reste rare, ce qui se traduit par une piètre utilisation des maigres ressources disponibles et même par la duplication des efforts, puisque certaines communes ont commencé à mettre en place un CSCOM de leur propre initiative, avec des fonds de l'ANICT qui étaient en fait destinés à d'autres usages.

Le transfert de compétences offre un cadre juridique pour ce partenariat. Bien que les collectivités territoriales aient un mandat, elles n'ont pas de moyens à leur disposition pour obliger les ministères sectoriels ou l'ASACO à coopérer. C'est là un défi. Néanmoins, elles disposent de quelques ressources qui font d'elles un partenaire attrayant pour une ASACO ou un CSCOM.

## Enjeux

Au Mali, la dévolution est entrée en vigueur en 1999, presque dix ans après l'introduction de la déconcentration (1990) et quelques années après l'avènement de l'approche sectorielle globale (1997). Puisque la dévolution avait du retard sur la déconcentration et la réforme des politiques sectorielles, le système de planification et les procédures du ministère de la Santé ne tiennent pas compte des fonctions des collectivités territoriales. De fait, les procédures d'investissement continuent d'être gérées directement par le service de l'Administration et des Finances du ministère de la Santé, y compris celles, par exemple, des investissements au nom des communes, des cercles et des régions.

En outre, alors même que les autorités du ministère de la Santé venaient d'acquérir de nouvelles compétences financières et administratives du fait de la réforme sectorielle, il leur était demandé de transférer celles-ci aux collectivités territoriales. Le personnel ne considérait pas les tâches administratives et financières comme un fardeau, bien au contraire, tant bien même que ces tâches avaient la majeure partie de leur temps au détriment d'un renfort de l'appui technique.

L'évolution vers des transferts de compétences plus crédibles se heurte à une attitude empreinte de réserve et de réticence de la part des services ministériels concernés. Leur principale réserve est liée au fait que les collectivités territoriales manquent de ressources humaines et des capacités techniques requises pour gérer les compétences qui doivent leur être transférées. De fait, les collectivités territoriales sont mal informées sur les principes de planification nationale de santé et n'ont reçu jusqu'ici aucune formation en termes de gestion des soins de santé. Toutefois, en ce qui concerne la gestion financière, bien des collectivités territoriales ont démontré qu'elles sont capables de gérer des investissements dans les infrastructures publiques et de prendre en charge les coûts opérationnels des CSCOM. Les collectivités territoriales ont su absorber une enveloppe de l'ANICT représentant quelque 30 milliards de francs CFA entre 2001 et 2003, dont plus de 50 % ont été consacrés aux secteurs de la santé, de l'éducation et de l'hydraulique (ANICT, 2004).

Les capacités des collectivités territoriales à faire face à de nouvelles responsabilités varient d'une communauté à l'autre. Dans l'ensemble, il est nécessaire de renforcer les capacités en ce qui concerne la planification des activités sectorielles et intersectorielles, le suivi des performances, la facilitation de la coopération efficace avec des structures spécialisées et des associations locales.

Les performances des collectivités territoriales seront encore améliorées lorsqu'elles seront mieux informées sur la structure des systèmes de services de base (quels sont les acteurs clés et comment sont-ils organisés, comment élaborent-ils leur plan de travail et leur budget et comment évaluent-ils les performances). De même, il est important que les acteurs impliqués dans la fourniture de services de base se renseignent sur la décentralisation, ses institutions, ses responsabilités, les méthodes de travail et les activités sur le terrain. Ce type d'échanges d'information est une condition préalable à l'émergence d'un climat de confiance et de compréhension mutuelle.

Certains membres du personnel du ministère de la Santé doutent de la légitimité du mandat des collectivités territoriales, se demandant si elles représentent vraiment la totalité de la population de leur circonscription<sup>9</sup>. D'autres soutiennent que l'influence des parties politiques dans l'établissement des listes électorales affecte la capacité des conseillers à gérer les affaires publiques de manière neutre. Au Mali, ces temps-ci, de tels arguments ont moins de poids.

Le taux de participation au deuxième tour des élections communales a doublé. Dans nombre de collectivités territoriales, les maires et les conseillers peuvent désormais se targuer d'être légitimes. A Dioïla, le président d'une ASACO a même déclaré que la population était davantage encline à répondre à l'invitation de la commune d'assister à des réunions ou des campagnes sur le thème de la santé publique que lorsque c'était l'ASACO qui organisait la réunion.

Un défi tant pour l'ASACO que pour la commune consiste à donner plus de poids à la population locale, dans toute sa diversité, dans la gestion interne et dans des discussions sur la fourniture de services de santé et leurs performances. Le lien entre la direction de l'ASACO et les communautés est faible. Bien souvent, les communautés les plus reculées ont relativement peu de membres et elles comptent très peu de femmes. Les membres du conseil de l'ASACO ne consultent pas activement la population sur l'impression qu'elle se fait des prestations de services de santé. Les collectivités territoriales pourraient faire pression sur les ASACO pour qu'elles rendent davantage de comptes à la base. A leur tour, les ASACO pourraient faire pression sur les collectivités territoriales pour qu'elles fassent de la santé publique une priorité et c'est bien ce que certaines s'efforcent de faire lorsqu'elles demandent un appui financier aux collectivités territoriales.

---

<sup>9</sup> Les systèmes électoraux ne sont pas parfaits pour autant. Les membres du conseil de l'ASACO sont élus mais les habitants du chef-lieu sont surreprésentés et peu de femmes y participent. En ce qui concerne les collectivités territoriales, il est important que les conseillers reconnaissent que le simple fait d'organiser des élections ne suffit pas pour garantir un système véritablement responsable. Les parties politiques doivent aussi prendre leurs responsabilités étant donné leur rôle pivot dans la sélection des candidats.

Les conseillers des collectivités territoriales peuvent jouer un rôle plus actif dans l'évaluation de la "satisfaction des clients" d'un point de vue général ou pour déterminer si les ménages plus défavorisés sont servis. L'histoire du Mali est riche en initiatives communautaires, qui établissent ce que l'on appelle des relais (comités villageois de santé, hygiénistes ou premiers soins, sages-femmes traditionnelles). Par ailleurs, certaines ONG continuent de travailler avec les villages et ont des représentants qui reçoivent une formation supplémentaire. Ces personnes ressources au niveau du village peuvent constituer des points d'accès importants pour les conseils des collectivités territoriales qui souhaitent assurer un suivi des prestations de services de base, de la satisfaction de la clientèle et des besoins de santé publique.

Enfin, la progression du processus de transfert de compétences dépendra largement de la volonté politique et de l'engagement des parties prenantes, notamment au niveau central. Le cadre institutionnel, les habitudes, les intérêts contradictoires et certains préjugés peuvent compromettre une telle coopération. Néanmoins, si au niveau central la majeure partie des efforts est encore consacrée à l'organisation d'ateliers et à la demande de réalisation d'études, ce manque d'action décisive ne semble pas empêcher les échelons inférieurs d'explorer de nouvelles manières de travailler ensemble.

### **Décentralisation de l'organisation des soins de santé au Sénégal : menace ou opportunité ?**

Dans le cadre d'une évaluation à mi-parcours du plan de santé national (PNDS/ PDIS<sup>10</sup>) du Sénégal, les menaces et les opportunités de la dévolution pour les performances du secteur de la santé, et donc de l'ASG, ont été décrites comme suit :

#### ***Les menaces***

La déconcentration et la dévolution sont des processus à deux vitesses. La déconcentration au sein du ministère de la Santé a déjà commencé et certaines décisions sont désormais prises par les instances sanitaires au niveau opérationnel, qui cherchent à accroître leur autonomie. Toutefois, les échelons supérieurs ont conservé le pouvoir de modifier ces décisions par la suite et rechignent à conférer davantage d'autorité aux échelons inférieurs. L'"initiative de Bamako" a offert une issue aux instances sanitaires locales, à savoir les fonds générés par les programmes de recouvrement des coûts. Ces fonds sont toujours disponibles localement, alors que les fonds dérivés du Trésor national arrivent souvent trop tard ou sont insuffisants. Les associations de santé qui représentent la commu-

<sup>10</sup> Plan national de développement sanitaire/Plan de développement intégré de la santé

nauté sont responsables de ces fonds. Toutefois, étant donné que ces organes ont été mis en place par les services déconcentrés du ministère de la Santé, dans la pratique, ils peuvent influencer l'utilisation des fonds, ce qui rehausse leur autonomie financière. Juste au moment où les instances sanitaires locales acquièrent davantage d'influence, l'administration centrale décide de transférer les pouvoirs de prise de décision aux collectivités territoriales ou aux communes. Les instances sanitaires locales deviendront les conseillers techniques des collectivités territoriales.

Bien souvent, les procédures de décaissements des fonds au profit des collectivités territoriales sont très complexes, ce qui explique pourquoi ces fonds sont mis tardivement à leur disposition. Par conséquent, il se peut que le transfert des fonds par le biais des collectivités territoriales crée un engorgement supplémentaire. En outre, le financement par les collectivités territoriales au Sénégal s'effectue par activité et nécessite qu'elles soient consultées au cas par cas. Les bureaux des collectivités territoriales se trouvent bien souvent loin des bureaux des instances sanitaires.

Les limites géographiques d'une collectivité territoriale peuvent ne pas être les mêmes que celles d'une cellule sanitaire fonctionnelle.

Un district sanitaire peut comprendre différentes "communes", alors qu'une commune peut être à cheval sur différents districts sanitaires. De telles situations entraînent des problèmes de coordination. Lorsqu'un district comprend plusieurs communes, l'équipe de gestion du district sanitaire doit consulter plusieurs collectivités territoriales pour obtenir leur accord sur des activités de santé.

D'après les instances sanitaires, le personnel des collectivités territoriales n'est pas bien préparé à gérer le secteur de la santé. Les agents n'ont que des compétences financières et administratives limitées, et peu voire pas d'expérience en termes de questions liées à la santé. De surcroît, les instances sanitaires soutiennent que les conseillers ne prennent pas toujours le parti de la population dans les questions de santé publique, car ils privilégient avant tout les gains politiques.

Les instances sanitaires arguent aussi que la population est déjà impliquée dans la politique de santé publique par le biais des associations de santé communautaires. Par conséquent, la participation des collectivités territoriales est superflue. Elles vont jusqu'à craindre une lutte d'influence entre ces associations et les collectivités territoriales, par exemple quant à l'utilisation des fonds renouvelables de recouvrement des coûts.

## **Les opportunités**

L'ASG est souvent jugée appuyer uniquement le secteur de la santé. Cela présente le risque d'omettre l'appui des activités intersectorielles, comme l'eau et l'assainissement, la nutrition, le sida, etc. Or, les collectivités territoriales sont chargées de tous les secteurs, y compris celui de la santé. Le fait de travailler avec les collectivités peut donc présenter une opportunité. En outre, les collectivités territoriales sont mieux placées que le ministère de la Santé pour coordonner les différents types de prestataires de services (privés à but lucratif, ONG, mutuelles, secteur public).

La déconcentration (et l'ASG) impose aussi un fardeau supplémentaire aux professionnels de la santé en leur confiant des tâches administratives et financières – au détriment de la qualité des soins. Si les collectivités territoriales assumaient ces tâches, les instances sanitaires pourraient se consacrer à ce qu'elles font de mieux : l'administration des programmes de soins de santé. Tout comme les représentants des collectivités territoriales, bien souvent les instances sanitaires sont mal préparées à assumer des tâches financières et administratives.

Par le biais de scrutins, une collectivité territoriale a des comptes à rendre à la communauté, qui est constituée de gens qui sont tous des consommateurs potentiels de soins de santé. La participation des usagers à la gestion des soins de santé pourrait devenir plus active quand les collectivités territoriales seront habilitées et joueront alors un rôle plus robuste dans l'évaluation des besoins, la définition des priorités, la planification, le suivi et l'évaluation des services de santé.

Dans le contexte de la déconcentration, il est difficile d'arriver à un système équitable et satisfaisant de distribution des ressources dans le domaine de la santé. L'administration centrale continuera toujours de décider. Si des critères étaient mis au point afin d'évaluer les niveaux de pauvreté, les ressources pourraient être allouées aux collectivités territoriales en fonction des besoins de leur aire géographique. Ainsi par exemple, le budget des ressources humaines pourrait être transféré aux collectivités territoriales et le personnel ne pourrait gagner son salaire qu'auprès des collectivités territoriales, lesquelles sont bien souvent laissées sans personnel. Il ne sera plus possible "d'arranger" un lieu de travail commode, comme on peut le faire dans un système déconcentré.

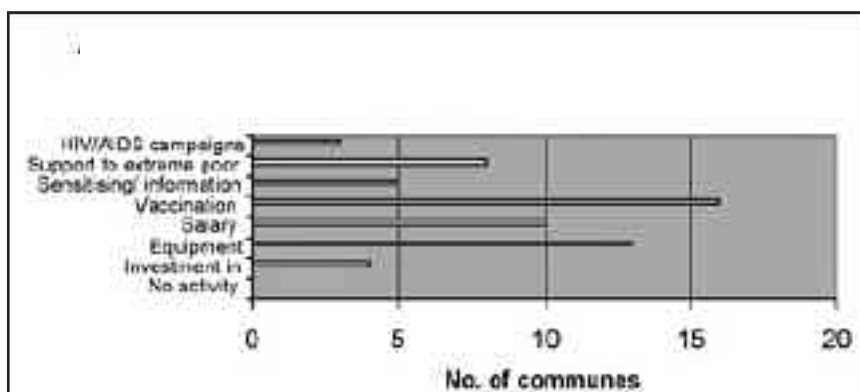
### 6.1 Activités des collectivités territoriales dans le secteur de la santé publique

Au niveau opérationnel, les ASACO, le ministère de la Santé et les collectivités territoriales ont commencé à coopérer. Il a été réalisé un sondage dans les cercles de Banamba, Dioïla et Koulikoro, sur les activités sanitaires auxquelles ont participé des communes durant le premier mandat (1999-2003). Cet inventaire comprenait 18 des 41 collectivités territoriales de ces trois cercles<sup>11</sup>.

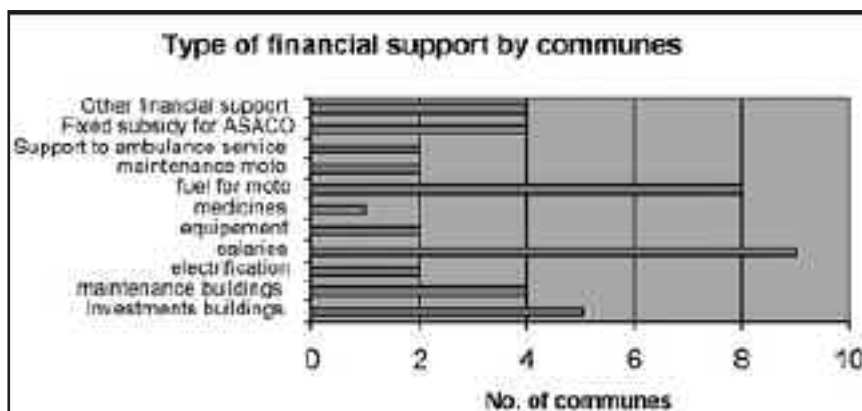
La plupart des 18 communes (83 %) avaient nommé une commission ou un conseiller pour travailler spécifiquement sur des questions de santé. Environ la moitié des communes ont mentionné qu'elles entretenaient des contacts réguliers avec l'ASACO (53 %) et des relations avec le centre de santé de référence au niveau du cercle (20 %).

Toutes les communes ont pratiqué une forme quelconque d'activités liées à la santé. C'est le soutien des campagnes de vaccination qui est mentionné le plus souvent (89 %), suivi de l'appui financier des investissements dans les bâtiments, l'entretien, les coûts d'exploitation, etc. (78 %), et enfin l'accompagnement des campagnes d'information et de sensibilisation. En ce qui concerne le type d'appui financier, ce sont les frais salariaux et les frais de carburant (le plus souvent pour les campagnes de vaccination) qui sont mentionnés le plus souvent. Mais les plus gros montants concernaient des investissements dans les infrastructures, mentionnés par 25 % des communes interrogées.

Figure 1 : Activités des collectivités territoriales en termes de santé et d'appui financier (1999 - 2003 : N=18)



<sup>11</sup> Il n'a pas été possible de dresser un inventaire des dépenses car les états financiers des collectivités territoriales ne sont pas propres au secteur et la période de retour s'est avérée trop longue.



## 6.2 Premiers pas vers une action concertée à Dioïla

Le cercle de Dioïla se trouve à 2 heures et demie de route de Bamako ; il s'agit d'une zone rurale productrice de coton. Le cercle de Dioïla compte 23 communes. Dans les milieux ruraux, il existe très peu de praticiens privés ; il s'agit bien souvent de simples guérisseurs traditionnels. Les pharmacies et des marchands itinérants ayant un stand de médicaments au marché vendent leurs produits. Pour sensibiliser les populations aux faux médicaments, le gouvernement malien a monté une campagne, à laquelle les CSCOM et les collectivités territoriales semblent participer.

A Dioïla, le taux d'immunisation s'est sensiblement amélioré ces dernières années et il est désormais de l'ordre de 80 %. L'ASACO et les collectivités territoriales ont joué un rôle dynamique dans la mobilisation des populations en faveur de la vaccination et les collectivités ont aussi fourni des ressources pour couvrir les frais de carburant et d'indemnités journalières, parfois même des frais de personnel. Dix sur onze des communes interrogées ont signalé apporter un appui concret aux campagnes de vaccination, sans doute à la demande du ministère de la Santé. Sans plus d'information, il est impossible de savoir dans quelle mesure cet appui des collectivités territoriales a contribué au succès des efforts de campagne. Ainsi par exemple, l'UNICEF a donné des moustiquaires aux enfants vaccinés en guise d'incitation.

A en croire l'expérience de la SNV, les collectivités territoriales de Dioïla semblent plus opérationnelles, mieux structurées et plus respectées que celles des cercles de Banamba et de Koulikoro. Cela s'explique peut-être par le fait que la population de Dioïla a bénéficié de campagnes d'information bien préparées sur la décentralisation avant les premières élections de 1999.

A l'issue du scrutin, pendant les premières années, les collectivités territoriales nouvellement élues ont reçu un appui intensif. Le projet qui accompagne ces communes a pris soin de ne pas aliéner les administrateurs (le préfet et le sous-préfet) ni le personnel du ministère sectoriel en les impliquant dans ces processus. Au cours du premier mandat, la plupart des autres programmes d'appui se sont axés sur le conseil communal, laissant de côté les services de l'Etat et les organisations de la société civile. Ceci a creusé un écart entre les collectivités territoriales et les autres acteurs, de sorte que certains cercles se sont même trouvés en opposition aux services techniques.

La présence de gens ayant acquis une certaine expérience dans la gestion des organisations formelles grâce aux associations villageoises établies par la société cotonnière a également été un atout important. Ces associations villageoises ont utilisé leurs bénéfices pour appuyer des structures de développement communautaire et se sont réunies régulièrement dans le contexte de la production du coton. Ces relations existantes ont favorisé les communications au sein des collectivités territoriales nouvellement établies.

A Dioïla, le dialogue et la coopération entre les collectivités territoriales, ASACO/CSCOM et le ministère de la Santé se développent et il existe un certain niveau de confiance. Aucune des personnes ressources n'a pu donner une raison satisfaisante pour expliquer cet état de fait. Les ASACO semblent avoir pris l'initiative de ces collaborations. L'appui des collectivités territoriales semble particulièrement important en cas d'urgence (un toit envolé), pour couvrir certains coûts d'exploitation (carburant) et dans le cadre de campagnes de vaccination (appui logistique et financier). Il semble exister un financement pour les activités "normales" mais pas pour les activités non planifiées ou imprévues. A Dioïla, les ASACO n'ont pas déclaré craindre de voir les collectivités territoriales tenter de s'emparer des fonds générés par les programmes de stocks de médicaments renouvelables. Une raison pour expliquer les bonnes relations entre les collectivités territoriales et l'ASACO tient peut-être à la passivité des collectivités vis-à-vis de la prise de décision en matière de santé. Les collectivités répondent aux requêtes de l'ASACO sans mettre en doute les choix effectués mais elles ne consentent pas toujours au financement à hauteur du montant demandé. Elles ne surveillent pas les dépenses mais attendent d'être invitées par l'ASACO pour obtenir des informations sur l'avancement du projet ou la gestion financière. Elles ont intégré, une fois encore sans les mettre en doute, toutes les propositions du ministère de la Santé dans leur plan de développement communal.

Les conseillers répondent favorablement aux requêtes de l'ASACO car ils présument qu'une meilleure santé publique est l'une des principales aspirations de leur électorat. Pour la plupart d'entre eux, santé publique est synonyme de CSCOM bien géré. Il se peut aussi que les conseillers soient moins sûrs d'eux concernant les questions ayant trait à la santé publique et estiment que l'ASACO et les CSCOM s'y connaissent mieux. Ils n'ont peut-être pas conscience des choix et des compromis possibles. Néanmoins, cette attitude est peut-être sur le point de changer. Plusieurs conseillers ont demandé à être inclus dans des visites de surveillance organisées par le ministère de la Santé et à recevoir des informations complémentaires sur les indicateurs de performance du secteur de la santé publique.

### **6.3 Traitement des différences entre cartes sanitaires**

Le cercle administratif de Dioïla compte deux districts sanitaires : le district sanitaire de Dioïla et celui de Fana. Au cours du premier mandat, le président du conseil de cercle a recruté les services du maire de Fana pour entretenir des contacts avec le district sanitaire de Fana, celui-ci étant plus proche du centre de référence. Il existe à présent une certaine discontinuité. A l'issue des élections d'avril 2004, un nouveau maire a été nommé à Fana, lequel (en septembre 2004) ignorait tout de cette responsabilité et était de surcroît bien mal informé sur les rouages du ministère de la Santé.

Un problème à Dioïla (que l'on retrouve aussi dans d'autres cercles) est que dans plusieurs cas les limites de la carte sanitaire ne correspondent pas aux limites administratives de la commune. Au sein d'une même commune, il peut y avoir plus d'une carte sanitaire et certaines cartes peuvent même être à cheval sur 2 communes ou plus. Une telle situation compromet les chances de voir la commune appuyer les centres de santé locaux. Au niveau du cercle, il existe une initiative qui vise à résoudre cette question avec la participation du ministère de la Santé, des conseils de cercle, des maires et des ASACO.

### Confiance

Une volonté de collaborer et un degré de confiance sont les ingrédients indispensables d'une coopération efficace. Ces conditions sont encore rares dans la plupart des cercles du Mali. Les relations entre l'Etat et la population sont caractérisées par la coercition et un manque de respect et les administrateurs sont particulièrement redoutés. Auparavant, il appartenait aux services techniques de décider si la population devait ou non être consultée et comment. L'émergence de collectivités territoriales a changé le paysage institutionnel et les relations. Les collectivités territoriales sont plus proches et plus accessibles à la population et elles ne peuvent plus être laissées de côté par l'administration ou les services techniques. Les rapports entre les collectivités territoriales et l'administration sont encore tendus à bien des égards, cette dernière estimant que les collectivités empiètent sur son pouvoir. Les services techniques, eux non plus, ne se sont pas encore ajustés à la nouvelle donne et résistent à la perte de leur autonomie. Il y a toutefois des exceptions, telles que le cercle de Dioïla, où des projets ont délibérément investi dans l'établissement de relations de travail et de contacts entre les différents acteurs, ce qui a engendré un certain degré de confiance mutuelle.

### Information

Les collectivités territoriales ne peuvent jouer un rôle plus actif dans la santé publique et les prestations de services que lorsqu'elles sont suffisamment informées sur la santé publique et ses dimensions intersectorielles (importance de la prophylaxie, de l'hygiène et de la nutrition mais aussi pauvreté), sur la politique du secteur sanitaire, la réglementation, les plans opérationnels et les critères de performance, etc. Mais qu'entend-on par "suffisamment" ? Que doivent savoir les collectivités territoriales pour participer efficacement aux discussions avec le ministère de la Santé, l'ASACO et d'autres acteurs concernant la définition de priorités, la planification ou le suivi des performances ?

Même dans un cercle bien desservi comme Dioïla, les conseillers des collectivités territoriales et les structures qui les accompagnent sont mal informés sur le mode de fonctionnement du ministère de la Santé, comment il prépare son planning et ce qui figure dans le plan sanitaire du cercle. De même, ceux qui sont chargés des CSCOM et des ASACO, tout comme le personnel du ministère de la Santé, peuvent avoir une appréciation déçue du processus de décentralisation, des différentes entités concernées et des liens entre elles, des responsabilités des collectivités territoriales, etc.

La coopération des parties prenantes serait nettement facilitée si tous les participants se tenaient sur un pied d'égalité en ce qui concerne l'information et l'appréciation de ce qu'impliquent respectivement la décentralisation et un système de santé. Cela demeure un problème à tous les niveaux.

Un problème pour le ministère de la Santé mais aussi pour les collectivités territoriales réside dans les pressions qu'exerce la population pour créer davantage de CSCOM, même lorsque ceux-ci ne sont pas économiquement viables, ce qui est arrivé plusieurs fois durant le premier mandat. De tels CSCOM deviennent facilement une pomme de discorde entre le ministère de la Santé et le maire, qui a peut-être obtenu les fonds pour les locaux par le biais de l'ANICT mais qui a besoin du soutien du ministère de la Santé pour couvrir les coûts opérationnels. 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 est aussi important pour le ministère de la Santé, car il réduit la prolifération de CSCOM non viables.

### **7.1 Etablissement de plateformes de consultation dits "cadres de concertation"**

Une coopération tripartite efficace nécessite une consultation périodique, un dialogue et une prise de décision mutuelle. De telles plateformes de consultation sont requises à tous les niveaux : commune, cercle, région et pays. Il n'y a pas de forums officiels au niveau local dans les communes. A Dioïla, au niveau communal, le maire ou son représentant est invité aux réunions mensuelles de l'ASACO et le conseil invite l'ASACO lorsqu'il aborde des questions ayant trait à la santé publique.

Au niveau national, en mai 2004, le gouvernement a créé la Commission interministérielle de pilotage des transferts de compétences de l'Etat aux collectivités territoriales. Les différents comités d'orientation mis en place dans le cadre du processus de décentralisation (comité local d'orientation - CLO, comité régional d'orientation - CRO et comité national d'orientation - CNO) peuvent y contribuer (voir l'encadré). Un problème pour le CLO réside dans le fait que les ministères sectoriels sont représentés par la branche administrative du gouvernement, ce qui empêche un dialogue direct et la consultation entre les ministères sectoriels et les collectivités territoriales.

La composition et le fonctionnement des CLO et des CRO fait l'objet d'un débat au niveau national. Il est nécessaire d'y représenter tous les services d'Etat déconcentrés et les groupements de la société civile pour améliorer la mise en œuvre de la mission de ces institutions. Il a été décidé que les nouveaux CLO et CRO seront les cadres de concertation les plus importants et cette réorganisation prendra effet en 2005. Ce changement facilitera l'établissement de partenariats au sein des différents secteurs de développement, puisqu'il y aura désormais des commissions de travail pour chaque secteur.

Dans la pratique à Dioïla, des réunions informelles et des consultations sont désormais la norme : entre les collectivités territoriales et l'ASACO d'une part et entre le conseil de cercle et les ministères sectoriels d'autre part. Dans le cercle de Dioïla, il existe déjà un processus de consultation et de coopération autour des centres de santé de référence sur les services ambulanciers. Cette coopération a été renforcée par le besoin spécifique dans ce cercle de la double signature par un médecin chef et par le président du conseil villageois, qui est aussi le président du conseil de gestion du centre de santé de référence. Ces réunions ordinaires organisées entre le ministère de la Santé et le conseil de cercle à propos de la gestion du centre de référence servent aussi à d'autres débats autour de la santé publique. Les contacts informels sont importants pour briser la glace, nouer des liens et prendre la décision de travailler ensemble mais il est aussi nécessaire d'œuvrer à une certaine institutionnalisation, par exemple, compte tenu du taux élevé de changement des personnes concernées (élections, mutations au sein du ministère de la Santé), et vers une efficacité et une cohérence renforcées des stratégies adoptées afin d'améliorer les services de santé.

## **7.2 Planification intersectorielle cohérente**

Il est indispensable d'augmenter la coordination de la planification entre les communes et le ministère de la Santé. D'un côté, les plans de la commune et du conseil de cercle devraient tenir compte des directives en matière de politique sanitaire ; de l'autre, les communes tout comme les conseils de cercle devraient être impliqués dans les processus de planification du ministère de la Santé. Au cours du premier mandat, cette coopération a débuté à Dioïla, ce qui a donné lieu à l'intégration de la santé publique dans le plan de développement communal. Là, la consultation entre le ministère de la Santé et les communes a été bien meilleure, débouchant sur des plans communautaires plus équilibrés. On peut toutefois se demander dans quelle mesure les communes se sont contentées d'ajouter ce qui était demandé par le ministère de la Santé ou si elles ont analysé et débattu des propositions du ministère de la Santé avant de les inclure dans leur plan.

En outre, les aspects intersectoriels de la santé publique, tels que l'eau potable, la gestion des déchets, la nutrition etc., n'ont pas été approfondis.

Ailleurs, la coordination est médiocre dans presque tous les autres cercles du Mali. Là où les conseils ont effectivement invité des représentants du ministère de la Santé, bien souvent ceux-ci n'ont pas daigné répondre ou ont délégué un représentant peu versé dans la planification des services de santé. De ce fait, les Plans de développement économique, social et culturel (PDESC) n'abordent quasiment pas la santé publique d'un point de vue intégré et il arrive même qu'ils proposent des investissements non prévus dans les plans sanitaires du cercle, ce qui devient souvent une source de conflit.

### **7.3 Amélioration des capacités de suivi**

Les collectivités territoriales ne peuvent contribuer à la définition des priorités, à la prise de décision et à la surveillance que lorsqu'elles ont un aperçu des choix qui peuvent être faits, de l'avancement des travaux et des résultats. Au sein du ministère de la Santé, il existe un système d'information sanitaire (SIS) mais celui-ci semble généralement trop complexe pour l'ASACO et sans doute aussi pour les collectivités territoriales.

Les collectivités territoriales ne peuvent contribuer à des prestations de service de meilleure qualité et plus axées sur le client que si elles disposent des informations requises pour surveiller les performances, évaluer les besoins locaux et le niveau de satisfaction. Les collectivités territoriales ont besoin de renforcer les capacités de façon à comprendre les principes à l'origine des indicateurs sélectionnés et à pouvoir surveiller les changements.

Il faudrait faire une sélection dans cet ensemble d'indicateurs en fonction de l'information requise au niveau local. Cet ensemble devrait comprendre des indicateurs opérationnels donnant suffisamment d'informations pour évaluer les progrès et des indicateurs liés aux résultats obtenus dans le domaine de la santé publique. Si un groupe minimum d'indicateurs doit effectivement être basé sur le SIS, sa présentation doit être ajustée en fonction des exigences des collectivités territoriales. Ce système pourrait être lié aux contrats de performance.

### **7.4 Contrats de performance**

L'usage de contrats de performance ou de conventions d'assistance mutuelle a été développé par UNICEF afin de clarifier les responsabilités dans les partenariats et pour garantir la réactivité.

Le contrat de performance est tripartite, en ce sens qu'il implique le ministère de la Santé, l'ASACO et les collectivités territoriales et il décrit ce que la population peut attendre de chacune des parties. Les contrats décrivent les responsabilités et définissent les indicateurs de performance qui serviront au suivi. Une convention d'assistance mutuelle implique uniquement les collectivités territoriales et l'ASACO et elle est pilotée par le ministère des Affaires sociales.

### **7.5 Prévention et résolution des conflits**

A Dioïla, les collectivités territoriales ont aidé les ASACO dans le domaine de la résolution des conflits (au sein du comité ou lorsque des difficultés se sont présentées avec les communautés membres). Toutefois, il existe aussi des cas où les collectivités territoriales, appuyées par le ministère de la Santé, ont dissout une ASACO qui était devenue dysfonctionnelle en raison d'un conflit interne avant d'organiser de nouvelles élections.

Certaines collectivités territoriales ont aussi servi d'arbitre entre les communautés et les équipes de vaccination lorsque des problèmes se sont présentés quant au point de rendez-vous des participants.

### **7.6 Réduction de la pauvreté et équité**

Le niveau de pauvreté diffère à l'intérieur des communes et entre elles. Dans quelle mesure les CSCOM et les collectivités territoriales réagissent aux besoins spécifiques de certaines catégories de gens dépend de la question de savoir s'ils sont réceptifs à ces questions et s'ils reconnaissent que des efforts particuliers s'imposent pour permettre aux groupes plus vulnérables d'exprimer leurs besoins et leurs contraintes.

De toute évidence, les communes qui ont une meilleure base de ressources locales, qui sont mieux structurées, qui disposent de plus de personnes ayant une appréciation et une expérience de la gestion des collectivités territoriales sont mieux placées pour tirer parti de la décentralisation que les communes qui ne disposent pas de ces ressources. Au niveau du cercle, un certain perfectionnement est possible entre les cartes sanitaires du ministère de la Santé. Les régions peuvent aussi jouer un rôle de répartition alors que le niveau central conçoit les critères d'allocation. Le défi consiste à élaborer des critères qui permettent une distribution des ressources appropriée (en termes de charge de travail et de demande de services) et équitable (du point de vue de l'aire géographique et des besoins de santé). A ce titre, les ASACO et leurs organismes de coordination au niveau du cercle (FELASCOM) et au niveau régional (FERASCOM) joueront un rôle important dans la promotion d'une représentation égale des hommes et des femmes au sein du conseil.

### 8.1 Contexte

La SNV-Mali et le KIT se sont engagés à élaborer des approches et des pratiques consultatives qui facilitent l'établissement de partenariats locaux efficaces dans le domaine de la santé publique et qui permettront de renforcer les performances et la responsabilisation des collectivités territoriales. La proposition consiste à mener un processus de réflexion et d'échange de vues et d'expériences regroupant les acteurs clés au niveau local, régional et national, conjugué à des propositions opérationnelles concrètes pour garantir la complémentarité des activités et des ressources du gouvernement et des partenaires qui travaillent avec les collectivités territoriales.

Au niveau régional, un atelier organisé par la SNV en novembre 2003 a réuni des représentants de divers échelons du ministère de la Santé, des autorités territoriales et de l'administration centrale (voir l'encadré xx). L'atelier a permis d'amorcer un dialogue entre les parties prenantes directement impliquées dans le transfert de compétences au niveau régional. Ce processus se poursuivra par la mise en place de forums de consultation et l'établissement d'un dialogue direct entre parties prenantes au niveau du cercle et de la commune.

#### **Promouvoir le dialogue dans le domaine de la santé**

La Direction régionale de la Santé, la DNCT et la SNV ont organisé à Koulikoro, en octobre 2003, un atelier sur le transfert de compétences dans le secteur de la santé. A la lumière des discussions, les participants ont retenu les recommandations suivantes : élaborer un micro-plan de l'aire de santé en collaboration avec le conseil communal ;

- prendre en compte ce micro-plan dans le plan communal ;
- assurer que le plan annuel du district sanitaire reflète l'ensemble des plans annuels des aires de santé et des plans communaux du cercle ;
- responsabiliser les collectivités territoriales pour la validation, le suivi et l'évaluation du micro-plan de santé ;
- clarifier les responsabilités de l'ASACO et des conseils communaux, et assurer la formation continue de ses membres ;
- donner la priorité aux initiatives locales de financement des activités de santé ;
- respecter les procédures de décaissement de chaque intervenant en cas de cofinancement ;
- poursuivre les concertations périodiques pour le suivi du processus de transfert des compétences.

Le fait d'avoir des communes fonctionnelles est un préalable important pour la création d'un partenariat équilibré. L'ébauche d'une collaboration avec des communes plus développées s'inscrit dans l'approche politique progressive prônée par l'administration centrale en matière de transfert de compétences et de ressources. Il s'agit là de pilotes importants pour analyser le processus qui a permis d'arriver jusqu'ici et pour concevoir des politiques, car davantage de communes du Mali atteindront ce stade dans les années à venir. En outre, ces communes peuvent aussi servir d'exemples et de sources d'inspiration aux autres quant à ce qui est réalisable. Dans le cercle de Dioïla, les collectivités territoriales semblent relativement mieux gérées et mieux assises que dans la plupart des autres régions du Mali et l'on voit émerger un certain niveau de confiance entre les principaux acteurs impliqués dans le domaine de la santé publique. En septembre 2004, la SNV et le KIT ont organisé un atelier à Dioïla réunissant les différents acteurs impliqués dans la santé publique au niveau de la commune et du cercle.

## **8.2 Etapes**

A l'issue de cet atelier, la SNV et le KIT ont élaboré une recherche-action dans le cercle de Dioïla en vue de formuler des approches pour faciliter la mise en œuvre des décisions gouvernementales sur le transfert de compétences et de ressources dans le secteur de la santé. Une attention particulière sera accordée aux changements ayant trait à un accès équitable aux services de santé et à la participation à la prise de décision.

Les étapes suivantes sont importantes pour forger des partenariats efficaces entre le ministère de la Santé, les collectivités territoriales et les organisations de la société civile qui occupent des postes de santé communautaire susceptibles d'être élargis pour inclure d'autres acteurs impliqués dans la santé publique :

1. Etablir une base de confiance entre ces partenaires. Cela implique d'accepter que, conformément à la législation, certaines compétences seront transférées du ministère de la Santé aux collectivités territoriales et le besoin de mettre au point des relations de travail efficaces.
2. Veiller à ce que tous les acteurs soient sur un pied d'égalité au plan de l'information, notamment sur la décentralisation et la politique sanitaire.

3. Concevoir un cadre de concertation propice au débat et à la négociation. Celui-ci peut voir le jour de façon informelle mais il devra être formalisé par la suite.

4. Identifier des activités catalytiques. Bien que la création de relations de travail fonctionnelles soit un processus de longue haleine, il est important de commencer avec des activités qui comptent pour tous les acteurs, qui peuvent être réalisées à brève échéance et qui sont moins susceptibles d'engendrer un conflit d'intérêt. Dans le cas du Mali, la coopération pourrait démarrer avec l'organisation de campagnes de vaccination, le financement d'activités sanitaires par les collectivités territoriales ou la négociation des limites de la zone administrative et de la carte sanitaire, avant d'arriver à des questions plus complexes et plus délicates, telles que le transfert des responsabilités pour les investissements et les ressources humaines du secteur de la santé aux collectivités territoriales, conformément aux dispositions légales.

5. Renforcer la capacité des collectivités territoriales à superviser les activités de santé publique d'un point de vue plurisectoriel au sein de leur commune. Le défi consiste à renforcer les capacités au sein des communes pour qu'elles comprennent les indicateurs de performances pertinents, pour qu'elles les suivent et, au besoin, pour qu'elles agissent. Des contrats de performance tripartites sont un autre instrument qui peut aussi s'avérer utile.

6. Renforcer la responsabilisation vers la base, ce qui devrait permettre de donner plus de poids et d'importance à la population, en particulier aux pauvres, en stimulant la réactivité de tous les acteurs envers les besoins locaux et la satisfaction de la clientèle.

La recherche-action a démarré en 2005 et la première étape a été le partage des informations entre tous les acteurs. Des documents de base ont été préparés sur la décentralisation et le transfert des compétences pour les acteurs opérant dans le domaine de la santé. Cela a abouti à la réalisation de brochures sur le PRODESS (Programme de Développement Socio Sanitaire) et sur la planification sanitaire à l'échelle des ASACO (Association de Santé Communautaire) et des collectivités territoriales. Les réunions organisées autour de ces thèmes ont mis en exergue le grand intérêt mutuel existant entre les acteurs, ce qui sera une base importante pour accroître la cohérence

et l'appropriation de la planification annuelle pour le secteur de la santé. Dans le cadre de la synergie des interventions, la planification fournira des indications sur les liens concrets de complémentarité entre les PDSC (Programmes de Développement de Santé Communautaire) et les PDESC (Programmes de Développement Economique, Social et Culturel) des Collectivités Territoriales.

Deuxièmement, l'élaboration d'un outil sur le « Système d'Information Essentielle pour la Commune pour l'approche suivi action dans le secteur Santé (SIEC-S) » est en cours. Il contiendra un « paquet minimum d'informations » en matière de santé destiné notamment à l'usage des collectivités territoriales. Cet outil cible aussi les services déconcentrés comme fournisseurs de ces informations. Le SIEC-S rassemble les données déjà collectées par les services sanitaires, mais les présente de façon simple et adaptée aux principaux utilisateurs que sont les conseils communaux et les populations. Une version préliminaire est disponible et elle sera testée dès la fin 2005. Toute la recherche action est suivie par un Comité de Pilotage créé au niveau national. Il réunit entre autres la DNCT (Direction Nationale des Collectivités Territoriales), le Ministère de la Santé, la FENASCOM (Fédération Nationale des Associations de Santé Communautaire) et certains partenaires au développement.

La recherche-action s'efforce de mettre au point des approches et des outils pour renforcer une coopération efficace. Elle documentera et analysera l'évolution des rapports entre les acteurs pour en tirer des hypothèses et des conclusions du point de vue des opportunités, des contraintes et des pistes possibles de solution.

**Jeppsson, Anders, (2004) :**

Decentralization and National Health Policy Implementation in Uganda - a Problematic Process. Phd dissertation.  
Department of Community Medicine, Lund University, Malmö

**SNV et CEDELO, (2004) :**

La décentralisation au Mali : du discours à la pratique, Série *Décentralisation et gouvernance locale*, Bulletin 358, KIT, Amsterdam (disponible en ligne à [www.kit.nl](http://www.kit.nl))

**Thompson, G, Frances, J, Levacic, R and Mitchell, J. Markets, (1991) :**

Hierarchies and Networks :  
The Co-ordination of Social Life, (1991) London: Sage.

**Worldbank, (2004) :**

World Development Report 2004 :  
Making Services Work For Poor People. Oxford University Press.



**Institut Royal des Tropiques,**

Mauritskade 63, Amsterdam, Pays-Bas

[www.kit.nl](http://www.kit.nl)

T.hilhorst@kit.nl; J.Toonen@kit.nl

**SNV Mali**

Rue 17 porte 305 Badalabougou Est

B.P. 2220 Bamako Mali

Tel (223) 223 33 47

Fax (223) 223 10 84

[www.snmali.org](http://www.snmali.org)

[mali@snvworld.org](mailto:mali@snvworld.org)

**SNV Koulikoro**

B.P. 20 Koulikoro

Tel (223) 226 24 71

Fax (223) 226 20 92

[koulikoro@snvworld.org](mailto:koulikoro@snvworld.org)