

Sergio Giani

Rokia Sanogo

Mamoutou Diarra

La Décentralisation et la Santé

*Recherche-Action sur la Décentralisation de la Santé
et la Valorisation des Ressources de la Médecine Traditionnelle
dans le District Sanitaire de Kadiolo, Région de Sikasso (Mali).*



Aidemet Ong

*Support technique
et financier :*



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

**Direction du développement
et de la coopération DDC**

EDIMCO
Un savoir-faire multimétier

Sergio Giani

Rokia Sanogo

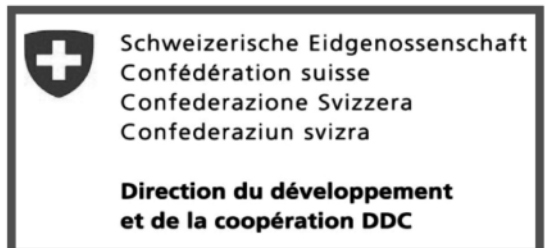
Mamoutou Diarra

La Décentralisation et la Santé

***Recherche-Action sur la Décentralisation de la Santé et la Valorisation
des Ressources de la Médecine Traditionnelle dans le District Sanitaire
de Kadiolo, Région de Sikasso (Mali).***



***Support technique
et financier :***





Les auteurs :

Dr Sergio Giani, Chargé des Programmes d'*Aidemet Ong*

Prof. Rokia Sanogo, Présidente d'*Aidemet Ong*

M. Mamoutou Diarra, responsable du suivi et de la formation d'*Aidemet Ong*

Aidemet Ong

Aide au Développement de la Médecine Traditionnelle

Badalabougou SEMA I, Rue 98 - Porte 280

BP 9279 - Bamako, Mali

e-mail : aidemet @afribonemali.net

Site web : www.aidemet .org

Edition :

Edimco, novembre 2012

ISBN :

Crédit photo : Archives *Aidemet Ong*

Révision du texte : Youssouf Touré, Olivier Martin et Monzon Traoré

Photo de couverture :

Atelier de concertation entre les acteurs de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne, Lofigué, janvier 2006

Cet ouvrage a été réalisé avec le soutien technique et financier de la Direction du Développement et de la Coopération – Bureau de la Coopération Suisse au Mali

Collection: «Savoirs locaux et développement»

Dans la même collection :

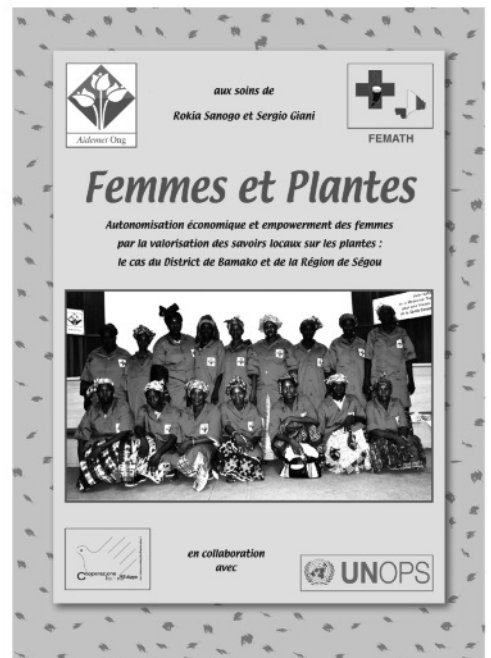
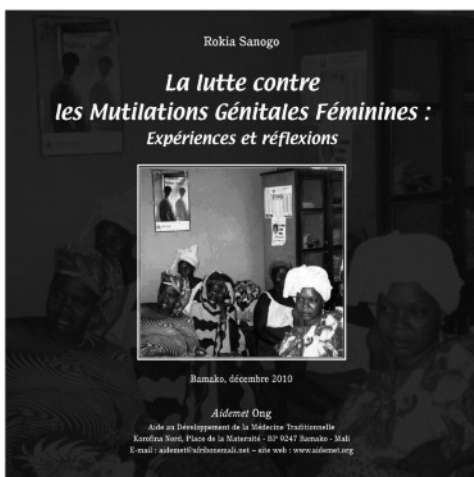
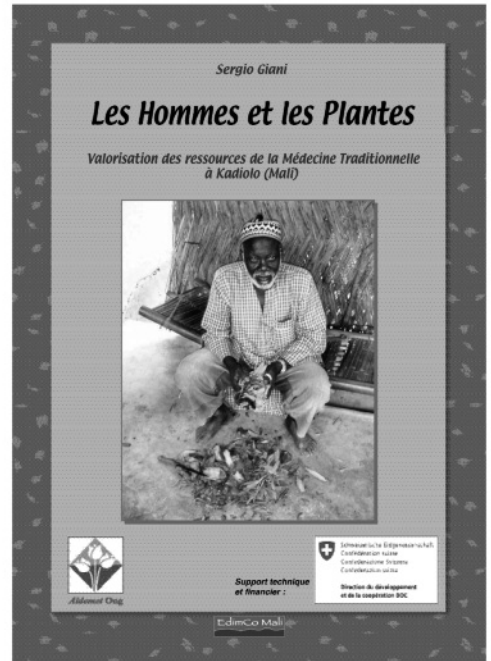




TABLE DES MATIERES

Liste des abréviations	6
Dédicace	9
Remerciements	10
Préface	11
Prologue	12
1. Généralités sur la décentralisation et la santé	15
1.1. Historique de la décentralisation	15
1.2. Références législatives et règlementaires	16
1.3. Les outils	17
1.4. Les principes du transfert des compétences	17
1.5 Les types de compétences	18
1.6. Les types de transfert des compétences	19
1.7. Conclusion	19
2. Pourquoi la recherche-action ?	20
3. Le protocole de la recherche-action	23.
3.1. Objectif général	23
3.2. Hypothèse de recherche	23
3.3. Questions de recherche	23
4. Des approfondissements méthodologiques	26
4.1. La conception classique de la recherche	27
4.2. L'approche systémique	28
4.3. La recherche opérationnelle	29
4.4. Les caractéristiques de la recherche-action	30
4.5. La démarche de la recherche-action	32
4.6. D'autres approches méthodologiques.	35
4.7. L'empowerment des acteurs locaux	37
4.8. Les motivations du choix... ..	38



5. La I phase de la RA	40
5.1. Premier trimestre 2005	40
5.2. Atelier de lancement de la recherche-action à Kadiolo	42
5.3. Période du 12 mai au 31 juillet 2005	43
5.4. Période du 1 ^{er} août au 31 octobre 2005	44
5.5. Période du 1 ^{er} novembre 2005 au 31 janvier 2006	46
5.6. Les thématiques de réflexion	49
5.7. Premiers résultats stratégiques et enseignements à tirer	53
5.8. Réflexions sur la I phase de la recherche-action	56
6. La préparation de la II phase de la recherche-action	58
6.1. Le contexte général des années 2004-2005	58
6.2. Le secteur de la santé	59
6.3. La médecine traditionnelle	60
6.4. Les propositions pour la II phase	60
6.5. Les discussions avec le Bureau de la Coopération Suisse	66
6.5. Cadre conceptuel	68
7. La phase intermédiaire de la RA	71
7.1. Les résultats attendus	71
7.2. Méthodologie et approches	71
7.3. Activités de la phase intermédiaire	72
7.4. Le déroulement de la phase intermédiaire	73
7.5. Synthèse des résultats par Commune	75
7.6. Thèmes transversaux, approches méthodologiques et outils	88
7.7. L'hypothèse et les questions de recherche	89
7.8. Les perspectives pour la deuxième phase de la recherche-action.....	92
7.9. Quelques réflexions au tour de la phase intermédiaire de la RA	93
8. La II phase de la recherche-action	95
8.1. Les activités de terrain de la II phase de la recherche-action	96
8.2. Les entretiens avec des personnes ressources	103
8.3. Le Dialogue Politique sur la Décentralisation et la Médecine Traditionnelle.....	105
8.4. Les difficultés rencontrées	106
8.5. Les enseignements tirés	107
8.6. Conclusions et perspectives	108



9. Décentralisation de la Santé et SLIS à Zégoua	110
9.1. Méthodologie	111
9.2. Résultats	112
9.3. Les décisions prises sur la base des informations reçues	122
9.4. Analyses et discussions	124
9.5. Conclusion	127
10. Activités des années 2009-2010	128
10.1. Rappel du contexte et des objectifs du Programme	128
10.2. Les activités réalisées	129
10.3. Les aenseignements tirés.....	138
11. Autres activités...	139
11.1. Le Centre de Médecine Traditionnelle pour la Région de Sikasso	139
11.2. Les ouvrages de capitalisation	141
11.3. Le Dialogue des Politiques	143
12. Conclusion et perspectives	146
Epilogue	148
Bibliographie	150
Annexes	155
1. Convention relative à la gestion du financement du PSDS des PO Santé des Communes de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua, élaborés dans le cadre de la recherche-action menée par <i>Aidemet Ong</i> à Kadiolo .	
2. Manuel des procédures de gestion des fonds du PSDS pour le financement des PO Santé des Communes, via le Conseil de Cercle	



LISTE DES ABRÉVIATIONS

AA	Accouchement assisté
Aidemet	Aide au développement de la Médecine Traditionnelle
AMAP	Agence Malienne de Publicité
ANICT	Agence Nationale d'Investissement des Collectivités Territoriales
AR	Assemblée Régionale
ASaCo	Association de Santé Communautaire
ASaCoBa	Association de Santé Communautaire de Banconi
AT	Accoucheuse Traditionnelle
CADEL	Centre d'appui au Développement Local
CC	Consultation Curative
CCC	Centre de Conseil Communal
CPN	Consultation Périnatale
CPON	Consultation Postnatale
CROCEP	Comité Régional d'orientation, de concertation, et d'évaluation du PRODESS
CSCom	Centre de Santé Communautaire
CSLP	Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté
CSRéf	Centre de Santé de Référence
DDC	Direction du Développement et de la Coopération
DESAM	Développement Sanitaire du Mali
DMT	Département Médecine Traditionnelle
DNCT	Direction National des Collectivités Territoriale
DRDSES	Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire
DRS	Direction Régionale de la Santé



DTCP	Diphtérie-Tétanos-Coqueluche-Poliomyélite
ESSC	Equipe Socio-Sanitaire de Cercle
F CFA	Franc de la Communauté Financière d'Afrique
FELASCOM	Fédération Locale des Associations de Santé Communautaire
FEMATH	Fédération Malienne des Associations des Thérapeutes Traditionnels et Herboristes
FSM	Forum Social Mondial
GM	Gouvernement du Mali
INFTS	Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux
INRSP	Institut National de Recherche en Santé Publique
IST	Infections sexuellement transmissibles
HCNLS	Haut Conseil National de Lutte contre le Sida,
MAP	Multisectorial AIDS Program
MATCL	Ministère de l'Administration Territoriale et des Collectivités Locales
MGF	Mutilations Génitales Féminines
MSPAS	Ministère de la Santé Publique et de l'Action Sociale
MSSPA	Ministère de la Santé, de la Solidarité et des Personnes Agées
ME	Médicaments Essentiels
ODM	Objectifs de Développement du Millénaire
ORTM	Office de Radiotélévision du Mali
PDSEC	Programme de Développement Social, Economique et Culturel
PDECOM	Programme de Développement Educatif de la Commue
PASS-MS	Programme d'appui Socio-Sanitaire Mali Suisse
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNLP	Programme National de Lutte contre le Paludisme



PNLT	Programme National de Lutte contre la Tuberculose
PO	Plan d'Opérations
PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social
PSDS	Partenariat Santé et Développement Social
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
RA	Recherche-action
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
SLDSES	Service Local de Développement Social et de l'Economie Solidaire
SDES	Service de Développement Social et de l'Economie Solidaire
SECOM	Services Communes
SLIS	Système Local d'Information Sanitaire
SNV	Service Néerlandais de Développement
USAID	United States Agency for International Development
UTM	Unité Technique de la Mutualité
VIH	Virus d'Immunodéficience Humaine





DÉDICACE

Cet ouvrage est dédié à la mémoire des partenaires, collaborateurs, frères et amis qui nous ont quittés avant que ce travail ne soit terminé :

- M. Issa D. Koné, 1^{er} adjoint au Maire de la Commune de Kadiolo ;
- M. Mady Niakaté, qui a été Chargé de suivi régional des Centres de Conseil Communal à Sikasso et par la suite conseiller technique à la DNCT du MATCL.
- Dr Hama Cissé, responsable des programmes de santé auprès du Bureau de la Coopération Suisse de Bamako ;
- M. Dramane Traoré, qui a été Chef du Service de Développement Social et de l'Economie Solidaire du Cercle de Kadiolo et par la suite Chef de Division de la Protection Sociale à la Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire de Sikasso ;
- Dr Sodiougou Témé, qui a été Médecin Chef du Centre de Santé de Référence du Cercle de Kadiolo et par la suite Directeur Régional de la Santé à Sikasso ;
- Dr Boubacar Dicko, responsable du programme de Partenariat Santé et Développement Social de la Coopération Suisse pour la Région de Sikasso ;
- M. Samba Traoré, inoubliable Président de l'ASaCo de Lofigué.

Que la terre leur soit légère et que leurs âmes reposent en paix.



REMERCIEMENTS

Il est difficile de remercier nommément tous ceux qui ont donné leur contribution aux expériences qui sont relatées dans cet ouvrage. Nous tenons quand même à remercier toutes les institutions et les personnes ressources sans lesquelles ce travail n'aurait pas pu être mené, notamment :

- Les Mairies des Communes de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua ;
- Les équipes techniques et les ASaCo de Dioumaténé, de Kadiolo, de Lofigué et de Zégoua ;
- Les autres membres des groupes communaux de concertation de la recherche-action : les Chefferies Traditionnelles, les Association des Tradithérapeutes, les Groupements de Femmes, les Jeunes et les autres acteurs locaux de la santé ;
- Le Conseil de Cercle de Kadiolo ;
- Les équipes du Centre de Santé de Référence et du Service de Développement Social et de l'Economie Solidaire du Cercle de Kadiolo ;
- La Perception et le Contrôle Financier de Kadiolo ;
- L'équipe de la Cellule d'appui au Partenariat Santé et Développement Social de la Coopération Suisse à Sikasso ;
- Le Bureau de la Coopération Suisse de Bamako ;
- Le Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration du Ministère de la Santé.



PREFACE

Depuis une vingtaine d'années, en Afrique de l'Ouest les Etats se sont engagés dans des processus de décentralisation de leurs systèmes politico-administratifs. La redistribution des pouvoirs au niveau local, à travers la création de Communes, a ouvert de nouveaux espaces de médiation et de négociation des politiques publiques. La perspective du local oblige les acteurs à la base à réfléchir sur la valorisation de leurs propres potentiels et ressources, au risque d'attendre longtemps les financements du pouvoir central. Le secteur de la santé est particulièrement pertinent pour éclairer les enjeux des politiques locales. En effet, un maire à la tête d'une commune de 35 à 50'000 habitants, couvrant plusieurs villages, n'a la capacité d'agir sur l'amélioration des soins de santé à sa population qu'à travers un ou deux, au grand maximum, centre de santé de communautaires. Or sur l'espace communal il existe un tissu de praticiens de médecine traditionnelle offrant des savoirs et savoir-faire précieux qui peuvent être largement valorisés et soutenus par une politique communale de la santé, donnant ainsi des leviers locaux d'amélioration des politiques publiques. Ces nouveaux espaces de négociation et de médiation des savoirs sont des champs de tension entre le centre qui prescrit généralement les politiques et les périphéries censées les appliquer.

C'est ce champ de tension qu'*Aidemet Ong* a voulu explorer à travers la recherche-action qu'elle a mené de 2005 à 2010 dans le Cercle de Kadiolo (Région de Sikasso) au Sud Mali, avec l'appui de la Coopération Suisse. Comment intégrer dans les politiques communales l'ensemble des ressources et des savoirs faire du domaine de la Santé ? Comment établir des passerelles entre médecine moderne et traditionnelle au profit des populations ? Comment les acteurs locaux peuvent-ils occuper ces nouveaux espaces de responsabilité en s'appropriant l'ensemble des leviers d'action possible ? Comment assurer le financement décentralisé des activités de sante ? Enfin, pour quelle politique communale de la santé ?

C'est sur ces questions que les auteurs tentent d'apporter des réponses. Puisse ce livre apporter une contribution de référence au dialogue des politiques sur l'appropriation locale du pouvoir au profit du bien être des populations.

Cotonou le 22 septembre 2012

Directeur Résident de la Coopération Suisse au Mali de 2003 à 2008



PROLOGUE

De 2001 à 2003, nous avons conduit des activités de valorisation des ressources de la médecine traditionnelle dans le District Sanitaire de Kadiolo, Région de Sikasso, avec l'appui du Bureau de la Coopération Suisse de Bamako. Ces activités ont été présentées à travers deux ouvrages, « *La guerre des femmes* » et « *Les hommes et les plantes* », édités respectivement en novembre 2009 [1] et en janvier 2010 [2].

Entre la fin de l'année 2003 et le début de l'année 2004, dans le cadre des réflexions partenariales entre l'équipe d'Aidemet Ong et les experts du Bureau de la Coopération Suisse sur les suites à donner aux actions réalisées, deux pistes avaient été identifiées : d'une part, l'ancrage des activités de valorisation des ressources de la médecine traditionnelle dans les espaces communaux, en expérimentant la planification et le financement décentralisés de la santé et, d'autre part, l'utilisation des acquis des expériences réalisées au niveau local pour alimenter le dialogue des politiques au niveau national, en vue de la définition d'un système de santé plus équitable, plus accessible et plus adapté culturellement.

En juin 2002, le Gouvernement du Mali avait émis un Décret fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux Commune et Cercle en matière de santé [3]. Ce processus de décentralisation du secteur de la santé en cours nous paraissait représenter une bonne opportunité pour ancrer la relance de la santé communautaire et la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle dans l'espace communal, dans le cadre du renforcement des systèmes locaux de santé. Car c'est dans ces espaces que les acteurs des deux médecines, traditionnelle et moderne, se rencontrent et interagissent, tout en s'occupant de la santé des mêmes populations.

En effet, nos expériences avaient démontré que l'utilisation rationnelle des savoirs et savoir-faire locaux de santé et la création d'un système de référence et de contre-référence entre les systèmes moderne et traditionnel de soins pouvaient participer à la prise en charge rapide à un coût abordable non seulement des urgences obstétricales, mais aussi des pathologies les plus fréquentes, améliorant ainsi la santé des populations.

Nous pensions, en outre, que l'implication des acteurs de la médecine traditionnelle dans les actions préventives et promotionnelles de santé pouvait faciliter la communication, et donc la compréhension et l'adhésion des populations aux politiques de santé, en consolidant ainsi la participation communautaire et en renforçant les systèmes locaux de santé.



En 2003, le Mali avait aussi engagé le processus d'élaboration de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle [4] et du Programme de Développement Socio-Sanitaire pour les années 2003-2007 [5].

Nous étions donc convaincus que devant nous s'ouvraient des espaces importants d'expérimentation novatrice, d'interpellation technique et culturelle et de participation engagée au dialogue politique national, pour valoriser davantage les expériences que nous avions menées et les autres que nous étions en train de préparer, afin d'atteindre l'appropriation par les acteurs sociaux de la programmation décentralisée du développement sanitaire, environnemental et social des communes. L'objectif était toujours l'amélioration de la qualité de la vie des populations, en utilisant au mieux toutes les ressources disponibles sur le terroir.

Pour une heureuse coïncidence, dans le même période, exactement le 02 et le 03 décembre 2003, le Bureau de la Coopération Suisse avait organisé un atelier sur la méthodologie de recherche-action, animé par Pierre Gautier [6]. L'atelier, construit comme une mini recherche-action de deux jours, a constitué un champ d'interactions intenses, basé sur les participants, les cadres du Bureau de la Coopération Suisse et les responsables des principaux projets et programmes appuyés par la Suisse au Mali, pris dans leurs rôles différents et leurs contextes particuliers, avec les attentes et les enjeux de tout un chacun.

La participation à l'atelier nous a permis de comprendre que la recherche-action critiquait radicalement la posture des méthodes classiques, refusant qu'un savoir exogène, souvent fabriqué par le Nord, puisse être invoqué pour déposséder les acteurs de leur rôle tout autant que pour les sécuriser. Nous avons ainsi compris que le choix n'était pas entre recherche-action et cadre logique, mais il était à l'intérieur de la perception qu'avaient les acteurs de leurs besoins et de leurs capacités d'interaction. Il était donc un choix fondamentalement politique, car il interrogeait chacune et chacun dans son rapport au changement sociétal, qui était la finalité de la recherche-action, et aux moyens qu'il comptait investir pour le produire.

La recherche-action refuse la posture de l'accompagnant postulé neutre, qui tire sa légitimité d'un travail préliminaire fait par d'autres, de réflexions menées autre part, à d'autres moments, dans d'autres contextes, pour d'autres enjeux. Par ailleurs, il n'y a pas d'accompagnants parce qu'il n'y a plus d'accompagnés. Enfin, la recherche-action refuse la globalisation méthodologique, même si le prix à payer est de promouvoir des interventions dont il ne faut, en aucun cas, postuler dès le départ les objectifs, les agendas ou les plans d'actions.



En conclusion de l'atelier, Pierre Gauthier avait souligné qu'initier une recherche-action est un exercice difficile et très exigeant : *« L'absence de recettes, les questionnements implacables auxquels les acteurs doivent se soumettre régulièrement, la remise en cause de vieilles habitudes comme celle de parler au nom d'autres personnes sans avoir pour mandat de le faire, sont profondément désécurisants. Dans la recherche-action, il ne reste plus que des acteurs, contraints à construire quelque chose ensemble en partageant leurs sujets, donc en créant une intersubjectivité. C'est un choix politique, et il serait illusoire de croire que chacune et chacun soit prêt à le faire ou désireux de le faire ».*

Nous avons des idées suffisamment claires de ce que nous voulions faire, de comment le faire et avec qui nous pensions pouvoir le faire. Nous avons ainsi trouvé que la méthodologie de la recherche-action s'accordait parfaitement avec nos expériences et nos réflexions dans les domaines du développement en général et de la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle en particulier...

C'est donc en toute connaissance de cause que nous avons décidé de faire ce choix et nous sommes mis au travail. Cet ouvrage essaiera de vous faire participer à nos réflexions et à nos actions et de partager avec vous les acquis et les contraintes de cette nouvelle aventure.

Effectivement, les choses n'ont pas été toujours faciles... Mais nous étions conscients dès le départ de n'avoir pas choisi la voie de la facilité, car nous savions que la décentralisation effective de la santé nécessitait des efforts conjoints et cohérents de plusieurs acteurs : les leaders communautaires, les collectivités territoriales, les services techniques déconcentrés, les autorités administratives, les développeurs, les décideurs du niveau national et les partenaires techniques et financiers.





1. GÉNÉRALITÉS SUR LA DÉCENTRALISATION ET LA SANTÉ

À la fin des années 1990, le Mali s'était engagé dans un processus de décentralisation de la gestion publique. Les deux grandes ambitions de cette réforme majeure étaient, d'une part, l'enracinement du processus de démocratisation et, d'autre part, l'émergence d'une alternative à l'approche de développement pensée exclusivement par le haut et financée en grande partie par des ressources extérieures [7]. Le Chef de la Mission de Décentralisation et des Réformes institutionnelles avait déclaré : « *Aujourd'hui, avec l'instauration d'une démocratie pluraliste et la construction d'un état de droit en cours, les maliens ont-ils d'autres choix que d'envisager la mise en œuvre d'un système administratif plus juste, respectant la diversité et les particularismes territoriaux... qui fondent la grandeur de la nation malienne depuis des millénaires ? L'aboutissement du processus de décentralisation sera certes long, difficile et émaillé de crises multiples et multiformes à gérer, mais, face aux enjeux qu'il représente, avons-nous d'autre alternative ?* » [8]. Effectivement, les difficultés de mise en œuvre de ce processus seront nombreuses...

1.1. Historique de la décentralisation

La décentralisation au Mali relève d'une longue histoire, qui remonte à l'époque précoloniale, avec les grands empires (Ghana, Mali et Songhaï). Depuis 1236, à Kouroukan Fouga, le roi du Manden Soundiata Keïta et ses collaborateurs adoptèrent les principes d'une gestion décentralisée des cantons et de la bonne gouvernance des biens publics [9]. L'histoire a continué, plus dans la forme que dans la substance, sous la colonisation, avec les provinces, les communes, les cantons et les villages. Cependant, seulement treize communes furent créées au Soudan Français (Kayes, Bamako, Mopti, Ségou, Sikasso, Kita, Nioro, Kati, Koulikoro, Koutiala, San, Tombouctou et Gao) avec des différents degrés d'autonomie...

En 1960, à l'indépendance, le Mali n'hérita que de cinq communes de plein exercice, qui devinrent treize en 1966 avec l'abolition de la hiérarchisation coloniale des communes. Cependant, aucune nouvelle commune ne fût créée. Bien que la Constitution du 22 septembre 1960 ait prévu des collectivités territoriales qui devaient s'administrer librement par des conseils élus, ces dispositions n'ont jamais été effectives. Le régime militaire issu du coup d'état du 19 novembre 1968 a dissout les conseils municipaux, en les substituant avec des délégations spéciales nommées par décret. Sous la constitution du 02 juin 1974, en plus de la création du district de Bamako subdivisé en six communes, dans l'ensemble du territoire, seule la nouvelle commune de Bougouni a vu le jour [10].



Après les événements du 26 mars 1991, pendant la transition, cinq nouvelles communes furent créées, notamment Banamba, Dioïla, Bandiagara, Niono et Djenné [10]. En effet, la décentralisation participait des idéaux de liberté, de démocratie et de développement qui animaient le peuple malien et ses avant-gardes. La libre administration des collectivités territoriales a été ainsi prévue par la nouvelle Constitution du 25 février 1992 [11].

En 1993, le Mali s'est engagé dans une politique volontariste de réforme institutionnelle visant la mise en œuvre d'un véritable processus de décentralisation. La loi 93-008 du 11 février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales [12] a activé la politique de décentralisation menée par le gouvernement. Un arsenal juridique a été adopté le 16 octobre 1996 en prévision de la tenue des élections locales : la loi 96-050 sur la constitution et la gestion du domaine des collectivités [13] ; la loi 96-051 déterminant les ressources fiscales des communes [14] ; la loi 96-058 concernant les ressources fiscales du District de Bamako et des communes qui le composent [15]. C'est avec la loi n° 96-059 du 04 novembre 1996 que les communes furent créées [16].

A partir de 1999, la décentralisation au Mali a pris sa forme actuelle. Une assise juridique de départ était disponible. Le découpage territorial était consacré et les différentes collectivités territoriales avaient été créées (703 communes, 49 cercles, 8 régions et le District de Bamako). C'est ainsi qu'en 1999 la décentralisation est devenue effective, après les élections communales du 02 mai et 06 juin 1999.

Le fonctionnement des organes des collectivités territoriales a consacré le partage des responsabilités entre elles et l'Etat. Le fonctionnement réel des collectivités leur nécessitait évidemment un transfert effectif de certaines compétences et le transfert concomitant des ressources y afférentes.

1.2. Références législatives et règlementaires du transfert de compétences en matière de Santé.

Pour ce qui concerne le transfert des compétences aux collectivités territoriales en matière de santé au Mali, quelques lois et textes règlementaires ont servi de fondement juridique. Il s'agit en occurrence :

a. La loi n° 93-008 du 11 février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales, modifiée par **la loi 2012-005 du 23 janvier 2012** ;



b. La loi n° 2012- 007 du 07 février 2012 portant Code des Collectivités territoriales [17] ;

c. Le décret n° 02-314 P-RM du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle en matière de santé [3];

d. Le décret n° 05-299 P-RM du 22 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des Centres de Santé Communautaires [18].

1.3. Les outils

Le Ministère de la Santé, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers, a poursuivi la réflexion pour opérationnaliser la gestion des centres de santé en mode décentralisé. A cet effet, il a produit différentes outils :

- Guide d'opérationnalisation du décret N° 02-314/ P-RM du 04 juin 2002 [19];
- Guide de gestion des Centres de Santé Communautaires en mode décentralisé [20];
- Guide de gestion des Centre de Santé de Référence en mode décentralisé [21].

Peu à peu, ces textes et divers documents produits ont outillé les acteurs de la santé dans le cadre du transfert des compétences.

1.4. Les principes de transfert des compétences

Le transfert doit nécessairement respecter certains principes, cités dans la loi 93-008 modifié par la loi 2012-005, qu'il convient ici de rappeler:

a. L'intangibilité de l'intégrité territoriale et de l'unité nationale.

Elle est exprimée dans la loi portant sur la libre administration des collectivités territoriales. Selon ce principe, aucun domaine de souveraineté nationale ne peut être transféré, en occurrence la monnaie, la défense nationale, la politique extérieure, la justice. Ceux-ci relèvent entièrement et uniquement de la responsabilité de l'Etat.

b. L'exclusivité du transfert aux seules collectivités territoriales.

Le transfert ne se fait ni aux associations, ni aux communautés ni aux autres formes d'organisations. Ce sont les collectivités régions, cercles et communes qui sont les seules exclusives institutions auxquelles une compétence peut être transférée.



c. La concomitance du transfert de compétences et des ressources.

Tout transfert de compétence à une collectivité territoriale doit être accompagné du transfert concomitant par l'Etat à celle-ci, de ressources et moyens nécessaires à l'exercice normal de cette compétence.

d. La progressivité dans le transfert des compétences.

Le transfert des compétences se fera de façon progressive, au fur et à mesure que les collectivités seront à mesure de les assumer.

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

Le transfert des compétences doit servir de tremplin pour renforcer la coopération entre l'Etat et les collectivités. Les politiques locales doivent être en harmonie avec les politiques nationales.

1.5. Les types de compétences

Les textes de la décentralisation au Mali prévoient deux types de compétences :

a. Les compétences générales.

Ce sont les compétences communes à toutes les collectivités. Il s'agit par exemple de l'élaboration et du vote du budget et des comptes, l'aménagement du territoire, la création et le mode de fonctionnement des services, les marchés des travaux et des fournitures, l'élaboration d'un programme de développement économique, social et culturel, l'archivage, la conception, la programmation, la mise en œuvre et le suivi évaluation des actions de développement...

b. Les compétences spécifiques.

Pour chaque niveau de collectivités, la loi portant Code des Collectivités Territoriales en République du Mali énumère les compétences spécifiques. Parmi celles de la commune, mentionnées à l'article 22, on peut citer :

- L'état civil ;
- Le recensement ;
- L'enseignement fondamental, préscolaire et l'alphabétisation ;
- L'hygiène publique et l'assainissement ;
- Les centres de santé communautaires ;
- L'hydraulique rurale ou urbaine.



1.6. Les types de transfert des compétences

Le fonctionnement effectif des collectivités exige que des compétences soient transférées. Ainsi, on distingue deux grands types de transfert :

a. Le transfert automatique.

Au titre des textes de la Libre administration des collectivités territoriales et du Code des collectivités territoriales, certaines compétences ont été dévolues automatiquement aux collectivités territoriales, comme l'état civil, le recensement, la police administrative, l'hygiène et l'assainissement, les archives, l'élaboration du programme de développement économique social et culturel, l'élaboration et le vote du budget... Elles peuvent les exercer automatiquement sous le contrôle de la tutelle.

b. Le transfert progressif, modulé.

Dans ce cadre on peut citer l'éducation, la santé (qui nous intéresse particulièrement dans cet ouvrage), et l'hydraulique. Il s'agit des compétences dont le transfert exige que les relatifs détails soient fixés. Actuellement les détails de transfert dans le domaine de la santé sont précisés à travers le décret 314 [3].

1.7. Conclusion

La recherche-action que nous présentons dans cet ouvrage a été menée pour accompagner les collectivités territoriales, notamment les communes, dans l'exercice des compétences transférées dans le domaine de la santé et dans la mobilisation des ressources financières y afférentes.

Quand les experts de la Mission de Décentralisation et de la Reforme Institutionnelle ont du expliquer aux populations rurales la décentralisation, les termes qui ont utilisés en langue bamanakan « *fanga seguira so* » signifiait « *le pouvoir est revenu à la maison* »...

Nous avons ainsi résumé notre question de recherche : « *Est-ce que le pouvoir est effectivement revenu à la maison ?* ».



2. POURQUOI LA RECHERCHE-ACTION ?

Entre 2002 et 2003, à plus de dix ans de l'Initiative de Bamako [22] et de la déclaration de Politique Sectorielle de Santé [23] et à plus de cinq ans du premier PRODESS [24], force était de reconnaître que les résultats dans le domaine de la santé restaient très mitigés. La mortalité infantile restait à 113‰. Globalement, 229 enfants sur mille naissances vivantes continuaient à mourir avant d'atteindre l'âge de 5 ans. La "*guerre des femmes*" continuait à faire ses victimes : 582 femmes sur 100.000 naissances mouraient à l'accouchement. Seul 29% des enfants entre 12 et 23 mois étaient complètement vaccinés, tandis que 1 enfant sur 5 n'avait reçu aucun vaccin. En milieu rural, seulement les 32,2% des femmes pouvaient accéder à un CSCoM dans un rayon de 5 Km [25].

Certes, l'accessibilité géographique aux soins s'était améliorée : le 82,64 % des 1.038 aires potentielles, soit 857 aires, avaient, au 31 décembre 2002, un potentiel "non nul" ; mais seulement 48% des aires disposaient du minimum de personnel requis. Par ailleurs, la participation communautaire, qui devrait être l'atout principal, montrait des graves limites : seulement 25,26% des aires de santé avaient une Association de Santé Communautaire fonctionnelle [26].

De plus, les femmes, qui, avec leurs enfants, devraient être les plus concernées par les prestations offertes par les CSCoM, participaient très rarement à leurs organes de gestion : les femmes qui siégeaient dans les bureaux des ASaCo étaient de 7% en milieu rural et de 18,7% en milieu urbain [27].

Des graves problèmes concernaient l'équité d'accès au système de santé moderne : la mortalité infantile était de 106‰ en milieu urbain et de 132‰ en milieu rural... C'est-à-dire qu'il avait un risque de mourir avant l'âge de 1 an 1,25 fois plus élevé pour les enfants ruraux par rapport aux citadins. La mortalité infanto-juvénile était respectivement de 185‰ en milieu urbain et de 252‰ en milieu rural, soit un risque 1,36 fois plus élevé de mourir avant d'atteindre l'âge de 5 ans pour les ruraux. Les accouchements assistés dans un établissement sanitaire étaient de 79,4% en milieu urbain et de 25,4% en milieu rural, soit une couverture 3,12 fois plus élevée pour les femmes qui habitaient en ville. La couverture vaccinale pour les enfants (12-23 mois) ruraux était de 22%, tandis que pour les enfants des villes elle était de 50%, soit une couverture 2,27 fois plus élevée pour les enfants des villes [25].

La désagrégation des données par quintiles de revenu confirmaient l'existence d'inégalités sociales : la mortalité infanto-juvénile était de 244‰ pour les enfants appartenant aux



familles les plus pauvres et de 165‰ pour les enfants des familles les plus aisées, soit un risque 1,48 fois plus élevé de mourir avant d'atteindre l'âge de 5 ans pour les enfants de parents pauvres. Le taux des accouchements assistés était de 20% pour les femmes les plus pauvres et de 85% pour les femmes les plus aisées : soit une couverture 4,25 fois plus élevée pour les femmes aisées [28].

En plus des barrières géographiques et économiques, il y avait aussi d'autres barrières, d'ordre social et culturel, qui empêchaient l'accès équitable aux soins de santé conventionnels. Il fallait donc réfléchir davantage sur l'étrangeté du modèle de soins proposé par rapport aux modèles traditionnels de santé et de maladie, à la conception de la vie et de la mort, à la lecture et à l'interprétation des symptômes, à l'identification des causes... Un modèle dont il fallait surmonter la non-reconnaissance et l'extranéité par rapport à la culture et aux traditions locales, aux expériences quotidiennes, aux connaissances et aptitudes collectives, aux croyances et aux certitudes populaires pour atteindre une articulation efficace entre les systèmes conventionnel et traditionnel de santé [29]. Dans ce cadre, un système de santé accessible partout et pour tous et vraiment équitable n'était pas réellement envisageable sans prendre en compte les ressources de la médecine traditionnelle.

Le processus de décentralisation en cours du secteur de la santé nous paraissait représenter une opportunité pour ancrer la gestion de la santé communautaire dans l'espace local, notamment au niveau des communes. Ce processus devrait permettre la prise en compte des problèmes prioritaires de santé, avec l'utilisation rationnelle de toutes les ressources disponibles localement et la participation effective des populations concernées à la prise en charge de leur propre santé.

Des compétences en matière de santé avaient en effet été transférées aux Communes et aux Cercles [3], plaçant ainsi les collectivités territoriales dans des nouveaux espaces de responsabilités ; cependant, à cette époque, les compétences semblaient faiblement maîtrisées par l'ensemble des acteurs et le transfert des ressources financières nécessaires n'avait même pas commencé. D'autres difficultés concernaient le cadre juridique et institutionnel des relations entre Communes et ASaCo [30]. Le point critique principal était donc au niveau des villages, où il fallait reconstruire la base de la pyramide sanitaire, qui dans le nouveau système de santé mis en place y arrivait rarement. Or c'est souvent là que tout se jouait, les recours aux soins étant motivés par beaucoup de facteurs, en particulier celui de la proximité et de l'accessibilité des offres disponibles quelle qu'en soit la nature.

C'est ainsi que nous avons décidé de mener une recherche-action ayant pour objet l'élaboration par les collectivités territoriales de politiques de santé communautaire équita-



bles, accessibles et efficaces, valorisant les ressources de la médecine traditionnelle. Nous pensions qu'une concertation au niveau communal, mais aussi au niveau de la première et deuxième référence (Cercle et Région), entre collectivités territoriales, services techniques déconcentrés, organisations communautaires et acteurs de la médecine traditionnelle s'avérait indispensable pour une santé communautaire vraiment décentralisée et accessible, utilisant au mieux toutes les ressources disponibles.

Nous étions convaincus qu'une synergie entre les programmes de santé et de valorisation de la médecine traditionnelle avec les programmes d'appui à la décentralisation et à la gouvernance locale pouvait être très utile pour une programmation sanitaire ancrée aux réalités locales et, pour cela, mieux comprise et plus efficace. Il s'agissait de construire, d'expérimenter et d'évaluer un exemple concret, ou mieux, un « modèle » de programmation sanitaire et sociale participative, du bas vers le haut. Les objectifs évidemment étaient de renforcer les systèmes locaux de santé et d'améliorer l'état de santé des populations. Mais, en plus de cela, il s'agissait d'utiliser les résultats des expériences évaluées et validées au niveau opérationnel pour mieux alimenter le dialogue des politiques au niveau national sur la santé communautaire, la décentralisation de la santé et la valorisation de la médecine traditionnelle. Par ailleurs, dans le cadre du transfert des compétences et des ressources aux communautés territoriales, une réflexion au niveau local sur des formes alternatives de financement de la santé communautaire pouvait se matérialiser dans des actions concrètes et mesurables visant à augmenter l'équité du système.

Il est à souligner que cette recherche-action se situait en continuité logique et opérationnelle avec les activités de valorisation de la médecine traditionnelle menées depuis avril 2001 à Kadiolo en synergie entre le PASS-MS et *Jekasy*⁽¹⁾, avec le soutien technique et financier du Bureau de la Coopération Suisse de Bamako [2]. Les résultats devraient permettre d'affiner davantage les méthodologies et les approches des deux programmes pour atteindre une amélioration durable de l'état de santé des populations concernées et une implication concrète des thérapeutes traditionnels organisés dans la programmation sanitaire locale, la protection de l'écosystème et la sauvegarde de la diversité biologique végétale.

Le défi était, entre autres, de participer au dialogue des politiques au niveau national, dans le cadre de l'élaboration et la mise en œuvre de la deuxième phase du PRODESS et de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle.

(1). *Jekasy* était un Programme d'appui dedéveloppemnt rural de la Région de Sikasso, financé par la Coopération Suisse



3. LE PROTOCOLE DE LA RECHERCHE-ACTION

Nous avons ainsi démarré le processus d'élaboration du protocole de recherche, par un dialogue intense et serré avec les responsables et les chargés des programmes de santé et de développement social du Bureau de la Coopération Suisse de Bamako [31].

Les enjeux étaient de contribuer au renforcement des systèmes locaux de santé dans le District Sanitaire de Kadiolo et d'alimenter le dialogue des politiques aux niveaux régional et national sur la décentralisation de la santé et sur la valorisation des ressources de la Médecine Traditionnelle.

Il n'a pas été facile dès le départ d'obtenir le degré de flexibilité indispensable pour pouvoir conduire le travail dans une approche effective de recherche-action, sans se faire enfermer dans un schéma de cadre logique...

Par contre, la définition de l'objectif et de l'hypothèse de recherche n'a pas posé de problèmes majeurs.

3.1. Objectif général

Contribuer à rendre le système de santé communautaire plus équitable, accessible et efficace par des synergies entre les collectivités territoriales et les acteurs locaux de la santé conventionnelle et traditionnelle.

3.2. Hypothèse de recherche

Le transfert réel de compétences et de ressources aux collectivités territoriales peut permettre la décentralisation véritable du système de santé communautaire, l'utilisation optimale de toutes les ressources disponibles et la participation effective des populations locales aux choix concernant leur propre santé, avec des retombées importantes sur l'équité, l'accessibilité et l'efficacité du système de santé.

3.3. Questions de recherche

La définition des questions de recherche a été longue et compliquée : à la fin de chaque séance de travail, la liste de questions s'allongeait. D'un côté, il y avait l'envie d'être simples et efficaces, de l'autre, le souci d'être exhaustifs... C'est ainsi que nous nous sommes retrouvés avec une liste de douze questions auxquelles la recherche-action devait essayer de répondre.



- Le transfert des compétences et des ressources aux collectivités territoriales peut-il constituer une occasion pour une décentralisation effective de la programmation de la santé communautaire, impliquant tous les acteurs au niveau local ?
- Des interactions entre collectivités territoriales, services techniques déconcentrés, ASaCo et acteurs de la médecine traditionnelle peuvent-elles catalyser une participation communautaire réelle aux choix de politique de santé communautaire au niveau local ?
- Par le dialogue entre collectivités territoriales, services techniques déconcentrés, ASaCo et acteurs de la médecine traditionnelle peut-on parvenir à l'élaboration d'une planification de la santé communautaire décentralisée visant l'utilisation optimale de toutes les ressources disponibles au niveau local ?
- Comment les collectivités territoriales peuvent-elles assumer leurs compétences dans l'élaboration de politiques de santé communautaire prenant en compte l'utilisation optimale de toutes les ressources disponibles ?
- Comment ces politiques sont-elles harmonisées entre elles et prises en compte dans le PRODESS ?
- Des synergies entre collectivités territoriales, services techniques déconcentrés, ASaCo et acteurs de la médecine traditionnelle peuvent-elles participer à une meilleure perception et utilisation de la médecine traditionnelle au niveau local et à la lutte contre les faux thérapeutes ?
- L'expérimentation d'un Système Local d'Information Sanitaire, en utilisant les nouvelles technologies de l'information et en prenant en compte les ressources de la Médecine Traditionnelle, peut-elle contribuer à l'amélioration de la programmation sanitaire et renforcer les prises de décisions au niveau décentralisé ?
- La collaboration entre collectivités territoriales, services techniques déconcentrés, ASaCo et acteurs de la médecine traditionnelle peut-elle participer à l'amélioration de la qualité du service des CSCom et à une augmentation de la fréquentation ?
- Quelle est la place des services techniques déconcentrés dans une santé communautaire assumée par les communautés ? Quelles sont les relations entre services techniques déconcentrés et collectivités territoriales ?



- La prise en compte des spécificités du genre peut-elle amener à une participation accrue des femmes et à l'amélioration de la gestion de la santé communautaire ?
- Une réflexion au niveau local sur des formes de financement alternatives de la santé communautaire peut-elle augmenter l'équité d'accès aux soins et aux services de santé ?
- Comment les expériences au niveau de la base de la pyramide sanitaire peuvent-elles alimenter le dialogue politique au niveau régional et national dans le cadre du PRODESS et de la définition et de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle ?





4. DES APPROFONDISSEMENTS MÉTHODOLOGIQUES

Nous vous présentons dans ce chapitre quelques réflexions méthodologiques qui nous ont guidés dans la mise en œuvre de la recherche-action que nous sommes en train de vous présenter et qui pourraient être utiles dans la préparation et la mise en œuvre d'autres interventions dans les domaines de renforcement des systèmes locaux de santé et de valorisation des ressources de la médecine traditionnelle [32].

En outre, nous tenons à conseiller nos lecteurs de réfléchir suffisamment, avant de s'engager dans un travail de recherche-action... Il faut d'abord vous rassurer sur le fait que les commanditaires du travail comprennent et partagent avec vous au moins la logique et les caractéristiques fondamentales de cette approche. Pour cela, les paragraphes qui suivent pourront vous être utiles...

Nous tenons à souligner que, même si nous faisons référence aux textes, il ne s'agit pas d'une construction théorique, mais du résultat de longues années d'expériences de terrain et de réflexions participatives, menées avec différentes personnes ressources et plusieurs acteurs de terrain. Car c'est participant à l'atelier sur la recherche-action que nous avons mentionné dans le prologue, que nous avons compris que, dans notre travail quotidien, nous avons presque toujours essayé d'en appliquer les principes, sans même le savoir. C'est ainsi que nous avons décidé d'approfondir nos connaissances sur la recherche-action, pour améliorer et consolider nos méthodes de travail et d'analyse.

En général, les préoccupations des développeurs et des chercheurs qui ont travaillé dans le domaine des savoirs locaux de santé ont été principalement axées sur la nécessité de repérer et d'inventorier les connaissances sur les médecines traditionnelles en général et sur les plantes médicinales en particulier. Ce qui est selon nous acceptable dans le cadre de projets de recherche fondamentale, mais très réducteur dans le cadre de projets de développement... Nous pensions, au contraire, qu'il était grand temps de passer des études sur les médecines traditionnelles à un dialogue avec les acteurs des médecines traditionnelles sur les priorités sanitaires, socio-économiques et environnementales les concernant. Notre préoccupation a toujours été d'identifier les lignes d'une intervention centrée sur la valorisation du rôle des acteurs des médecines traditionnelles, dans le contexte du renforcement des systèmes locaux de santé et de la sauvegarde de la diversité biologique végétale. Une intervention qui soit reproductible et efficace à un coût abordable, avec des indicateurs objectivement vérifiables permettant d'en mesurer l'impact. C'est ainsi que



nous avons préféré à l'approche anthropologique classique une approche qui permettrait d'accompagner et, pourquoi pas, de "*piloter*" les processus de changement social [2].

Nous avons toujours pensé qu'il n'était pas possible de mener des actions de développement local sans la recherche et que la création de passerelles entre développeurs et chercheurs était une nécessité incontournable. Mais nous étions aussi convaincus que les méthodes classiques de recherche n'étaient pas adaptées pour nous aider dans nos efforts de promotion du développement local et de valorisation des savoirs locaux de santé.

4.1. La conception classique de la recherche

Dans la recherche classique, ou conventionnelle, l'approche analytique est privilégiée: il s'agit d'essayer d'isoler les éléments de l'univers observé et de les remettre ensemble, conceptuellement ou expérimentalement, pour comprendre comment l'ensemble des composantes peuvent marcher ensemble.

Cette approche peut être utilisée non seulement dans le domaine des disciplines dites scientifiques, comme la chimie, la physique, la biologie mais aussi les sciences dites sociales, comme la psychologie, la sociologie, l'anthropologie, et autres [33]. Une telle approche suppose donc de pouvoir décomposer la réalité en petites unités ayant entre elles des relations essentiellement linéaires à correspondance biunivoque, la même action donnant toujours le même effet [34].

- L'objectif de la recherche conventionnelle vise l'accroissement des connaissances sur une réalité donnée ;
- La contribution scientifique de la recherche conventionnelle repose sur l'universalité des résultats ;
- L'utilité pour l'action de la recherche conventionnelle réside donc en un apport d'informations pouvant servir à l'identification des moyens d'action possibles. Mais l'action n'est pas l'objectif directement poursuivi ;
- La position de l'objet de l'étude est externe au processus de recherche ;
- La position du chercheur se présente comme neutre par rapport au processus de recherche ;
- Le type de problème étudié peut être aussi bien technique que social ;



- La durée de l'étude peut être très variable ;
- La zone de recherche ne présente d'intérêt que si elle est représentative des ensembles plus vastes pour lesquels les conclusions seront tirées.

La limite la plus importante de l'approche classique est le manque d'approche systémique, c'est-à-dire de l'étude de l'ensemble des éléments de la réalité donnée, ayant des relations complexes et circulaires entre eux. Ce qui amène à distinguer entre utilité et efficacité d'une action donnée, la première étant liée au résultat espéré dans les conditions expérimentales, la deuxième étant en relation avec les résultats effectivement atteints en situation réelle.

4.2. L'approche systémique

Un système est défini comme un ensemble d'éléments en interaction dynamique, organisé en fonction de maintenir sa fonctionnalité et de permettre son adaptation à un environnement changeant [35].

L'approche systémique se concentre donc sur les interactions entre les différents éléments de la réalité étudiée et considère les effets desdites interactions, en s'appuyant sur une perception globale, ou modèle, de ladite réalité. L'approche systémique passe donc par la construction de modèles. Un modèle est défini comme la représentation simplifiée et hypothétique d'un processus ou d'un système. Il résulte de l'analyse de l'état des connaissances sur la réalité donnée, c'est-à-dire de l'étude et la confrontation d'expériences concrètes dans le domaine donné. Le rôle de la recherche sera ainsi de confirmer, d'infirmer ou d'enrichir le modèle, ou l'hypothèse de recherche, en question. La validation se réalise par comparaison du fonctionnement du modèle avec la réalité.

L'approche systémique est ainsi efficace lorsque les interactions entre les différents éléments sont "compliquées", c'est-à-dire complexes, non linéaires et non univoques. Il est donc indispensable dans les domaines de recherche sur les savoirs locaux, ou sur les systèmes de santé, qui relèvent d'une réalité complexe et organisée, où les facteurs sociaux, culturels, environnementaux, économiques, politiques, et j'en passe, déterminent l'efficacité ou l'inefficacité d'une action. D'où une ultérieure caractéristique de l'approche systémique : l'interdisciplinarité.

Toutefois, l'opposition entre approches analytique et systémique n'est pas absolue : elle peut bien intégrer des résultats de recherches analytiques et même des démarches analytiques, car une approche systémique absolue est en réalité impossible.



4.3. La recherche opérationnelle

La recherche opérationnelle est une démarche scientifique appliquée à l'étude d'un système complexe, servant à optimiser la prise de décision pour l'amélioration de l'efficacité du système, avec des objectifs quantitativement définis [36].

Un des aspects importants de la recherche opérationnelle est la construction d'un modèle mathématique représentant le système étudié, servant de base à l'étude de l'impact des différentes options possibles et de support à la prise de décision [34].

- L'objectif de la recherche opérationnelle est la prise de décision optimale dans une situation donnée ;
- La contribution scientifique de la recherche opérationnelle consiste dans une connaissance strictement liée à la situation originelle ;
- L'utilité pour l'action consiste dans la construction d'un modèle, servant de support de la prise de décision. La validation du modèle devrait passer par son test dans l'expérience pratique ;
- L'approche de la recherche opérationnelle est systémique et pluridisciplinaire ;
- La position de l'objet de l'étude est externe au processus de recherche ;
- La position du chercheur se présente comme neutre par rapport au processus de recherche ;
- Le type de problème étudié comporte une dimension technique prépondérante ;
- La durée de l'étude peut être très variable ;
- La zone de recherche ne présente d'intérêt que si elle est représentative de zones de recherche semblables, dans lesquelles il serait possible de se référer au même modèle.

Etant un outil d'appui à la prise de décision, rien ne dit que l'application concrète à large échelle des hypothèses élaborées permettrait l'obtention des résultats escomptés. Mais la limite la plus importante de la recherche opérationnelle est qu'elle ne convient pas aux problèmes ne pouvant pas être objet d'une prévision quantifiée avec une précision suffisante. Elle prend donc difficilement en compte notamment l'importance des facteurs humains et comportementaux difficilement quantifiables.



4.4. Les caractéristiques de la recherche-action

La recherche-action prend effectivement en compte ces variables dites non quantifiables, c'est-à-dire les facteurs humains et comportementaux. Ces variables sont identifiées par immersion du chercheur dans l'objet de la recherche et par le test de ces variables dans l'action.

Commençons donc par présenter quelques caractéristiques de la recherche-action :

- Elle est orientée vers le futur ;
- Elle est collaborative, impliquant l'interdépendance entre le chercheur et le système étudié ;
- Elle implique le développement du système et est orienté à la résolution des problèmes;
- Elle engendre une théorie fondée sur l'action, qui doit être réexaminée face à une nouvelle situation.

Le modèle sur lequel est basé la démarche de la recherche-action n'est pas mathématique, mais comportemental, basé sur des hypothèses dynamiques, qui ne sera utilisé qu'une fois compris, accepté et reconnu par le groupe moteur de la recherche-action, qui implique chercheurs et acteurs [34].

- Elle est une recherche orientée à l'action, menée avec les acteurs sociaux et non seulement sur les acteurs sociaux ;
- Elle est une recherche impliquée, refusant l'observation neutre des phénomènes ;
- Elle est une recherche imbriquée, dans laquelle les acteurs font partie intégrante du groupe de recherche ;
- Elle est une recherche engagée, qui accompagne un processus de développement social.

Les résultats d'une recherche-action devraient ainsi toujours permettre non seulement de mieux connaître la réalité dans laquelle la recherche est menée, mais aussi de la faire évoluer, si possible, en mieux, en évaluant l'impact de la mise en œuvre des hypothèses de changement élaborées et validées, dans un rapport d'échange continu et paritaire avec les différents acteurs.

- L'objectif de la recherche-action est l'accompagnement d'un processus collectif d'évolution sociale ;
- La contribution scientifique de la recherche-action consiste en une connaissance reposant sur des résultats situationnels ;



- L'utilité pour l'action est l'élaboration d'un modèle comportemental, qui est en même temps instrument et résultat de la recherche, l'action étant la base pour la validation du modèle ;
- L'approche de la recherche-action est systémique, pluridisciplinaire et participative.
- La position de l'objet de l'étude est interne au processus de recherche ;
- La position du chercheur n'est pas neutre par rapport au processus de recherche-action. Il est au contraire impliqué non seulement dans la recherche mais aussi dans l'action.
- Le type de problème étudié présente une dimension sociale, institutionnelle et comportementale prépondérante ;
- La durée de la recherche-action s'inscrit dans le long terme ;
- La zone de recherche ne doit pas être nécessairement représentative. Elle doit par contre être favorable à la recherche-action, permettant de démontrer qu'à certaines conditions le changement souhaité est possible.

La recherche-action est donc une démarche collective de longue durée, entreprise en collaboration avec des groupes spécifiques insérés dans un contexte réel, dont la finalité, les objectifs et les orientations sont discutés et négociés avec les acteurs sociaux. Dans ce cadre, les données recueillies n'ont pas de valeur et de signification en soi, mais elles sont intéressantes en tant qu'éléments d'un processus de changement social : dans ce sens, l'objectif de la recherche-action est une situation sociale considérée dans un ensemble en évolution. Il est à souligner que, dans un contexte de recherche-action, l'équipe de recherche abandonne, provisoirement au moins, le rôle d'observatrice extérieure au profit d'une attitude participative, ce qui n'exclut pas la distance critique [37].

Deux autres caractéristiques sont essentielles dans le processus de recherche-action : son caractère circulaire et sa dimension formative [38]. En effet, la création de l'information et son retour entre les différentes phases sont sources permanentes de modifications possibles de la conduite de la recherche et des hypothèses d'action. Ce qui n'exclut pas l'identification d'indicateurs d'impact et une auto-évaluation permanente de l'efficacité des choix effectués. Car, dans un contexte social et sanitaire dramatique dans lequel nos recherches sont menées, l'option pour une démarche qualitative ne doit pas nous soustraire à l'obligation des résultats.

Un des objectifs de la recherche-action est aussi la création et l'appropriation du savoir par les acteurs sociaux. C'est à dire que le but de la recherche-action n'est pas tellement l'acquisition ou la transmission des connaissances, mais la maîtrise du processus même de création du savoir [39]. Dans ce sens, la participation à une recherche-action est formatrice pour l'ensemble des participants, y compris les chercheurs.



4.5. La démarche de la recherche-action

Dans les figures de 1 à 3, nous présentons la démarche de la recherche-action. Par commodité de présentation et de compréhension, nous l'avons divisée en trois différents cycles, interconnectés entre eux. Nous tenons à souligner une fois de plus que la méthodologie et les approches de la recherche-action nous semblent particulièrement adaptées non seulement aux interventions de valorisation de la médecine traditionnelle mais en général à celles qui concernent le développement humain durable au Mali, en Afrique et partout où les comportements humains sont déterminés par des relations complexes et plurielles des individus, des familles et des communautés avec l'environnement, la géographie, l'histoire, la culture, la politique, l'économie et les religions [40].

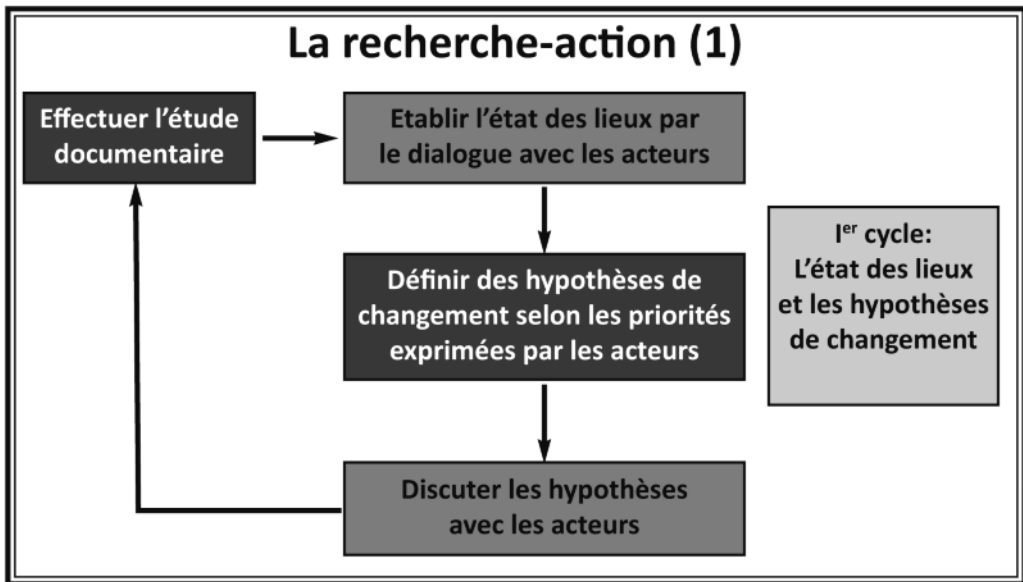


Figure 1: L'état des lieux et les hypothèses de changement

Il s'agit, dans le premier cycle, présenté dans la figure n° 1, d'identifier les acteurs à impliquer dans les groupes de recherche et d'établir dans le dialogue avec eux l'état réel des connaissances sur le problème ou les problèmes visés, en comparant les résultats de l'étude de la documentation disponible avec les connaissances, compétences et expériences des uns et des autres. Sur la base de cet état des lieux participatif, il sera possible définir le modèle comportemental, c'est-à-dire les hypothèses de changement et les actions nécessaires pour atteindre les changements visés, tout en définissant les rôles et les responsabilités des uns et des autres. C'est dans cette phase qu'il faudra définir les actions à mener, en fonction cer-

tainement des fonds disponibles mais surtout des priorités exprimées par les acteurs locaux et de l'impact espéré sur leurs comportements individuels et collectifs.

A chaque étape du cycle, il doit être possible de modifier ou d'affiner le modèle en revenant sur la documentation disponible ou sur les réflexions de groupe, jusqu'à l'appropriation du modèle proposé par tous les acteurs de la recherche-action.

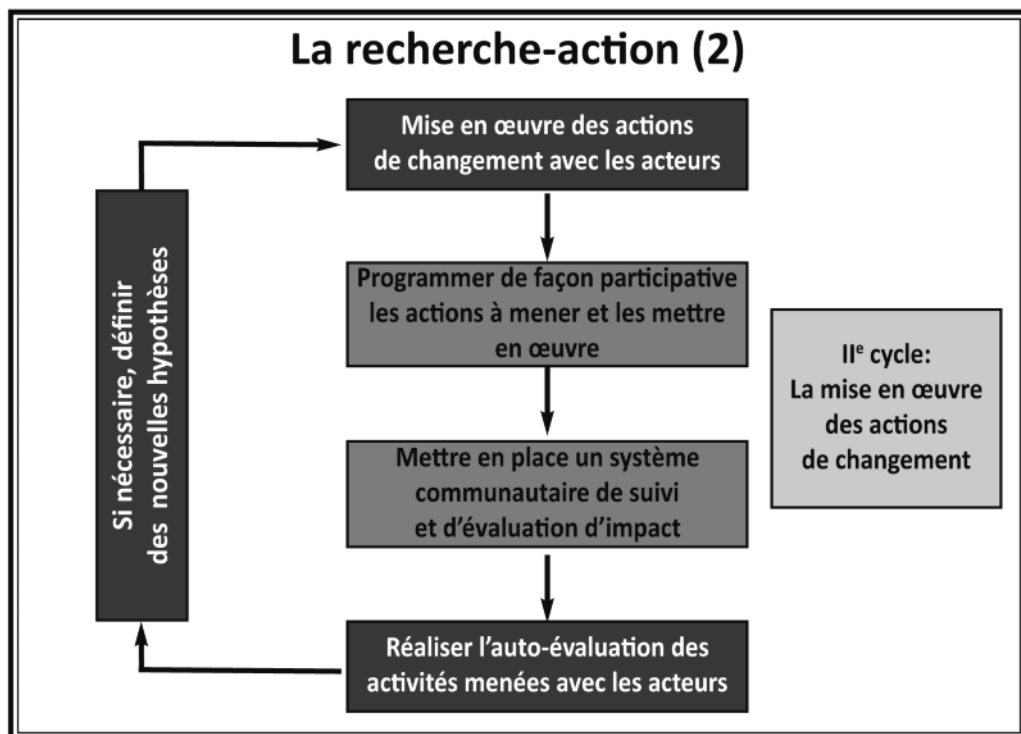


Figure 2: La mise en œuvre des actions de changement

Il s'agit, dans le deuxième cycle de la recherche-action, présenté dans la figure n° 2, de vérifier dans la pratique sociale le modèle proposé, par la mise en œuvre participative des actions identifiées. C'est dans ce cycle que la méthodologie de la recherche-action peut se "contaminer" avec l'approche du Cadre Logique et de la recherche conventionnelle, dans la programmation des actions à mener, des objectifs à atteindre et dans l'identification, la collecte et l'analyse des Indicateurs Objectivement Vérifiables à utiliser pour évaluer de l'impact des actions menées.

La différence principale est qu'il s'agit d'un processus circulaire, véritablement participatif et flexible, où l'autoévaluation doit permettre de confirmer les hypothèses de départ, mais aussi d'y revenir, les cas échéant, pour parfaire ou pour changer le modèle comportemental proposé au départ.

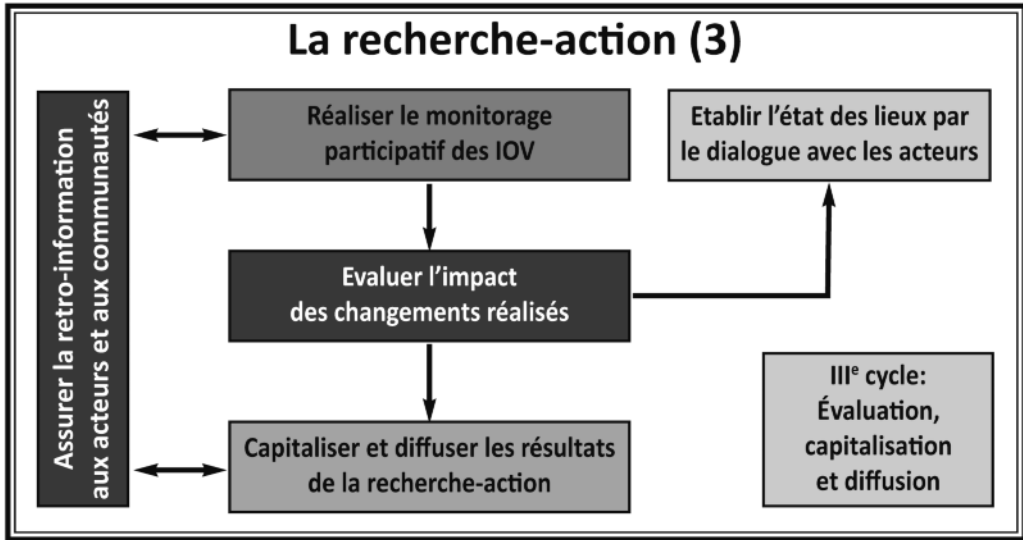


Figure 3: L'évaluation, la capitalisation et la diffusion des résultats

La figure n° 3 montre le cycle de l'évaluation, de la capitalisation et de la diffusion des résultats. Le point de départ est l'autoévaluation d'impact des activités réalisées effectuées par les chercheurs et les acteurs locaux. Il s'agit d'utiliser le système local de collecte et d'analyse des Indicateurs Objectivement Vérifiables mis en place pour évaluer l'efficacité des actions proposées pour atteindre les changements espérés. Si l'évaluation est positive, les hypothèses dynamiques identifiées sont validées. Sinon, il faut revenir sur les hypothèses de départ et reprendre le cycle précédent. Ce processus doit être mené avec un échange continu d'informations entre chercheurs et acteurs, tout en assurant en même temps la restitution aux communautés qui devraient devenir les protagonistes du changement.

Une fois les résultats espérés atteints, il est possible de passer à la phase de capitalisation et de diffusion des résultats, tout en sachant que dans le cadre de la recherche-action, la capitalisation et la diffusion doivent concerner surtout la méthodologie et les approches, car le modèle validé est strictement lié à la situation concrète dans laquelle la recherche-action a été menée.

4.6. D'autres approches méthodologiques

Nous vous présentons, dans les paragraphes qui suivent, les autres approches méthodologiques qui nous ont constamment guidées dans la réflexion et dans l'action.

4.6.1. L'échange dynamique

Les expériences menées nous ont appris l'importance, dans toute occasion de rencontres et d'échanges avec les acteurs locaux, d'utiliser les principes de l'échange dynamique [41], que nous présentons dans la Figure n° 4.

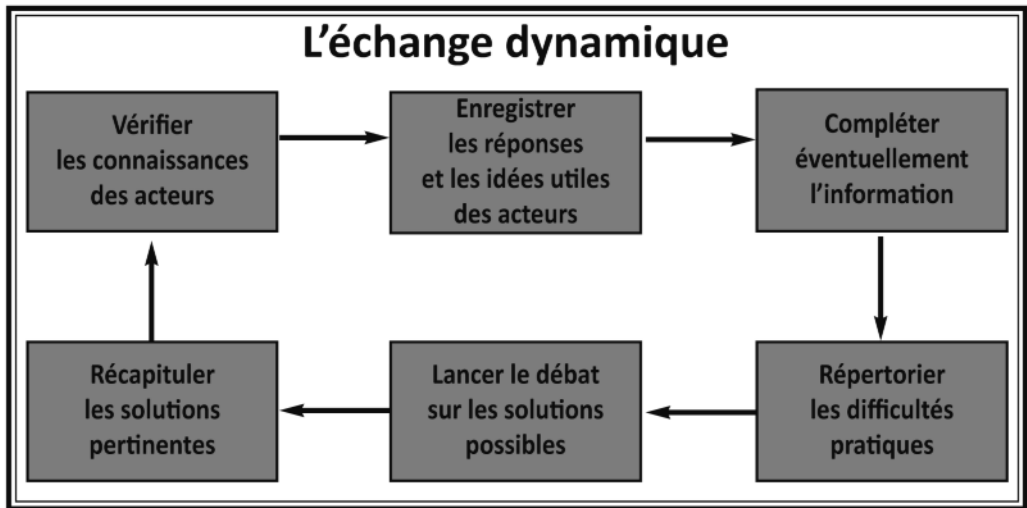


Figure 4: Les principes de l'échange dynamique

Dans nos approches, pendant tout échange avec les acteurs, il ne s'agissait jamais de formations ou de recyclages classiques, au cours desquels les formateurs essayent de transmettre des éléments de connaissance et de compétence aux participants. Il s'agissait par contre de faciliter un échange interculturel entre les différents acteurs, au cours duquel les expériences, les compétences et même les certitudes des uns et des autres ont été étudiées et valorisées, mais aussi, si nécessaire, mises en discussion. Il s'agissait aussi d'un processus cyclique, avec un retour constant d'informations entre les "formateurs" et les "formés".

La priorité était de réaliser un dialogue franc et fructueux entre les acteurs locaux de la décentralisation et de la santé. Pour ce faire, la méthodologie que nous avons toujours recommandée a été l'ouverture des esprits, le respect réciproque, le courage des uns et des autres à se mettre en discussion, la disponibilité de tous à écouter et à apprendre, la re-



connaissance de la part de tous de ses propres limites : c'est-à-dire d'essayer de développer une discussion franche et paritaire pour trouver des solutions réalistes et pragmatiques à des problèmes de santé aussi bien concrets que graves.

4.6.2. La communication interculturelle

A chaque occasion de dialogue avec les acteurs locaux nous avons aussi essayé de privilégier les principes de la communication interculturelle [42]. Il s'agissait de :

- Utiliser le plus possible les langues locales;
- Valoriser les connaissances, expériences et compétences locales;
- Écouter attentivement et comprendre les dits et les non-dits des uns et des autres ;
- Adapter la communication au vécu quotidien des acteurs locaux.

Nous nous excusons si ces principes peuvent sembler évidents et universellement acceptés et utilisés, mais les expériences vécues nous ont appris que les chercheurs et les développeurs préfèrent souvent la facilité à l'effort : les interlocuteurs locaux sont souvent choisis plus en fonction de leur capacité d'utiliser la langue de Molière que sur la base de leurs compétences, de leurs expériences et de leur rôle social dans la communauté.

4.6.3. Les spécificités du genre

La nécessité de la prise en compte des spécificités du genre dans les actions de développement peut aussi sembler évidente [43]. Malheureusement ce n'est pas toujours vrai sur le fond, même si on en parle souvent pour la forme. Nous avons été souvent confrontés à des problèmes de genre qui n'avaient pas été pris en compte, menant ainsi à l'échec les actions de développement. C'est pour cela que nous avons toujours essayé de comprendre, de souligner et d'identifier des modes de comportement et des lignes d'action visant à surmonter les inégalités entre les hommes et les femmes dans la famille et dans la communauté :

- Dans le droit à la parole ;
- Dans la prise de décision ;
- Dans l'accès aux ressources ;
- Dans l'accès aux informations et aux connaissances ;
- Dans les choix concernant leur personne, leur famille et leurs enfants.



4.7. L'empowerment des acteurs locaux

Nos pratiques de recherche et de développement nous ont souvent amené à réfléchir sur l'impact de nos actions sur les relations de nos partenaires, notamment les acteurs locaux de la santé communautaire, avec l'environnement social et humain dans lequel ils vivaient et opéraient. Cette réflexion a concerné en premier lieu, mais pas exclusivement, les femmes.

L'approfondissement du concept d'empowerment nous a aidé à mieux comprendre les mécanismes de l'évolution sociale que nous étions en train d'accompagner. Dans ce sens, l'empowerment nous semblait inséparable de la notion de développement durable, car ce dernier est fondé sur la participation critique et active de tous les acteurs locaux, dont les groupes les plus défavorisés et marginalisés, notamment les femmes.

Il y a dans la littérature plusieurs définitions concernant le concept d'empowerment [44, 45]. Cependant, les notions de caractéristiques individuelles (le sentiment de compétence personnelle, de prise de conscience et de motivation aux actions collectives), ainsi que celles liées à l'action, aux relations avec l'environnement et avec la communauté et à leurs dimensions dynamiques, font l'unanimité. L'importance démontrée d'une compréhension pluraliste de ce concept nous a amené à aborder les questions de recherche à différents niveaux (individuel, social et communautaire) et selon différentes perspectives (psychologique, organisationnelle, sociale, éthique et communautaire).

Nous pouvons ainsi définir l'empowerment comme la façon par laquelle l'individu accroît ses capacités et ses compétences, favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, l'initiative sociale et le contrôle de sa propre vie, dans le cadre d'un processus social de reconnaissance et de promotion [46]. C'est ainsi qu'il pourra satisfaire ses propres besoins, régler ses problèmes et mobiliser les ressources qui lui sont nécessaires, de façon à assumer la gestion positive de sa propre vie, tout en assurant un rôle propulsif dans la communauté. Les notions de sentiment de compétence personnelle, de prise de conscience et de motivation à l'action sociale y sont associées. L'empowerment demande un effort individuel qui est alimenté par des efforts collectifs de collaboration et par le changement de l'environnement de la famille et de la communauté. L'empowerment comporte quatre composantes essentielles: la participation, la compétence, l'estime de soi et la conscience critique (conscience individuelle, collective, sociale et politique).

Lorsque l'empowerment se situe au niveau collectif ou communautaire [45], il participe au renforcement des dynamiques sociétales et au développement local par les attitudes,



les valeurs, les capacités, les structures organisationnelles et le leadership. L'empowerment communautaire devient un processus de développement au moment où il y a interaction entre la coopération, la synergie, la solidarité, la transparence et la circulation de l'information, le tout basé sur les forces du milieu. Il est le résultat de la participation à des actions collectives et il requiert l'implication active des personnes, où la redistribution des responsabilités et des ressources est favorable pour le groupe. L'unité d'analyse devient ainsi le groupe ou la communauté. L'empowerment communautaire se déroule en plusieurs étapes : la découverte des membres du milieu entre eux ainsi que le dialogue et l'établissement d'un sentiment d'appartenance au groupe. Après concertation, le groupe pose un diagnostic de la situation dans lequel il se trouve et formule par la suite des objectifs à atteindre.

L'un des objectifs de l'empowerment communautaire est de rendre la communauté capable d'analyser sa situation, de définir ses problèmes et de les résoudre afin qu'elle puisse jouir pleinement de ses droits sociaux et économiques. C'est ainsi que l'attention aux processus d'empowerment des acteurs locaux peut et doit se retrouver dans une démarche de recherche-action.

4.8. Les motivations du choix...

Nous tenons à souligner encore une fois que la méthodologie de la recherche-action nous a semblée la plus adaptée pour des interventions concernant le développement local, ceci pour trois raisons principales : la pluridisciplinarité de l'équipe, la souplesse dans la démarche et la participation des acteurs comme méthode de travail. De plus, la recherche-action nous donne aussi de droit de nous tromper et de corriger collectivement nos erreurs... Car, par rapport aux stratégies de développement en Afrique, nous tous connaissons beaucoup mieux les choses qui n'ont pas marché par rapport à celles qui pourraient marcher.

Nous avons ressenti souvent la nécessité de combler l'écart existant entre une situation de départ, que nous jugeons insatisfaisante et une situation d'arrivée, que nous voudrions désirable, notamment l'amélioration de la santé et de la qualité de la vie des populations africaines. Dans ce contexte, un problème de recherche est l'écart conscient entre ce que nous, chercheurs, développeurs et acteurs sociaux et politiques, savons et ce que nous devrions savoir pour aboutir au but avoué de la recherche [47]. Nous pensons que la méthodologie de recherche-action pouvait nous permettre de combler cet écart. Nous ne pouvions pas, par ailleurs, prétendre de connaître les problèmes mieux que les personnes qui étaient en train de les vivre depuis longtemps. Les intégrer dans les groupes de re-



cherche était donc une condition nécessaire, si non suffisante, pour trouver les solutions recherchées et pour assurer l'efficacité de la démarche. Définir collectivement les priorités, les objectifs, les actions à mener et leur rythme d'exécution dans la concertation avec les acteurs locaux, tout en assurant la transparence dans la gestion et la retro-information aux communautés, était pour nous gage de l'appropriation des actions par les «*bénéficiaires*», toujours espérée par les développeurs mais très rarement atteinte.

Nous tenons à souligner encore une fois l'importance de l'attitude à l'écoute, à la réflexion participative, à la discussion franche et ouverte, à la restitution permanente aux acteurs et au questionnement des chercheurs.

Nous aimons définir l'ensemble des méthodes et des approches que nous avons utilisé et que nous avons essayé de partager avec nos lecteurs comme la méthode de «*l'arbre à palabre*» [32]...





5. LA I PHASE DE LA RA (décembre 2004 - janvier 2006)

C'est sur ce soubassement méthodologique que nous avons commencé à construire la première phase de la recherche-action, sur la base du mandat, et des termes de références relatifs, que le Bureau de la Coopération Suisse de Bamako nous a confié le 14 décembre 2004 [31]. Ledit mandat concernait la réalisation d'une recherche action visant l'élaboration de politiques de santé communautaires équitables, accessibles et efficaces, valorisant les ressources de la médecine traditionnelle, ainsi que le suivi des activités de promotion de la médecine traditionnelle sur le terrain et la participation au dialogue des politiques au niveau régional et national. Les activités ont pratiquement démarré en janvier 2005. La zone d'intervention était le District Sanitaire de Kadiolo.

La piste à suivre était d'ouvrir, au niveau local, des espaces de concertation entre les associations de santé communautaire, les collectivités territoriales et les acteurs de la médecine traditionnelle pour essayer de construire une programmation sanitaire décentralisée et participative, dans un processus du bas vers le haut, prenant en compte les problèmes de santé concrets vécus par les populations et toutes les ressources localement disponibles pour y faire face. Il s'agissait, en outre, de faire remonter les acquis des activités de terrain pour alimenter le dialogue des politiques au niveau national sur la décentralisation de la santé, le renforcement de la participation communautaire et la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle.

5.1. Premier trimestre 2005

Les activités de cette période ont concerné surtout le niveau central [48]. Nous nous sommes occupés d'abord de l'ancrage institutionnel de la recherche-action, au niveau des points focaux "Décentralisation" du Ministère de la Santé et du Ministère du Développement Social et de la Direction Nationale des Collectivités Territoriales. Nous avons aussi tissé des relations d'échange avec d'autres initiatives dans le domaine, notamment l'équipe de la SNV opérant à Koulikoro et une équipe de l'ASaCoBa/INRSP qui participait à une étude internationale sur les effets de la décentralisation sur les services de la santé de la reproduction en Afrique. Nous nous sommes coordonnés avec les partenaires techniques et financiers intéressés à la décentralisation, notamment avec M. Antoine Ortiz, responsable de la Cellule Santé de la Coopération Française. Nous avons entre temps commencé la collecte de la documentation disponible.



En février 2005, nous avons procédé à la mise en place du groupe de facilitateurs responsables d'assurer l'animation de la RA : ce groupe était composé par l'équipe de *Aidemet Ong*, (Dr Sergio Giani, responsable de la coordination de la RA et des aspects de santé communautaire et de médecine traditionnelle, Dr Rokia Sanogo responsable des aspects de genre et de communication interculturelle et M. Modibo Kadjoké, responsable des aspects juridiques) intégrée par le Dr Boubacar Dicko, médecin consultant de la SNV auprès de la DNCT et par M. Dramane Traoré, précédemment responsable du Service de Développement Social du Cercle de Kadiolo, qui à l'époque était en formation auprès de l'Institut National de Formation des Travailleurs Sociaux à Bamako. M. Mamoutou Diarra, Coordinateur de la Cellule d'Appui au Développement Local, opérateur du Centre de Conseil Communal de Kadiolo, s'est par la suite ajouté à ce groupe, assurant le suivi de proximité mais participant aussi à la réflexion stratégique autour de la recherche-action.

Le groupe d'animation a réalisé une étude comparée visant à sélectionner les documents de base à mettre à la disposition des acteurs sur le terrain, avec une attention particulière aux aspects de genre et de communication interculturelle, ainsi qu'aux aspects juridiques de la décentralisation sanitaire. Les documents collectés au niveau national ont été intégrés avec ceux disponibles à Sikasso et à Kadiolo.

Concernant le dialogue des politiques au niveau régional, l'équipe d'*Aidemet Ong* a participé au CROCEP pour la région de Sikasso. A cette occasion, nous avons relevé un intérêt croissant des responsables sanitaires aux différents niveaux pour la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle, intérêt qui commençait à faire surface dans les différents Plans d'Operations. Cependant, les responsables de la DRS et de la DRDSES ont exprimé le besoin d'une assistance technique spécifique pour étendre aux autres cercles de la Région les acquis des actions menées à Kadiolo. Nous avons profité du CROCEP pour discuter avec les équipes de la Région, du CSRéf de Kadiolo et du PASS-MS sur les actions à programmer par rapport à la médecine traditionnelle (entre autres, prévention de la mortalité maternelle et néonatale, prise en charge des personnes affectées et infectées par le VIH/SIDA, lutte contre les MGF, appui/conseil aux organisations des thérapeutes traditionnels) et à la recherche-action sur la décentralisation et la santé. L'importance et la pertinence de ces actions nous ont été confirmées à plusieurs reprises par les équipes socio-sanitaires du niveau cercle et région.

Au niveau national, les activités ont concerné la participation aux organes statutaires du PRODESS (Comités techniques et Comité de suivi) et aux rencontres mensuels des Partenaires Techniques et Financiers de la Santé. Dans ce cadre, nous avons surtout travaillé à



la consolidation des acquis des activités précédemment menées. L'objectif était de faire en sorte que les thèmes relatifs à la décentralisation et à la médecine traditionnelle, mais aussi à l'adéquation de la politique de santé communautaire, puissent rester au centre de l'attention et des actions des partenaires de la santé.

En ce qui concerne la médecine traditionnelle, les résultats de nos plaidoyers commençaient à être visibles : pour la première fois le Plan d'Opération 2005 du PRODESS-Santé a prévu les activités de la FEMATH, qui ont été financées à la hauteur de 117.100.000 F CFA. Les différents Plan d'Opération 2005 de la Santé et du Développement Social des Régions ont aussi programmé plusieurs actions concernant la médecine traditionnelle. La FEMATH était aussi membre du Haut Conseil National de Lutte contre le SIDA (HCNLS), présidé par SE le Président de la République (Décret n° 04/550P-RM du 25 novembre 2004).

5.2. Atelier de lancement de la recherche-action à Kadiolo

L'Atelier de lancement de la recherche-action sur "L'Elaboration par les collectivités territoriales de politiques de santé communautaire équitables, accessibles et efficaces, valorisant les ressources de la médecine traditionnelle" s'est déroulé à Kadiolo, le samedi 7 mai 2005[49].

L'atelier a été préparé par deux missions à Sikasso et Kadiolo. Une première mission de prise de contact, qui a été réalisée en avril 2005, a permis de définir les critères et de choisir la zone d'intervention et la zone témoin, notamment les communes de Kadiolo, avec les aires de santé de Kadiolo Central et de Lofigué, de Zégoua et de Dioumaténé, avec la Commune de Fourou comme zone témoin. Ce choix a été motivé par la volonté de diversifier les communes où intervenir, notamment : une commune semi-urbaine (Kadiolo), une commune en zone frontalière (Zégoua) et une commune un peu enclavée, avec une influence importante de la culture traditionnelle (Dioumaténé).

La deuxième mission, en mai 2005, a permis de mieux préparer et d'organiser l'atelier de lancement, tout en informant les responsables du niveau région et cercle, ainsi que les acteurs locaux des trois communes concernées.

Pendant l'atelier, l'équipe d'animation a présenté aux différents acteurs de la politique sanitaire du niveau communal la méthodologie et les approches de la recherche-action, ainsi que les principes de l'échange dynamique, de la communication interculturelle et du genre. Le programme d'activités de la recherche-action pour le trimestre suivant a été élaboré de façon participative. L'atelier a permis aussi l'identification, dans chaque commune concer-



née et au niveau du cercle, des personnes-clés des communautés, à endanger dans la réflexion sur la prise en charge de leur propre santé dans le cadre de la recherche-action.

C'est ainsi que les groupes locaux de réflexion ont été mis en place ; ces groupes comprenaient, au niveau communal : (i) un représentant de la Mairie, (ii) un représentant de l'ASaCo, (iii) le Chef de Poste du CSCoM, (iv) un représentant de la chefferie traditionnelle, (v) une représentante des Groupements Féminins, (vi) un représentant de l'Association des Thérapeutes Traditionnels, (vii) un représentant des Mutuelles de Santé, (viii) les animateurs des Ong Santé présentes dans la Commune et (ix) les représentants des Radios de proximité. Au niveau cercle : (i) le Président du Conseil de Cercle, (ii) le Médecin Chef du Centre de Santé de Référence, (iii) le Chef du SDSES, (iv) le Président de la Coordination des Associations des Thérapeutes Traditionnels, (v) le Président de la FELASCOM, (vi) une représentante de la Coordination des Femmes, (vii) un représentant des Ong Santé opérant dans le cercle, (viii) un représentant de l'opérateur du Centre de Conseil Communal et (ix) le correspondant de l'ORTM.

5.3. Période du 12 mai au 31 juillet 2005

Pendant cette période [50], nous avons continué la collecte, la sélection et l'analyse des documents de base à mettre à la disposition des acteurs sur le terrain, avec une attention particulière aux aspects de genre et de communication interculturelle, ainsi qu'aux problèmes juridiques de la décentralisation sanitaire. Sur le terrain, nous avons réalisé, comme prévu, les entretiens avec les informateurs-clés qui ont été transcrites, traduites et analysées. Les résultats de ces analyses ont fait l'objet de discussions croisées à l'intérieur du groupe d'animation. Des mini-ateliers de restitution et de réflexion ont été réalisés au niveau des trois communes concernées et du Cercle de Kadiolo.

Au niveau national, nous avons participé aux réunions du groupe de travail sur la décentralisation mis en place par le Ministère de la Santé et le Ministère du Développement Social, avec la participation de la DNCT et des PTF. Nous avons continué à tisser des relations d'échange avec l'équipe de la SNV qui conduisait une recherche-action analogue à la nôtre à Koulikoro ; dans ce cadre, nous avons participé à la réunion de leur comité de pilotage. Nous avons continué à participer aux réunions des organes statutaires du PRODESS et aux rencontres périodiques des PTF.

Par rapport au suivi des activités de médecine traditionnelle à Kadiolo, l'équipe d'animation de la recherche-action a participé à la préparation et à la réalisation d'un atelier de formation des thérapeutes traditionnels sur la vie associative et la collaboration entre les deux méde-



cines, organisé par le SLDSES de Kadiolo du 19 au 21 juillet 2005. L'atelier a été l'occasion pour vérifier l'état de la dynamique associative des thérapeutes du Cercle de Kadiolo.

Nous avons pu constater que dans toutes les communes du Cercle de Kadiolo il y avait au moins une association de thérapeutes traditionnels structurée ou en cours de structuration. Au niveau du Cercle, il y avait une coordination fonctionnelle. Au total, 516 thérapeutes traditionnels avaient adhéré aux associations, dont 203 femmes, soit 39,34%. La population totale étant estimée à 173.662 habitants, nous pouvons affirmer que dans le District Sanitaire de Kadiolo il y avait 1 thérapeute traditionnel organisé pour 337,2 habitants. L'atelier a été aussi l'occasion de rappeler aux thérapeutes l'importance de l'engagement pris avec le Programme National de Lutte contre la Tuberculose dans le cadre d'un projet pilote concernant la référence et la contre-référence des cas suspects.

Au niveau national, nous avons accompagné la Fédération Malienne des Thérapeutes Traditionnels et des Herboristes dans l'organisation de la IV Semaine de la Médecine Traditionnelle Africaine qui s'est tenue du 7 au 14 juin 2005 au Palais de la Culture de Bamako. Il est à noter la présence à la cérémonie d'ouverture de M^{me} le Ministre de la Santé et M. le Ministre du Développement Social, de la Solidarité et des Personnes Agées, signe de l'importance que les autorités socio-sanitaires du Mali commençaient à porter aux acteurs de la médecine traditionnelle. La FEMATH a été invitée à participer au Comité Technique du PRODESS du 6, 7 et 8 juillet 2005 ; la documentation concernant le bilan du 1^{er} semestre 2005 de la FEMATH était dans le lot de la documentation distribuée aux participants. Pendant la rencontre, nous avons participé à un groupe de travail sur la disponibilité des médicaments essentiels, qui a émis une recommandation forte concernant la production à large échelle des Médicaments Traditionnels Améliorés.

5.4. Période du 1^{er} août au 31 octobre 2005

Pendant cette période [51], nous avons réalisé la collecte et l'analyse des données quantitatives des 4 aires de santé concernées par la recherche-action et de l'aire témoin de Fourou ; les premiers résultats des analyses ont été restitués aux acteurs locaux, qui se sont engagés dans la désagrégation des données par sexe et par village dans la perspective de l'adaptation du SLIS aux espaces communaux. Cependant, il y avait des données, concernant surtout le recouvrement des coûts et la gestion des médicaments, qui manquaient. Nous avons aussi effectué la collecte et l'analyse des statuts et règlements intérieurs des ASaCo concernées par la recherche-action, en vue de leur adaptation aux réalités de la décentralisation administrative, c'est-à-dire au transfert des compétences et des ressources en matière de santé aux collectivités territoriales.



Les ateliers de concertations, réalisés à la fin du mois d'août 2005 dans les différentes aires de santé, ont permis, entre autres, de valider les hypothèses de changement et d'identifier les pistes d'activités à insérer dans les plans de développement des différentes collectivités territoriales. Des mini-actions soutenant la dynamique partenariale à réaliser dans l'immédiat ont été aussi choisies.

C'est ainsi que les actions suivantes ont été réalisées pendant le mois d'octobre 2005, notamment :

- L'atelier de concertation entre les hommes et les femmes à Dioumaténé sur la prise de décision relative à l'accès aux soins ;
- L'atelier de concertation entre agents de santé, ASaCo, Mairie, Chefferies Traditionnelles, groupements féminins et organisations communautaires sur le démarrage du CSCoM de Kadiolo Central ;
- L'élaboration d'un plan de communication sur le démarrage du CSCoM de Kadiolo Central, comprenant la réalisation de plaques d'indication et d'une série d'émissions sur les radios de proximité ;
- La visite d'échange des groupements féminins de Dioumaténé et de Lofigué à Zégoua, axée sur les caisses de solidarité ;
- Le démarrage de l'étude participative de la faisabilité technique, financière et sociale du CSCoM déconcentré de Zégoua.

La prise en charge de ces activités a été effectuée grâce aux fonds souples de la recherche-action, qui ont été mis à la disposition des acteurs locaux.

Au niveau national, nous avons participé aux réunions du groupe de travail sur la décentralisation mis en place par le Ministère de la Santé et le Ministère du Développement Social, avec la participation de la DNCT et des PTF. Mais les difficultés dans la mobilisation de ce groupe persistaient. Nous avons continué à tisser des relations d'échange avec l'équipe de la SNV qui était en train de mener une recherche-action sur les mêmes domaines à Koulikoro. Nous avons participé à quelques rencontres périodiques des PTF.

Au niveau Cercle et Région, nous avons participé aux ateliers de planification stratégique organisés par le PASS-MS, pour faire en sorte que les lignes d'actions prioritaires identifiées au cours de la recherche-action soient prises en compte dans la planification socio-sanitaire des collectivités territoriales.



Concernant les activités de médecine traditionnelle au niveau local, le 25 et le 29 août 2005 nous avons profité de la formation des prescripteurs sur la gestion des Médicaments Essentiels pour développer un module sur les Médicaments Traditionnels Améliorés. Une copie du Manuel de formation a été fournie à tous les prescripteurs du CSRéf et des CSCom du District Sanitaire de Kadiolo.

En outre, l'équipe d'animation de la recherche-action a accompagné l'Union des Associations des Thérapeutes Traditionnels de Kadiolo dans la préparation et la réalisation de la célébration, le 31 août 2005, de la Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle.

Au niveau national, nous avons continué l'accompagnement de la Fédération Malienne des Thérapeutes Traditionnels et des Herboristes dans ses relations avec les associations membres, les institutions de tutelle et les partenaires techniques et financiers. Dans ce cadre, nous avons participé, entre autres, à l'atelier sur l'avant-projet de proposition de loi relative au VIH-SIDA, en faisant en sorte que les acteurs de la médecine traditionnelle y soient identifiés comme sujets incontournables.

Il est à signaler que la FEMATH a obtenu du Ministre de la Santé un siège social sis à Faladjé à la Cité des Coopérants. Un projet de la FEMATH concernant l'implication des acteurs de la médecine traditionnelle dans la lutte contre le VIH-SIDA a reçu une promesse de financement par l'Agence de Gestion des Contrats du MAP.

Nous tenons à signaler, *last but not least*, que le document de Politique Nationale de Médecine Traditionnelle a été adopté par le gouvernement du Mali le 12 octobre 2005.

5.5. Période du 1^{er} novembre 2005 au 31 janvier 2006

Pendant cette période [52], sur le terrain, nous avons complété, comme prévu, la collecte et l'analyse des données quantitatives des 4 aires de santé concernées par la RA et de l'aire de Fourou choisie comme témoin. Nous avons collecté les données du SLIS de 2002 à 2005, concernant notamment les Consultations Curatives, les Consultations Périnatales, les Accouchements Assistés, les Consultations Post-natales, les Références/Evacuations et les vaccinations (DTCP), ainsi que les données financières, notamment le recouvrement des coûts des activités et la vente des médicaments. Les données ont été analysées et fournies aux décideurs locaux. Ils serviront, entre autres, comme référence pour évaluer l'impact de nos activités sur l'efficacité du système de santé au niveau communal. Mais ils seront aussi un instrument intéressant de travail pour la réflexion sur l'adaptation du Système Local d'Information Sanitaire à l'environnement de la décentralisation. Conformé-



ment à la programmation réalisée à la fin du trimestre précédent, nous avons réalisé les activités suivantes :

- Les ateliers d'information et d'organisation des accoucheuses traditionnelles sur le système de prise en charge des urgences obstétricales dans les communes de Dioumaténé (21 et 22 novembre 2005) et Zégoua (23 et 24 novembre 2005), avec un module sur les Mutilations Génitales Féminines [1].

Les ateliers ont été précédés par une session de concertation avec l'équipe du CSRéf sur l'approche interculturelle et l'échange dynamique. L'activité, dont l'importance était ressortie dans les réflexions au niveau local, était aussi prévue dans le PO du CSRéf et a été réalisée en collaboration avec le PASS-MS. Il s'agissait principalement de favoriser les échanges entre équipes techniques des CSCom et du CSRéf et accoucheuses traditionnelles, en valorisant leurs savoirs et savoir-faire et leur rôle dans les villages, pour briser les barrières de communication entre femmes en détresse et CSCom et permettre ainsi un accès plus équitable et élargi au système de prise en charge des urgences obstétricales. Pour la première fois, l'équipe d'animation des ateliers a testé un module sur l'excision, tout en attirant l'attention des accoucheuses et des autres participants sur les conséquences des MGF sur la vie reproductive des femmes et sur la nécessité de ne plus perpétuer cette pratique sur les fillettes qui seront les mères de demain. Un système d'enregistrement des données a été mis en place au niveau local. Lors de l'atelier de Zégoua, nous avons incité les jeunes femmes choisies comme accoucheuses villageoises à travailler avec les vieilles accoucheuses afin de bénéficier de leurs expériences et de leur confiance.

- Les mini-ateliers de suivi de Dioumaténé, Zégoua, Kadiolo Central et Lofigué du 28 au 30 novembre 2005. Ces ateliers nous ont permis d'approfondir la réflexion avec les acteurs locaux et de faire le point sur les premières actions menées à soutien de la dynamique partenariale, mais aussi de programmer d'autres actions dans la même optique.

Lors des premières concertations avec les communes, nous avons compris que la logique de la programmation pluriannuelle ou annuelle n'était pas comprise par les acteurs locaux. Les PDSEC étaient considérés des documents à garder dans les tiroirs et à montrer aux partenaires, mais ils n'étaient pas utilisés pour conduire les activités de la commune, pour les quelles en réalité on naviguait à vue en fonction des disponibilités financières et des urgences du moment. Face à cela, nous avons procédé à l'élaboration de plans opérationnels de trois mois... La disponibilité de fonds souples nous a permis de financer immédiatement la réalisation des activités programmées, créant ainsi une connexion entre



la programmation et l'action. A la fin des activités, nous en avons évalué l'impact dans les cadres de concertations communales que nous avons mis en place.

Ces actions, qui ont été mises en œuvre pendant les mois de décembre 2005 et janvier 2006, ont permis de consolider davantage la communication et les synergies entre les acteurs locaux de la santé et de responsabiliser les ASaCo et les Mairies. L'objectif était d'assurer la durabilité du processus participatif dans l'espace communal. Il s'agissait, entre autres, de :

- Un atelier de restitution et de suivi des activités des groupements féminins à Dioumaténé (28 décembre 2005).
- Des ateliers de concertation entre les acteurs de la Médecine Traditionnelle et la Médecine Moderne à Dioumaténé et Lofigué (6 et 7 janvier 2006).
- Une tournée de suivi des activités des AT dans les villages de l'aire de santé de Zégoua (3^{ème} semaine de janvier 2006).
- Une tournée de la Coordination des Associations des Tradithérapeutes pour la sensibilisation des associations membres sur le VIH-SIDA (fin janvier 2006).
- L'appui à l'ASaCo pour la construction d'un hangar pour les femmes en attente dans la cour du CSCom de Kadiolo Central.
- La mise en œuvre d'une campagne de communication sur le démarrage du CSCom de Kadiolo Central sur les radios de proximité (novembre 2005 – janvier 2006).
- L'étude d'évaluation d'impact de la campagne de communication sur le CSCom de Kadiolo Central, contractualisée avec le bureau d'étude CADEL de Kadiolo (décembre 2005/janvier 2006).
- La finalisation de l'étude participative de la faisabilité technique et financière, ainsi que l'étude de la faisabilité sociale du CSCom polycentrique de Zégoua, contractualisées avec le bureau d'étude CADEL de Kadiolo (janvier 2006). Le document de l'étude a été présenté aux acteurs locaux et aux ressortissants de Zégoua à Bamako.

En conclusion de cette série d'activités de terrain, nous avons organisé à Kadiolo le 16 janvier 2006 l'Atelier de synthèse et de restitution de la première phase de la recherche-action. Les objectifs de l'atelier étaient :

- La présentation des activités réalisées et des résultats atteints par la recherche-action ;
- La confirmation de la pertinence et de l'intérêt porté par les différents acteurs à la méthodologie et aux approches utilisées ;



- La réflexion partagée sur les enseignements à tirer de cette première phase de recherche-action ;
- L'identification participative des pistes de réflexion et d'action pour la deuxième phase de la recherche-action.

Tous les acteurs ayant participé aux réflexions et aux actions de la recherche-action étaient présents et ont participé au débat de façon active et pertinente.

Au niveau national, nous avons continué à suivre le débat sur la décentralisation de la santé. Les difficultés dans la mobilisation du groupe de travail mis en place par le Ministère de la Santé et le Ministère du Développement Social ont persisté. Cependant, en fin d'année nous avons eu une bonne nouvelle : la décision n° 05-1363/MS-SG du 27 décembre 2005 portant création d'une commission d'appui à la mise en œuvre de la décentralisation dans le domaine de la santé. Au niveau régional, nous avons participé au CROCEP de Sikasso, en présentant, le 22 décembre 2005, un exposé sur la méthodologie, les approches, les activités, les acquis et les premiers enseignements de la recherche-action en cours à Kadiolo.

Concernant les activités de médecine traditionnelle, au niveau national, *Aidemet Ong* a continué l'accompagnement de la FEMATH dans ses relations avec les associations membres, les institutions de tutelle et les partenaires techniques et financiers. Il est à signaler qu'un projet de la FEMATH concernant l'implication des acteurs de la médecine traditionnelle dans la lutte contre le VIH-SIDA a reçu un financement par l'Agence de Gestion des Contrats du MAP.

Dans le cadre du Forum Social Mondial Polycentrique de Bamako, *Aidemet Ong* a organisé le 20 janvier 2006 un atelier sur "La valorisation de la médecine traditionnelle pour une vision africaine, sociale et solidaire de la santé communautaire". L'atelier, qui a été animé par *Aidemet Ong*, la FEMATH et Enda-Santé de Dakar, a vu la participation d'une cinquantaine de personnes de 8 pays différents [40].

Au niveau local, dans cette période, les activités d'accompagnement des acteurs de la médecine traditionnelle ont été strictement intégrées dans la RA sur la décentralisation de la santé communautaire.

5.6. Les thématiques de réflexion

Les entretiens structurés avec les informateurs-clé réalisés au démarrage des activités de terrain, les analyses et les discussions croisées réalisées par l'équipe d'animation et les échanges au niveau des groupes de réflexion des Communes et du Cercle nous ont permis



de dégager un certain nombre de thématiques de réflexion, autour desquelles il a été possible d'identifier des hypothèses d'amélioration du fonctionnement de la santé dans l'espace communal et de mettre en œuvre des mini-actions soutenant la dynamique partenariale des acteurs locaux.

La réflexion sur ces thématiques nous a ainsi accompagnés tout au long de la première phase de la recherche-action. Il s'agissait de :

a. La participation communautaire

Le problème concernait la compréhension même du concept de participation communautaire, qui était entendue soit comme participation financière à la prise en charge des différents coûts de la santé soit comme fréquentation des centres de santé, mais presque jamais comme participation à la gestion et à la prise de décision.

Nous avons donc mené une réflexion sur comment animer l'espace communal autour de la santé pour que les hommes et les femmes puissent mieux participer aux choix concernant leur propre santé et sur comment ancrer davantage les organisations communautaires, en premier lieu les ASaCo, dans les réalités villageoises.

b. L'implication des femmes dans les prises de décision

Nous avons constaté une grande envie des femmes à participer davantage aux activités de santé, car elles se sentaient responsables de la santé de la famille. Cependant, leur niveau d'implication dans les prises de décisions, dans la famille et dans la société, était pratiquement inexistant.

La réflexion a été donc menée sur comment concrétiser l'appui au processus de structuration des groupements des femmes, tout en renforçant leur autonomie économique et en créant des occasions de dialogue assisté entre les femmes et les hommes.

c. La séparation entre activités de premier niveau et activités de référence

A Kadiolo, les CSCom Central était depuis toujours abrité dans l'enceinte du CSRéf, ce qui en empêchait l'appropriation par les communautés de l'Aire de santé relative et provoquait une confusion entre activités de première référence, propres au CSRéf, et activités de soins de premier niveau, propres au CSCom.

Le dialogue instauré entre Mairie, ASaCo, CSRéf et chefferies traditionnelles a permis le démarrage effectif du CSCom Central en dehors de l'enceinte du CSRéf.



d. Les investissements des autorités communales dans le domaine de la santé

Dans les villages de Fanidiama et Katélé de la Commune de Zégoua la Mairie avait construit sur ses fonds propres deux bâtiments, selon le plan type de CSCoM. Ces réalisations ne correspondaient pas à la carte sanitaire. Il y avait certainement une forte demande sociale pour l'ouverture de ces deux centres. Il y avait, en même temps, une forte volonté politique de la part de la Mairie de rentabiliser les investissements effectués et de tenir les promesses faites aux populations. Des démarches étaient en cours pour la mise en place de l'ASaCo de Fanidiama. Cependant, il était évident que la coexistence de trois CSCoM dans le territoire de la commune se révélait très problématique : non seulement la viabilité et la durabilité des nouveaux CSCoM étaient difficiles, mais aussi, si les deux nouveaux CSCoM ouvraient, le niveau de performance du CSCoM de Zégoua serait fortement revu à la baisse.

Face à cette situation, nous avons invité la Mairie, l'ASaCo et l'équipe technique du CSCoM à réfléchir sur la possibilité de rapprocher le PMA aux populations de Fanidiama et Katélé, tout en conservant le niveau de performance actuel du CSCoM de Zégoua et le principe de la gestion unitaire par une seule ASaCo. L'étude de faisabilité du CSCoM déconcentré réalisée avec l'implication de tous les acteurs, y compris l'association des ressortissants de Zégoua à Bamako, était censée proposer une solution viable et durable à ces questions.

e. Le financement alternatif des soins de santé et le pouvoir des femmes

Les groupements féminins de l'aire de santé de Zégoua avaient, depuis 1997, mis en place des caisses de santé, dites pré-mutuelles, pour être autonomes dans la décision concernant la prise en charge de leurs propres problèmes de santé et ceux de leurs enfants. Ces caisses étaient alimentées par les bénéfices des travaux collectifs des femmes. Cependant, nous avons constaté un conflit existant entre les femmes et les hommes, ceux-ci refusant au cours de ces dernières années de payer les travaux collectifs que les groupements de femmes avaient réalisés dans les champs de cotons des hommes. Les hommes acceptaient, par contre, le principe de la mutuelle, car ainsi le pouvoir de décision leur revenait en tant que chefs de famille.

Nous pensons qu'il était nécessaire de réfléchir sur comment sauvegarder, dans le passage des pré-mutuelles aux mutuelles, les acquis de femmes par rapport à la solidarité et à l'autonomie dans la prise de décision concernant les soins de santé pour elles mêmes et pour leurs enfants.



f. La dynamique associative des thérapeutes traditionnels

Pour ce qui concerne la médecine traditionnelle, les résultats des efforts consentis depuis 2001 à Kadiolo dans l'accompagnement de la dynamique associative des thérapeutes et des synergies entre les différents projets et programmes de la Coopération Suisse étaient effectivement importants.

Cependant, il fallait réfléchir davantage sur comment continuer à assurer cet accompagnement de proximité aux Associations des Thérapeutes Traditionnels de Kadiolo et aux services techniques sur les aspects sanitaires, organisationnels et environnementaux de la valorisation des ressources de la MT. Des actions concrètes dans la formation de compétences locales s'avéraient indispensables.

g. L'articulation entre médecine traditionnelle et médecine moderne

Bien que tout le monde reconnaissait l'importance incontournable de la médecine traditionnelle dans les aires de santé, elle était parfois vécue par les agents de santé plus comme un problème que comme une ressource.

Il était donc indispensable d'organiser des concertations entre thérapeutes traditionnels organisés et personnel de santé autour des thèmes prioritaires de santé, pour définir des pistes d'action communes. L'implication des accoucheuses traditionnelle dans la détection et la référence à temps des cas de risque obstétrical a été retenue comme étant prioritaire.

h. L'adaptation du système d'information à l'environnement de la décentralisation

Il était pour nous évident que, pour pouvoir prendre à temps des décisions opportunes et efficaces, les Mairies avaient besoin de données fiables, claires, compréhensibles et significatives.

Il fallait donc identifier un certain nombre d'indicateurs socio-sanitaires « essentiels » avec des niveaux d'alerte, à extraire du Système Local d'Information Sanitaire et Sociale pour les rendre disponibles périodiquement aux maires. Ces données devaient être intégrées au niveau de l'ensemble de l'espace communal, avec la possibilité de les désagréger par sexe, âge et village d'origine.

La réflexion a porté aussi sur la nécessité de la prise en compte dans le Système Local d'Information Sanitaire d'au moins certaines données concernant la médecine traditionnelle.



i. La circulation de l'information dans l'espace communal

Nous avons constaté qu'il existait, surtout pour les femmes et pour le milieu traditionnel, des difficultés de compréhension de la décentralisation administrative et de ses implications sur le système de santé. Par rapport à la santé, les messages des équipes techniques et des ASaCo parvenaient difficilement à joindre les destinataires au niveau des villages et à en modifier les comportements.

La réflexion sur une communication plus efficace, en utilisant les radios de proximité mais aussi les systèmes traditionnels de communication s'est donc avérée indispensable.

j. La concertation entre les acteurs locaux et les synergies entre projets et programmes de santé et développement social

Nous avons constaté qu'il était nécessaire de développer davantage le partenariat entre les acteurs locaux de la santé, ainsi que les synergies opérationnelles entre les différents projets et programmes agissant dans l'espace communal, notamment avec le projet *Kenya Ciwara* (USAID) qui était présent dans la zone de recherche-action. Pour ce faire, les animateurs du projet au niveau des trois communes ont été intégrés dans les groupes de réflexion communaux de la recherche-action, ainsi que le responsable du projet dans le groupe de réflexion du Cercle. Il était important de continuer et de renforcer la collaboration avec le PSDS, dans sa nouvelle formule d'appui aux collectivités territoriales. A cet effet, la participation de l'équipe de la recherche-action aux ateliers de programmation stratégique au niveau du cercle de Kadiolo et de la région de Sikasso a été un pas important.

Toutefois, lors de la prochaine phase de la recherche-action il faudrait construire des mécanismes et organiser des occasions formelles de communication pour faire en sorte que les enseignements de la recherche-action deviennent patrimoine partagé au niveau des acteurs de la santé du Cercle et de la Région.

5.7. Premiers résultats stratégiques et enseignements à tirer

Nous avons conscience dès le départ qu'une recherche-action était une démarche qualitative de longue durée. Ses résultats ne se pouvaient donc mesurer qu'en termes de durabilité de la dynamique partenariale et d'évaluation à long terme de l'impact des hypothèses de changement élaborées et mises en œuvre. Cependant, déjà au terme de cette première phase, nous pouvions citer quelques résultats concrets ayant une valeur stratégique [53] :

- A Kadiolo, le dialogue instauré entre Mairie, ASaCo, CSRéf et chefferies traditionnelles avait permis le démarrage du CSCom Central dans un local hors de l'enceinte du CSRéf.



- La campagne de communication sur les radios de proximité avait permis d'augmenter la fréquentation du CSCOM Central et diminuer la publicité des "thérapeutes ambulants"⁽¹⁾.
- Les femmes de Dioumaténé avaient commencé à mettre en place leurs pré-mutuelles.
- A Zégoua, le processus d'ouverture de CSCOM hors carte sanitaire avait été arrêté et les acteurs étaient en train de réfléchir à une solution alternative.
- Un climat de confiance commençait à s'instaurer entre les acteurs de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne.
- La dynamique partenariale et l'habitude à la discussion ouverte, à la prise de décision consensuelle et à la mise en œuvre participative des actions dans l'espace communal commençaient à se développer.
- Les enseignements tirés des premiers résultats de la recherche-action ont été pris en compte dans la planification socio-sanitaire des Communes, du Cercle et de la Région.

Nous pouvions affirmer aussi qu'en général la recherche-action nous avait permis de participer avec un rôle non marginal au dialogue politique sur la décentralisation et la santé communautaire. C'est ainsi que l'ensemble des acteurs de la santé et du développement social au niveau national regardait avec un intérêt croissant non seulement à notre méthodologie et nos approches, mais aussi aux résultats de nos réflexions collectives et de nos actions participées, dans la perspective d'orienter les choix de politique sanitaire aux différents niveaux.

En outre, nous avons pu confirmer, s'il était nécessaire, la validité de cette approche méthodologique et sa pertinence dans la mise en œuvre d'une stratégie d'accompagnement d'un processus d'organisation des différents acteurs politiques, sociaux et techniques dans un espace physique déterminé face aux problèmes concrets de la santé communautaire.

En effet, la méthodologie de la recherche-action nous a permis d'accompagner les acteurs locaux de la santé dans un processus d'apprentissage collectif finalisé à la prise de responsabilité partagée dans la recherche de solutions viables et durables aux problèmes de santé dans l'espace communal. Mais nous aussi, nous avons appris à affiner les outils et à mieux structurer les étapes de la recherche-action, pour faciliter sa compréhension et son appropriation par lesdits acteurs, gage de durabilité des actions entreprises.

(1). Dans le contrat avec les radios de proximité, il était prévu qu'elle devaient renoncer à la publicité des soit-disants thérapeutes traditionnels



Par ailleurs, il nous avait semblé évident qu'un Système Local d'Information Sanitaire performant et adapté au contexte de la décentralisation était indispensable aux autorités locales pour la prise en temps opportun de décisions pertinentes. La construction et l'expérimentation de ce système devraient être au centre de nos activités futures.

Il faudrait, pendant la prochaine phase de la recherche-action, impliquer davantage le niveau cercle dans la réflexion et définir pistes d'action pour renforcer la dynamique partenariale à ce niveau, ainsi que les relations entre communes et cercle, d'un côté, et entre cercles et région, de l'autre.

La diffusion des résultats d'expériences pertinentes au niveau local nous a permis de participer avec efficacité au dialogue des politiques au niveau régional et national. En effet, les activités menées nous avaient permis d'approfondir la réflexion et de définir de pistes d'action, non seulement sur la configuration institutionnelle des systèmes de santé, mais aussi sur les principaux problèmes techniques, économiques, sociaux et culturels qui affaiblissaient l'efficacité et l'efficacité du système de santé communautaire dans l'espace communal, à Kadiolo et ailleurs.

La capitalisation des enseignements tirés des réflexions et des actions réalisées localement pourrait aussi avoir une valeur stratégique nationale. Pour ce faire, il serait important d'investir davantage sur la documentation, la publication et la diffusion de nos expériences pertinentes.

Pour ce qui concerne la Médecine Traditionnelle, l'accompagnement de proximité aux Associations des Thérapeutes Traditionnels de Kadiolo et aux services techniques sur les aspects sanitaires, organisationnels et environnementaux de la médecine traditionnelle s'avérait toujours nécessaire. Des actions concrètes dans la formation de compétences locales s'avéraient aussi indispensables. Les responsables des collectivités territoriales, notamment le président du Conseil de Cercle, étaient très impliqués dans cette réflexion. Par ailleurs, le document de Politique Nationale de Médecine Traditionnelle, ainsi que la programmation stratégique de l'Assemblée Régionale de Sikasso prévoyaient la réalisation à Kadiolo d'un Centre de Médecine Traditionnelle pour la Région historique et culturelle du Folona, qui aurait permis de consolider les acquis et donner durabilité et visibilité aux actions entreprises.

Cependant, il était nécessaire dans la prochaine phase d'activités d'assurer la prise en compte des problèmes de structuration des thérapeutes traditionnels au niveau régional, pour éviter que les expériences positives réalisées à Kadiolo ne restent pas isolées.



5.8. Réflexions sur la I phase de la recherche-action.

Pendant la première phase de la recherche-action, la préoccupation principale de l'équipe d'animation a été de développer le partenariat dans l'espace communal, tout en facilitant la communication et la réflexion partagée autour de la solution des problèmes prioritaires de santé, identifiés avec les acteurs locaux. Il a été ainsi suivi une approche pédagogique qui a consisté dans l'identification, la planification et la mise en œuvre d'actions concrètes de changement, soutenant de la dynamique partenariale, qui ont été réalisées par les acteurs locaux et évaluées à l'intérieur des groupes communaux de réflexion de la recherche-action.

Il peut être utile de rappeler que il ne s'agissait pas d'une démarche classique de renforcement de capacités ayant pour objectif d'appuyer les communes dans la compréhension des problèmes de santé et de développement social et de leur rôle et missions dans le cadre de la décentralisation, pour une meilleure élaboration des politiques communales, mais d'une démarche de recherche-action dans laquelle l'apprentissage mutuel devait découler de la participation aux réflexions partagées et de la réalisation participative d'actions concertées et évaluées.

Les approches qui ont été privilégiées ont été les principes de l'échange dynamique et de la communication interculturelle, avec une attention particulière aux spécificités du genre. A chaque occasion, il a été fondamental de garder une attitude d'écoute, de réflexion participative, de discussion franche et ouverte, de restitution permanente aux acteurs de terrain et de questionnement des chercheurs.

L'équipe d'animation de la recherche-action pensait que le transfert des compétences et des ressources en matière de santé aux collectivités territoriales devait être aussi l'occasion d'une réflexion approfondie sur la décentralisation sanitaire et sur la participation communautaire. C'est pourquoi à l'accompagnement exclusif des collectivités territoriales nous avons préféré la concertation entre tous les acteurs de la santé dans l'espace communal, notamment les Mairies, les ASaCo, les mutuelles de santé, les groupements des femmes et les thérapeutes traditionnels, pour qu'ils apprennent à communiquer, à réfléchir et à agir ensemble.

C'est dans cet espace communal animé et participatif que les équipes communales pouvaient et devaient exercer leur leadership : nous pensions que ce processus partenarial devrait aboutir au renforcement de leurs compétences en matière de décentralisation et développement socio-sanitaire et de leurs capacités de communication et de négociation.



Il était aussi important de construire au préalable autour des Mairies un tissu démocratique formé par des acteurs sociaux organisés, à mesure de participer, de stimuler et de contrôler la gestion de la santé. Les radios de proximité ont eu un rôle très important à jouer dans cette direction.

Par rapport aux acteurs de la médecine traditionnelle, l'équipe pensait qu'il ne s'agissait pas seulement de tenir compte de leur présence dans l'espace communal. La priorité était de construire d'abord des canaux de communication entre les tradithérapeutes et les Mairies, d'un côté, et le système de santé moderne, de l'autre côté. L'objectif était de parvenir à la perception de la médecine traditionnelle comme une ressource locale incontournable dans le domaine de la santé, dans la perspective d'une collaboration organisée et évaluée sur des problèmes prioritaires de santé entre les deux médecines pour une amélioration durable de l'état de santé des populations.

Par ailleurs, l'équipe d'animation de la recherche-action n'avait pas des connaissances préconçues à délivrer aux uns et aux autres ; elle n'a pas joué le rôle d'observatrice ou de formatrice extérieure ; au contraire, elle a contribué, avec ses compétences et ses expériences, à la réflexion commune, avec une attitude d'écoute et d'ouverture, ce qui n'a pas exclu la nécessaire distance critique.





6. LA PRÉPARATION DE LA II PHASE DE LA RA

La préparation de la II phase de la recherche-action a débuté en octobre 2005 à Sikasso, lors de l'Atelier de formulation du Plan d'Action de la Coopération Suisse pour l'année 2006. Cet atelier nous a permis de présenter le bilan des activités de l'année 2005 et les orientations stratégiques pour l'année 2006 [54], mais aussi de réfléchir sur le contexte général dans lequel nos actions et réflexions se situaient.

6.1. Le contexte général des années 2004-2005

Le contexte dans lequel nos activités se sont déroulées était marqué, au Mali, par des difficultés importantes d'ordre socio-économique : non seulement à cause de l'invasion acridienne et de la pluviométrie insuffisante, avec les conséquences notoires sur la sécurité alimentaire, mais aussi à cause de la crise structurelle de la production cotonnière et, en générale, à cause des effets pervers d'une mondialisation subie mais non maîtrisée. Ce qui a exaspéré les inégalités sociales, avec des poches de pauvreté profonde qui s'élargissaient davantage au niveau urbain et rural, face à des pics d'enrichissement tant illicites qu'ostentatoires.

La situation a été ultérieurement compliquée par le fragile équilibre politique en Côte d'Ivoire : il n'était pas difficile de prévoir que la situation conduirait sur une nouvelle gravissime implosion.

Au niveau politique, le consensus tout-azimut qui régnait à Bamako semblait avoir congelé le système démocratique, empêchant ainsi des discussions franches et des décisions claires, efficaces et prises à temps. La base de ce consensus était la gestion non transparente des affaires de l'état. La classe politique, renfermée dans un dialogue autoréférentiel et Bamako-centrique, semblait être plus intéressée par des positionnements tactiques liés aux hommes qu'à des réflexions stratégiques sur le présent et le futur du pays. Ce qui affaiblissait les capacités gouvernementales de négociation par rapport à des choix de politique économique imposés par les principaux bailleurs de fonds, qui étaient en train d'augmenter davantage la précarité sociale. Par ailleurs, les résistances avouées et inavouées à la décentralisation effective des compétences et ressources aux collectivités territoriales empêchaient l'approfondissement et la consolidation du tissu démocratique.

Entre temps, la société civile, qui était en train de se consolider, arrivait parfois à surmonter les querelles de clocher et à exprimer une analyse lucide et conséquente de la situation, semblait être en retard par rapport à l'élaboration de stratégies alternatives



crédibles, socialement comprises et acceptées et, pour cela, tendanciellement majoritaires et hégémoniques dans la société.

Il était quand même à signaler qu'autour des problèmes de la souveraineté alimentaire et de la politique agricole des canaux de communication importants étaient en train de se construire entre les organisations paysannes et des groupes d'intellectuels engagés dans la recherche d'alternatives possibles.

6.2. Le secteur de la santé

Dans le secteur de la santé, les manques d'efficacité, d'efficacités et d'équité du système de soins mis en place étaient de plus en plus évidents. Les difficultés dans l'absorption et dans la justification des ressources mises à la disposition du Ministère de la Santé continuaient. Les retards dans la mise à disposition des ressources au niveau opérationnel persistaient et s'aggravaient.

La séparation entre la Santé et le Développement Social, qui avait commencé au niveau central, était entre temps arrivée au niveau opérationnel, rendant d'autant plus difficiles les réflexions et les actions sur les déterminants sociaux et économiques de la santé.

Les relations entre décentralisation sanitaire et décentralisation administrative restaient difficiles, à cause des retards dans le transfert des ressources nécessaires à la prise en charge des compétences théoriquement transférées, mais aussi à cause des habitudes d'une organisation de l'état structurellement pyramidale et descendante, difficile à réformer. Même au niveau des principaux partenaires techniques et financiers du Mali, il n'y avait pas, entre autres, une réflexion approfondie sur les compatibilités entre le choix de privilégier l'appui budgétaire et la volonté exprimée de renforcer la décentralisation.

Pour cela, à l'époque, nous pensons que la marche entreprise à pas forcés par certains bailleurs de fonds vers l'appui budgétaire exclusif était déterminée plus par questions d'idéologie et commodité que par raisons d'efficacité, d'efficacités et de transparence.

Dans ce contexte, le leadership du Ministère de la Santé nous semblait affaibli et désorienté par rapport à certains choix imposés, notamment en relation aux nouvelles institutions mises en place pour la lutte contre le VIH-SIDA et au processus de transfert de compétences aux collectivités territoriales.



6.3 La médecine traditionnelle

Par rapport à la médecine traditionnelle, l'insuffisance de ressources financières, la faiblesse de leadership et de capacité de coordination des institutions de tutelle au niveau national, la décentralisation insuffisante des activités de recherche et le manque d'expertise locale étaient à notre avis les principaux goulots d'étranglement. C'est ainsi que, malgré les expériences significatives réalisées au niveau local et les percées importantes effectuées au niveau national, la prise en compte des ressources de la médecine traditionnelle restait globalement marginale. Le processus d'adoption de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle, dont la mise en œuvre était censée résoudre lesdits goulots d'étranglement, était en cours. La dynamique associative des acteurs de la médecine traditionnelle était en train de se consolider, malgré avec des difficultés et des contraintes.

6.4. Les propositions pour la II phase

Sur la base des réflexions menées avec les acteurs locaux et suite aux discussions développées pendant la rencontre de restitution au Bureau de la Coopération Suisse qui s'était tenue à Bamako le 12 mai 2006, nous avons élaboré un document de synthèse de la première phase et de proposition pour la II phase de la recherche-action, qui a été soumis au Bureau de la Coopération Suisse avant la fin du mois de mai 2006.

A notre avis, cette phase aurait du avoir la durée de dix-huit mois, de juillet 2006 à décembre 2007. En effet, l'année 2006 était une année charnière pour les structures sanitaires, avec l'objectif de faire coïncider la planification du PRODESS II avec l'année budgétaire de l'état pour l'année 2007. Nous nous proposons ainsi d'accompagner les collectivités territoriales des communes et du cercle dans cet exercice non-facile.

Nous nous proposons aussi d'étendre la couverture géographique de la recherche-action à d'autres communes du Cercle de Kadiolo, mais aussi à d'autres cercles de la Région de Sikasso.

Dans ce contexte, nous pensions que la disponibilité de fonds souples pour soutenir les dynamiques partenariales aurait été un atout supplémentaire, dont l'efficacité avait été confirmée lors de la première phase.

Nous avons besoins de plus de temps pour suivre les indicateurs d'impact, pour nous assurer de l'efficacité des actions visant la mise en œuvre des hypothèses de changement aux différents niveaux et pour valider ainsi le modèle de système local de santé défini et construit avec les acteurs locaux.



Il nous fallait aussi plus de temps pour capitaliser et diffuser les résultats acquis et pour construire la durabilité et l'autonomie de la dynamique partenariale, en renforçant le leadership des collectivités territoriales et l'appropriation de la démarche participative par les acteurs locaux. L'objectif était d'éviter l'autoréférentialité et la pérennisation du dispositif d'accompagnement.

6.4.1. Orientations stratégiques de la II phase de la recherche-action

Selon nous, les réflexions sur les différentes thématiques qui nous avaient guidés tout au long de la première phase devaient aussi être au centre de la deuxième phase de la recherche-action. Il s'agissait surtout d'accompagner les collectivités territoriales des trois communes test et les autres acteurs techniques et sociaux de la santé, y compris les organisations villageoises, les associations des thérapeutes traditionnels et les groupements des femmes, dans la mise en œuvre des plans opérationnels intégrant les résultats de la recherche-action, sur la base des pistes d'action prioritaires concernant le renforcement du leadership communal, l'approfondissement de la participation communautaire, la promotion du pouvoir de décision des femmes, l'expérimentation de l'articulation entre les deux médecines et la consolidation de la dynamique partenariale dans les espaces communaux.

Une attention particulière devrait être mise dans l'accompagnement de la mise en œuvre du CSCom polycentrique de Zégoua, tandis qu'à Kadiolo l'accompagnement devait concerner la consolidation de l'autonomie du CSCom Central.

Un travail spécifique devrait être mené sur l'adaptation du Système Local d'Information Sanitaire et Sociale aux exigences de la décentralisation, pour pouvoir permettre aux collectivités territoriales de prendre en temps opportun des décisions pertinentes sur la base d'une série d'indicateurs de processus et d'impact et à l'équipe de la recherche-action d'évaluer et démontrer l'efficacité et la pertinence du travail effectué.

Dans ce cadre, nous nous proposons de mener l'étude de faisabilité et de démarrer l'expérimentation de l'informatisation du système local de collecte, analyse et transmission des données épidémiologiques, de prestation de service, de recouvrement de coûts et de gestion des médicaments, ainsi qu'au moins de certaines données concernant les activités de médecine traditionnelle.

L'extension des activités avec la même méthodologie et les mêmes approches à d'autres communes rurales du cercle de Kadiolo avait été demandée lors de l'atelier de restitution et de synthèse du 16 janvier 2006. En effet, nous pensions qu'il aurait été important



d'avoir une base plus large d'expérimentation, pour pouvoir mieux définir, évaluer et valider une stratégie d'intégration et de consolidation des acquis au niveau cercle.

En fonction de critères d'accessibilité, de représentativité et de degré d'organisation des acteurs, l'équipe d'animation de la recherche-action avait proposé d'intégrer dans de réflexions et les actions les communes de Dyou, Loulouni et Misséni. Ce choix était évidemment à confirmer avec les acteurs locaux. Nous pensons qu'il aurait été aussi important d'activer la réflexion au niveau de la commune urbaine de Koutiala, déjà plusieurs fois évoquée avec le Bureau de la Coopération Suisse. Ce qui devrait permettre de réaliser des synergies utiles avec le projet suisse d'appui à la décentralisation, augmentant ainsi davantage l'importance, la représentativité et la portée stratégique de la recherche-action.

Par rapport aux activités de médecine traditionnelle, l'accent devrait également être mis sur l'accompagnement de proximité et la formation de compétences locales, tout en continuant à assurer l'assistance technique nécessaire aux collectivités territoriales, aux services techniques, aux organisations locales des tradithérapeutes et à la coordination du cercle de Kadiolo.

Nous étions convaincus que la disponibilité de fonds souples pour la réalisation de mini-actions soutenant la dynamique associative des tradithérapeutes et le processus de valorisation des ressources de la médecine traditionnelle aurait permis d'augmenter l'efficacité des actions menées et leur appropriation par les acteurs locaux. Nous avons enregistré, en effet, une forte demande d'appui et d'accompagnement de la part de l'Union des Associations des Thérapeutes Traditionnels du Cercle de Kadiolo et des Associations des Thérapeutes Traditionnels des autres communes non impliquées dans la recherche-action, concernant le renforcement institutionnel et organisationnel mais aussi la protection des espèces médicinales en voie de disparition et l'amélioration de la présentation des médicaments traditionnels. L'implication des accoucheuses traditionnelles dans le système de prise en charge des urgences obstétricales et dans la lutte contre les MGF de vrait aussi être aussi intégrée dans la démarche de recherche-action.

Nous nous proposons, en outre, d'évaluer, en collaboration opérationnelle avec les collectivités territoriales, les acteurs locaux et les institutions de tutelle, la faisabilité technique, la durabilité et la viabilité financière et sociale de la réalisation à Kadiolo d'un Centre de Médecine Traditionnelle pour le terroir historique et culturel du Folona, avec une Unité de Transformation de Plantes Médicinales et Aromatiques, conformément à une requête du Président du Conseil de Cercle de Kadiolo et aux prévisions des documents de Politique Nationale de Médecine Traditionnelle et de Planification Stratégique de la région de Sikasso.



Il aurait été aussi nécessaire de réaliser une prospection des ressources humaines et organisationnelles de la médecine traditionnelle dans les autres cercles de la région de Sikasso, avec la même méthodologie utilisée au départ des activités à Kadiolo, l'objectif étant de vérifier avec les acteurs locaux la nécessité et la possibilité d'un appui organisationnel et institutionnel, dans la perspective de la consolidation d'une Fédération Régionale des Associations des Thérapeutes Traditionnels.

6.4.2. Pistes d'action pour la deuxième phase de la recherche-action

Nous tenons toujours à souligner que, dans une démarche de recherche-action, les activités à mener sont à définir avec les acteurs locaux. C'est pour cela que, selon la méthodologie que nous avons adoptée et validée pendant la première phase, des plans d'actions trimestriels devraient être élaborés par les acteurs locaux lors du lancement de la deuxième phase de la recherche-action sur le terrain, en fonction des résultats des expériences consolidées et des réflexions partagées.

Nous pouvons quand même prévoir que les activités devraient être menées principalement en suivant les pistes d'actions qui avaient été identifiées lors de l'atelier de restitution et de synthèse du 16 janvier 2006, en prenant en compte l'opportunité d'élargir le champ de la recherche-action à d'autres communes du Cercle de Kadiolo et à la Région de Sikasso :

a. Niveau commune :

Dans les communes de Kadiolo, Dioumaténé et Zégua, il s'agissait de développer des activités sur les pistes suivantes :

- **Partenariat autour de la santé dans l'espace communal :** (i) consolidation du leadership des autorités communales et du partenariat entre les différents acteurs de la santé et du développement social dans l'espace communal pour l'élaboration, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des plans communaux de développement de la santé ; (ii) ancrage des ASaCo dans les communautés villageoises ; (iii) mise en œuvre des stratégies de communication pour la santé.
- **Spécificité du genre :** (i) implication des femmes dans les prises de décision concernant la santé dans la famille et dans la société ; (ii) réflexion sur le financement alternatif de la santé et les caisses de solidarité des femmes.
- **Accompagnement des Mairies :** (i) de toutes les Mairies concernées, dans la gestion des compétences et ressources transférées ; (ii) de la Mairie de Zégoua, dans la négocia-



tion et la mise en œuvre du CSCom polycentrique ; (iii) de la Mairie de Kadiolo dans la négociation pour la construction d'un siège pour le CSCom Central.

• **Médecine traditionnelle** : (i) renforcement institutionnel et organisationnel des associations des tradithérapeutes dans l'espace communal et collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne, en définissant des actions prioritaires (VIH-SIDA, Paludisme) ; (ii) implication des accoucheuses traditionnelles dans la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale et contre l'excision et dans la prise en compte des problèmes de nutrition de la mère et de l'enfant ; (iii) implication des tradithérapeutes dans la protection et la domestication des plantes médicinales en voie de disparition, par le renforcement des capacités dans la collecte, la conservation et la transformation des espèces médicinales et par la création de jardins de plantes médicinales ; (iv) réflexion sur les difficultés dans la transmission du savoir traditionnel de santé aux jeunes

• **Système Local d'Information Sanitaire et Sociale** : (i) mise à la disposition des autorités communales en temps opportun de données sûres, significatives et pertinentes à support des prises de décision, par l'expérimentation de l'informatisation du Système Local d'Information Sanitaire et de son adaptation à l'environnement de la décentralisation sanitaire et administrative ; (ii) prise en compte des données de la médecine traditionnelle dans le Système Local d'Information Sanitaire ; (iii) évaluation de l'impact des activités menées sur les indicateurs de santé.

Dans les communes de Dyou, Loulouni et Misséni il s'agissait d'abord de présenter la démarche et les approches, d'identifier les membres des groupes de réflexion et de suivre en suite les différentes étapes de la recherche-action, selon la méthodologie adoptée et validée pendant la première phase à Kadiolo, Dioumaténé et Zégoua.

Dans la commune urbaine de Koutiala, il s'agissait aussi d'activer la réflexion en utilisant la même méthodologie et les mêmes approches.

b. Niveau cercle :

Dans le cercle de Kadiolo, il s'agissait de renforcer la dynamique partenariale dans le domaine de la santé et du développement social, ainsi que la réflexion sur les relations entre communes et cercle, d'un côté, et entre cercle et région, de l'autre.

Nous nous proposons de participer à l'accompagnement du Conseil de Cercle dans la gestion des compétences et ressources transférées en matière de santé et de développement social, notamment dans ses relations avec le CSRéf et le SDES et dans la planification et la mise en œuvre du développement socio-sanitaire du cercle.



Une attention particulière devrait être portée au renforcement organisationnel et institutionnel de la FELASCOM, ainsi qu'à l'accompagnement à l'Union des Associations des Tradithérapeutes de Kadiolo.

Pour consolider davantage les activités de médecine traditionnelle, nous nous proposons d'évaluer, avec les acteurs locaux, la faisabilité technique, la durabilité et la viabilité financière et sociale de la réalisation à Kadiolo d'un Centre de Médecine Traditionnelle pour le terroir historique et culturel du Folona.

Dans le cercle de Sikasso, il s'agissait de réaliser une prospection des ressources humaines et organisationnelles de la médecine traditionnelle, avec la même méthodologie utilisée au départ des activités à Kadiolo.

c. Niveau région :

Au niveau de la Région de Sikasso, nous nous proposons de continuer à participer aux activités de programmation socio-sanitaire de l'Assemblée Régionale, de la DRS et de la DRDSES, en synergie avec le PSDS, pour nous assurer de la prise en compte des lignes d'actions prioritaires identifiées au cours de la recherche-action dans les différents Plans d'Opérations Santé et de la diffusion au niveau régional des acquis de Kadiolo dans le domaine de la décentralisation, de la participation communautaire et de la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle. Dans ce cadre, nous nous proposons de construire, en collaboration avec le PSDS, des mécanismes formels et des occasions périodiques de communication et de réflexion, pour faire en sorte que les enseignements de la recherche-action puissent devenir patrimoine partagé au niveau régional.

Concernant les activités de médecine traditionnelle, nous nous proposons d'identifier les acteurs locaux pour les engager sur la perspective de création et de consolidation d'une Coordination Régionale des Associations des Thérapeutes Traditionnels, pour faire en sorte que les expériences de Kadiolo ne restent pas isolées.

d. Dialogue des politiques au niveau national :

Au niveau national, nous nous proposons de continuer à contribuer au dialogue des politiques concernant la décentralisation, la santé communautaire et la médecine traditionnelle, en participant, entre autres, aux réunions des organes statutaires du PRODESS et aux rencontres périodiques des PTF.



Nous étions toujours convaincus que la capitalisation des actions réalisées, des réflexions menées et des enseignements tirés localement pouvait certainement avoir une valeur stratégique nationale. Pour ce faire, nous pensions qu'il était important d'investir davantage sur la documentation, la publication et la diffusion des résultats. Dans ce contexte, nous avons proposé d'abord de réviser, publier et diffuser l'ouvrage sur les expériences de valorisation des ressources de la Médecine Traditionnelle menées dans le Cercle de Kadiolo du mois d'avril 2001 au mois juillet 2003, dont les activités de la recherche-action étaient la suite logique et opérationnelle. A la fin de la deuxième phase, nous nous proposons de rédiger, publier et diffuser un ouvrage sur les activités de la recherche-action.

Nous comptons, enfin, continuer l'accompagnement de la Fédération Malienne des Associations des Thérapeutes Traditionnels et Herboristes (FEMATH) dans ses relations avec les associations partenaires, les structures de tutelle et les partenaires techniques et financiers, dans le cadre du protocole d'accord signé entre *Aidemet Ong* et la FEMATH en avril 2006.

6.5. Les discussions avec le Bureau de la Coopération Suisse...

Il est probable que, sur la base de l'enthousiasme pour les résultats atteints et de l'appréciation par les acteurs locaux de la méthodologie et des approches utilisées, ainsi que de la conscience des intérêts et des attentes suscités au niveau communautaire par les activités et les réflexions menées, nous avons mis, dans notre proposition, la barre plus haut de ce que les mandataires de la recherche-action s'attendaient et avaient supprimé...

Cependant, nous n'imaginions pas du tout les résistances à dépasser et les discussions houleuses à entreprendre avant d'arriver à avancer sur le chemin de la recherche-action. En effet, il a été surtout difficile de faire accepter que le niveau de décision à propos des actions à mener puisse rester dans les mains des acteurs locaux... Mais nous pensons que la base même de la recherche-action, notamment l'approche systémique, c'est-à-dire l'intervention sur l'ensemble des facteurs pouvant renforcer ou affaiblir les systèmes locaux de santé, n'avait été ni comprise ni acceptée par nos interlocuteurs.

Comme nous avons vu, le 12 mai 2006 l'équipe d'animation de la recherche-action avait restitué au Bureau de la Coopération Suisse le rapport sur les activités réalisées et les résultats obtenus lors de la première phase de la recherche-action. Sur demande du Bureau de la Coopération Suisse, un document de synthèse de la première phase et de proposition d'activités pour la deuxième phase [53], à complément des rapports pré-



sentés, a été élaboré aux soins de l'équipe d'animation de la recherche-action et déposé au Bureau de la Coopération Suisse le 19 mai 2006. Ce document a été discuté le 6 juillet 2006. Lors de la discussion, le consensus a été dégagé sur la réalisation d'une phase intermédiaire de trois mois avant la prise de décision sur la réalisation de la deuxième phase.

Le Bureau de la Coopération Suisse a ainsi adressé au coordonnateur de la recherche-action une note [55] faisant état de ses préoccupations concernant les résultats de la première phase et fixant les éléments principaux de cette phase intermédiaire. Il s'agissait de :

- Faire l'état des lieux dans les trois communes concernées en terme de forces et de faiblesses des collectivités territoriales et des acteurs locaux et dégager ainsi les potentialités d'un partenariat dans le cadre d'une politique de santé communale ;
- Faire le point, à la lumière des travaux de la première phase, en terme de résultats stratégiques, de l'état d'avancement de la réflexion des questions-clé de la recherche-action ;
- Dégager des propositions de pistes d'intervention ciblées sur deux enjeux majeurs dans les trois communes concernées par la première phase de la recherche-action.

Même si les résultats de la première phase n'ont pas été mis complètement en discussion, il nous a été demandé concrètement de limiter dans le temps et dans l'espace les actions de la II phase tout en limitant aussi les pistes d'intervention à développer.

Pour mieux préparer cette phase intermédiaire et pour rester, dans la mesure du possible, dans une logique de recherche-action, nous avons demandé de réaliser une mission à Sikasso et Kadiolo pour une reprise de contact avec les différents partenaires [56]. Pendant ladite mission, qui s'est déroulée du 23 au 29 juillet 2006, le coordonnateur de la recherche-action, avec l'appui des membres du groupe d'animation, a pu informer les différents partenaires au niveau de la région, du cercle et des communes sur l'état des discussions et les perspectives pour la deuxième phase de la recherche-action, vérifier l'état de la dynamique partenariale dans les différents espaces communaux et préparer ainsi la phase intermédiaire de la recherche-action, en discutant objectifs, méthodologie et activités avec les partenaires locaux.

Une note méthodologique sur la phase intermédiaire [57] a été élaborée et présentée au Bureau de la Coopération Suisse en septembre 2006.



6.6. Cadre conceptuel

Nous avons pensé qu'il était nécessaire de rappeler aux uns et aux autres le cadre conceptuel dans lequel nous tenions à continuer d'évoluer. Depuis mai 2003, en conclusion d'une recherche sur la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle à Kadiolo, une des pistes identifiées avait été de lancer, au niveau local, le dialogue entre les associations de santé communautaire, les équipes socio-sanitaires, les collectivités territoriales et les acteurs de la médecine traditionnelle pour essayer de construire une programmation sanitaire décentralisée et participative, prenant en compte les problèmes de santé concrets vécus par les populations et toutes les ressources localement disponibles pour y faire face. C'est ainsi que l'idée d'une recherche-action sur Décentralisation, Santé Communautaire et Médecine Traditionnel a vu le jour.

C'est pour ça que, pendant la première phase de la recherche-action, la préoccupation principale de l'équipe d'animation a été de développer le partenariat dans l'espace communal, en facilitant la communication et la réflexion partagée autour de la solution des problèmes prioritaires de fonctionnement du système de santé, identifiés avec les acteurs locaux. Il a été ainsi suivi une approche pédagogique qui a consisté dans l'identification, la planification et la mise en œuvre d'actions concrètes de changement, en soutien à la dynamique partenariale, qui ont été réalisées par les acteurs locaux et évaluées à l'intérieur des groupes communaux de réflexion de la recherche-action. La disponibilité de fonds souples a été essentielle pour nous permettre la mise en œuvre effective des actions de changement identifiées dans le cadre des concertations locales.

Il a été pour nous essentiel aussi de rappeler qu'il ne s'agissait pas d'une démarche classique de renforcement des capacités ayant pour objectif d'appuyer les communes dans la compréhension des problèmes de santé et de développement social et de leur rôle et missions dans le cadre de la décentralisation, pour une meilleure élaboration des politiques communales, mais d'une démarche de recherche-action dans laquelle l'apprentissage mutuel devait découler de la participation aux réflexions partagées et de la réalisation et l'évaluation participatives d'actions concertées.

Nous pensions que le transfert des compétences et des ressources en matière de santé aux collectivités territoriales devait être aussi l'occasion pour une réflexion approfondie sur la décentralisation sanitaire et sur la participation communautaire. C'est pourquoi à l'accompagnement exclusif des collectivités territoriales nous avons préféré la construction du partenariat entre tous les acteurs de la santé dans l'espace communal, avec l'accent



sur les Mairies, les ASaCo, les équipes socio-sanitaires, les mutuelles de santé, les groupements des femmes et les thérapeutes traditionnels, pour qu'ils apprennent à communiquer, à réfléchir et à agir ensemble.

C'est dans cet espace communal animé et participatif que les équipes communales pouvaient et devaient exercer leur leadership : nous pensions que ce processus partenarial devrait aboutir au renforcement de leurs compétences en matière de décentralisation et développement socio-sanitaire et de leurs capacités de communication et de négociation. Mais nous pensions aussi qu'il était important essayer de construire au préalable autour des Mairies un tissu démocratique formé par des acteurs sociaux organisés, en mesure de participer, de stimuler et de contrôler la gestion de la santé. Les radios de proximité avaient un rôle très important à jouer dans cette direction.

Par rapport aux acteurs de la médecine traditionnelle, nous pensions qu'il ne s'agissait pas seulement de tenir compte de leur présence dans l'espace communal. La priorité était pour nous de construire d'abord des canaux de communication entre les tradithérapeutes et les Mairies, d'un côté, et le système de santé moderne, de l'autre côté. L'objectif était de parvenir à la perception de la médecine traditionnelle comme une ressource locale incontournable dans le domaine de la santé, dans la perspective d'une collaboration organisée et évaluée sur des problèmes prioritaires de santé entre les deux médecines pour une amélioration durable de l'état de santé des populations.

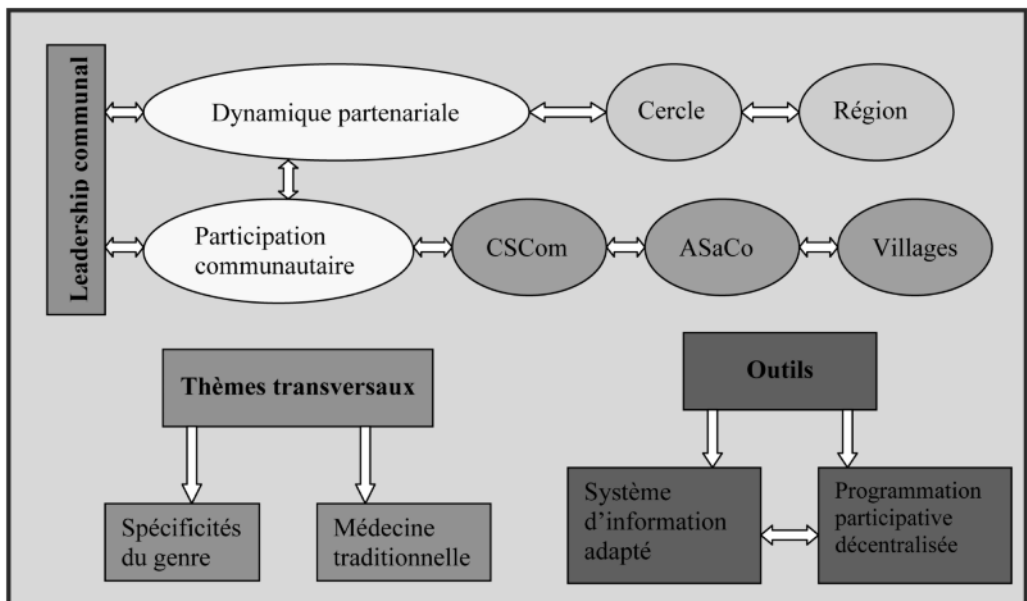


Fig. n° 5 : Schéma du Cadre conceptuel de la deuxième phase de la RA



Dans la figure ci-dessus, nous montrons le schéma du cadre conceptuel de la deuxième phase de la recherche-action, qui a été élaboré suite aux discussions avec les acteurs locaux lors de la mission de reprise de contact et de préparation de la phase intermédiaire.

L'équipe d'animation de la recherche-action n'avait pas des connaissances préconstituées à délivrer aux uns et aux autres ; elle n'avait pas joué le rôle d'observatrice ou de formatrice extérieure ; au contraire, elle a contribué, avec ses compétences et expériences, à la réflexion commune, avec une attitude d'écoute et d'ouverture, ce qui n'a pas exclu la nécessaire distance critique.

Pendant la deuxième phase, nous comptons continuer à travailler sur la dynamique partenariale et sur la participation communautaire, tout en mettant l'accent sur le leadership des équipes communales ; nous nous proposons de réfléchir, d'un côté, sur l'ancrage des ASaCo dans l'espace villageois, et de faire remonter, de l'autre côté, la réflexion au niveau du cercle et de la région, tout en mettant l'accent sur deux thèmes transversaux, notamment les spécificités du genre et la médecine traditionnelle. Nous nous proposons, enfin, d'approfondir la réflexion et de commencer l'expérimentation sur les outils indispensables à l'exercice effectif du leadership communal, notamment un système d'information socio-sanitaire adapté et une programmation réellement participative et décentralisée.





7. LA PHASE INTERMÉDIAIRE DE LA RA (10/2005 - 01/2006)

Les objectifs, les résultats attendus, la méthodologie et les principales activités de la phase intermédiaire de la recherche-action ont été discutés avec les partenaires locaux à l'intérieur des groupes de réflexion. Le travail a été fait en s'appuyant sur le même dispositif et sur les mêmes groupes de réflexion mis en place pour la première phase au niveau commune et cercle. Un groupe de réflexion au niveau régional a été aussi prévu, avec la participation de l'AR, de la DRS, de la DRDSES, de la FELASCOM, de l'UTM, de la Coordination des Thérapeutes Traditionnels, des femmes, des Ong et du PSDS.

Au niveau national, référence était faite à la Commission d'appui à la mise en œuvre de la Décentralisation dans le domaine de la Santé et à son Secrétariat technique, la Cellule d'appui à la Décentralisation et à la Déconcentration du Ministère de la Santé.

7.1. Les résultats attendus

Les résultats attendus de la phase intermédiaire de la recherche-action étaient les suivants :

- L'état des lieux de la décentralisation socio-sanitaire dans les trois communes concernées par la première phase est actualisé de façon participative, les forces et les faiblesses des différents acteurs dans l'espace communal sont identifiées et les potentialités d'un partenariat dans le cadre d'une politique communale sont dégagées.
- Les acteurs locaux de la santé et de la décentralisation, le Bureau de la Coopération Suisse et l'équipe d'animation partagent l'appréciation des résultats stratégiques des travaux de la première phase de la recherche-action et la perception sur l'état d'avancement de la réflexion sur l'hypothèse de recherche et sur les différentes questions-clés.
- La deuxième phase de la recherche-action est préparée, sur la base d'un consensus entre acteurs locaux, Bureau de la Coopération Suisse et équipe d'animation sur la reformulation de l'hypothèse de recherche et des questions-clés, sur les enjeux majeurs à cibler et sur les pistes d'intervention à privilégier.

7.2. Méthodologie et approches

Pour la phase intermédiaire, la méthodologie et les approches étaient évidemment les mêmes de la première phase, en s'appuyant sur les principes de la recherche-action, de l'échange dynamique et de la communication interculturelle et en prenant en compte les spécificités du genre. Référence était faite au protocole de la recherche-action de décem-



bre 2004 et à la restitution effectué au Bureau de la Coopération Suisse le mois de mai 2006. Par ailleurs, nous pensions que les résultats les plus importants de la première phase étaient la compréhension et l'appropriation par les acteurs locaux de la méthodologie et des approches utilisées.

7.3. Activités de la phase intermédiaire

Il s'agissait de mettre à jour l'état des lieux et d'identifier les forces et les faiblesses des acteurs locaux, de faire le point sur les différentes questions de recherche, de reformuler, si nécessaire, les hypothèses de départ et de mieux justifier et préparer ainsi la deuxième phase. L'état des lieux a été ainsi établi avec la participation des tous les acteurs de la santé et de la décentralisation dans les différents espaces communaux.

Pour cela, nous avons réalisé des entretiens individuels et collectifs des acteurs locaux (focus groups), qui ont été analysés par le groupe d'animation. Les résultats des analyses ont été restitués et discutés dans les groupes de réflexion aux différents niveaux. Les conclusions de ces réflexions ont été présentées, discutées et validées dans des rencontres communautaires dans les aires de santé, pilotées par les Mairies.

Des ateliers de validation et de concertation ont été organisés au niveau Commune et Cercle, ainsi qu'un atelier de synthèse au niveau de la Région. Il est à souligner l'importance de la participation à la réflexion du PSDS et, au moins aux moments les plus importants, du Bureau de la Coopération Suisse.

Il était important de pouvoir réaliser, à côté des différentes réflexions, comme par ailleurs au cours de la première phase, des mini-actions de soutien de la dynamique partenariale que la première phase de la recherche-action avait contribué à renforcer.

Nous nous proposons enfin de continuer à participer au dialogue des politiques concernant la décentralisation, la santé communautaire et la médecine traditionnelle au niveau régional et national.

Dans le tableau suivant, nous montrons les activités et le chronogramme de la phase intermédiaire de la recherche-action.

**Tableau 1 : Activités et chronogramme.**

Activités	Mois 1	Mois 2	Mois 3
Réalisation et analyse des entretiens individuels et collectifs			
Restitution et discussion dans les groupes de réflexion au niveau des Aires de santé			
Rencontres communautaires au niveau des Aires de Santé			
Ateliers de validation et concertation au niveau des Communes et du Cercle			
Atelier de restitution et de synthèse au niveau de la Région			
Mini-actions de soutien à la dynamique partenariale			
Participation au dialogue des politiques aux niveaux régional et national.			

7.4. Le déroulement de la phase intermédiaire.

La phase intermédiaire de la recherche-action s'est déroulée du mois d'octobre 2005 au mois de janvier 2006 [58]. La finalité de cette phase était de mettre à jour l'état des lieux et d'identifier les forces et les faiblesses des acteurs locaux, de faire le point sur les différentes questions de recherche, de reformuler, si nécessaire, les hypothèses de départ et de mieux justifier et préparer ainsi la deuxième phase, en définissant les enjeux principaux à prioriser dans les trois communes concernées. Pour ce faire, nous avons réalisé la recherche-action selon les étapes suivantes :

a. Recherche bibliographique

Elle a concerné l'exploitation des documents disponibles aux différents niveaux : les rapports de la phase I de la recherche-action, les PDESC et les PDECOM des communes de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua, les différents rapports des CSCom et du CSRéf de Kadiolo, les Plans Communaux de Sécurité Alimentaire, la documentation disponible au niveau régional (PSDS, DRS, DRSDS, AR). Au niveau national, référence a été faite, entre autres, à la dernière version du Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté II (CSLP II) et au Profil de Pauvreté des Communes du Mali.



b. Collecte de données quantitatives

Pour les structures sanitaires, la collecte des données a concerné l'exploitation des supports du SLIS des aires de santé de Kadiolo Central, Lofigué, Dioumaténé et Zégoua pour l'année 2006, en ce qui concerne la Consultation Curative, la Consultation Périnatale, les Accouchements Assistés, la Consultation Post-natale, la Référence/Evacuation et les vaccinations (DTCP1 et 3), ainsi que la morbidité et mortalité. Nous avons collecté aussi les données relatives au personnel et les données financières, concernant le recouvrement des coûts et la gestion des médicaments essentiels. Pour les collectivités décentralisées, la collecte a concerné les budgets, les montants affectés à l'éducation et à la santé, ainsi que les taux de mobilisation des ressources.

c. Réalisation d'entretiens individuels avec les informateurs-clés

Les entretiens ont concerné les acteurs locaux de la décentralisation administrative, de la santé moderne et traditionnelle et des groupes sociaux organisés (chefferie traditionnelle, ASaCo, groupements des femmes, mutuelles, etc.). Pour chaque catégorie d'acteurs, des informateurs-clés ont été identifiés. Par rapport à la première phase, nous avons impliqué aussi d'autres acteurs sociaux, notamment les jeunes, les parents d'élèves, les artisans, les producteurs de coton, les personnes handicapées, à fin de prendre en compte leur point de vue concernant les thématiques de la santé, ainsi que les acquis et les faiblesses du partenariat dans l'espace communal et sont évolution dans le temps. Pour ce faire, un guide d'entretien a été élaboré et testé. Les questions prévues concernaient le fonctionnement des institutions et organisations, la maîtrise des procédures de collaboration, la mobilisation des ressources internes et externes, l'évolution du partenariat dans l'espace communal, l'appréciation du système de référence/évacuation, les maladies les plus courantes, la collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne et les principaux problèmes à surmonter pour améliorer la santé dans l'espace communal. Les entretiens ont été réalisés par deux enquêteurs qui ont été sélectionnés et formés. La formation a porté sur la présentation du contexte de la recherche-action, des groupes cibles, des informateurs-clés et des outils. L'accent a été mis sur la traduction des concepts principaux de la décentralisation et de la santé communautaire, ainsi que des différentes questions à poser, en langue nationale *bamanankan*.

d. Analyse des données

L'analyse a concerné les données quantitatives collectées ainsi que les entretiens réalisées. Pour les entretiens, l'analyse a été menée en deux phases :



- Transcription et agrégation des réponses aux différentes questions par commune et groupe cible ; ce travail a été réalisé séparément par les membres de l'équipe de recherche ;
- Mise en commune, synthèse et élaboration des constats par commune, institution et groups sociaux ; ce travail a été réalisé par des séances d'échanges croisées entre les membres de l'équipe de recherche.

Les résultats ainsi obtenus ont été comparés avec les sources de vérification, les références légales, les données quantitatives déjà collectées et les résultats de la première phase de la recherche-action. Les synthèses de ces données ont été restituées aux acteurs locaux et intégrées aux monographies communales.

e. Définition des enjeux

Pour chaque commune, les principaux problèmes identifiés par les acteurs ont été regroupés en catégories pour mieux les restituer et pouvoir les prioriser. Ces problèmes ont été croisés avec les axes stratégiques définis à la fin de la première phase de la recherche-action, ainsi qu'avec les maladies prioritaires mentionnées par les acteurs et confirmées par les données de morbidité du SLIS.

Les résultats des analyses effectuées ont été présentés, discutés et validés lors des ateliers de concertation réalisés dans les différents espaces communaux. A ces ateliers, qui ont été pilotés par les Mairies et animés par l'équipe de recherche, ont participé tous les acteurs sociaux concernés par les entretiens réalisés.

Les ateliers ont permis de rappeler le contexte et les perspectives dans lesquels les différentes activités ont été réalisées. Les principaux problèmes ont été ainsi mis en exergue par les acteurs, en identifiant de façon participative les domaines prioritaires des actions à mener. Ce qui a permis de définir les enjeux autour desquels organiser le partenariat dans l'espace communal et les thèmes transversaux à prendre en compte, ainsi que les approches et les outils à utiliser.

7.5. Synthèse des résultats par Commune

Les paragraphes suivants présentent la synthèse des résultats des enquêtes par commune et par question, ainsi que les priorités dégagées lors des ateliers de restitution et de concertation.



7.5.1. Commune de Kadiolo

a. Fonctionnement des Institutions et Organisations

Le Conseil Communal fonctionnait à la satisfaction de la majorité des acteurs sociaux. Le bon fonctionnement reposait sur l'efficacité de la planification des activités, l'élaboration des budgets et la tenue des réunions statutaires, avec la participation des autres acteurs.

Cependant, la faible participation des adhérents, l'insuffisance dans la mobilisation des ressources et la faible structuration de certaines organisations pesaient sur leur fonctionnement. Certains acteurs sociaux de Lofigué semblaient n'avoir pas encore intégré dans leurs réflexions la dynamique communale.

b. Procédures de collaboration

Les relations de collaboration étaient jugées dynamiques par les acteurs locaux. Les principales procédures de collaboration reposaient sur des communications écrites, verbales et radiodiffusées.

Cependant, les insuffisances dans la définition des rôles et dans l'archivage des documents écrits affectaient le fonctionnement du partenariat entre les institutions et les organisations.

c. Mobilisation des ressources

Presque tous les acteurs, sauf les groupements des femmes de Lofigué, n'étaient pas satisfaits du niveau de mobilisation des ressources internes et externes, même s'ils avaient en général des idées suffisamment claires à propos de leurs partenaires financiers.

Pour les ressources internes, c'est à dire les impôts et taxes, ainsi que les droits d'adhésion et les cotisations des différentes organisations, la raison évoquée pour les difficultés était la crise cotonnière qui engendrait la pauvreté des populations. Pour les ressources externes, il s'agissait de la méconnaissance des procédures et de l'engagement tardif de certains partenaires financiers. Entre autres, la Commune de Kadiolo n'arrivait pas à mobiliser entièrement ses droits de tirage à l'ANICT.

Dans le tableau suivant, nous montrons la part des ressources propres dans le budget communal, ainsi que le taux de recouvrement des taxes et impôts pour les années de 2003 à 2005.

**Tableau n° 2 : Commune de Kadiolo. Mobilisation des ressources propres**

Années	Ressources propres mobilisées	Pourcentage sur le budget réalisé	Taux de recouvrement
2003	27.712.224	56,23%	66,06 %
2004	23.749.715	89,97%	54,16 %
2005	24.778.051	58,50%	52,50 %

Source : Commune de Kadiolo – Secrétariat général, janvier 2007 (notre élaboration)

L'apport des ressources propres sur le budget réalisé a été toujours supérieur à 50%. En 2004, la mobilisation des ressources externes a été de peu supérieure à 10% du budget réalisé. Le taux de recouvrement des taxes et impôts est en baisse constante.

Dans le tableau suivant, nous montrons la part des dépenses pour la santé et l'éducation (investissement et fonctionnement) sur le budget réalisé.

Tableau n° 3 : Commune de Kadiolo. Dépenses pour la santé et l'éducation

Années	Santé	%	Education	%
2003	2 051 064	4,16%	6 858 164	13,92%
2004	3 630 264	13,75%	4 257 664	16,13%
2005	17 566 527	41,47%	2 358 164	7,93%

Source : Commune de Kadiolo – Secrétariat général, janvier 2007 (notre élaboration)

La part des dépenses de santé sur le budget réalisé était en hausse constante, tandis que les dépenses pour l'éducation étaient en baisse. En 2005, la Commune avait réalisé un investissement de 15.436.263 F CFA pour la réalisation de caniveaux pour l'assainissement de la ville. C'est ainsi que la part des dépenses pour la santé sur le budget réalisé a été supérieure à 40%.

d. Evolution du partenariat dans l'espace communal

Les relations de partenariat s'étaient améliorées au cours des deux dernières années, grâce aux activités d'animation qu'avaient été menées au niveau local. Cependant, des



préoccupations restaient pour la consolidation de la dynamique partenariale et pour le renforcement de l'adhésion et de la participation des populations.

e. Le système de référence/évacuation des urgences obstétricales

L'ensemble des partenaires partageait l'appréciation positive de l'organisation et du fonctionnement du système de référence/évacuation des urgences obstétricales. Cependant, les conditions financières de sa prise en charge demandaient plus d'information et de communication.

f. Les maladies les plus citées

Dans les tableaux suivants, nous mentionnons les cinq maladies les plus citées par les informateurs-clés dans les aires de santé de Kadiolo Central et Lofigué de la Commune de Kadiolo.

Tableau n° 4 : Aire de Santé de Kadiolo Central. Les maladies courantes

Description	Effectif	Fréquence
1. Paludisme	31	100,00%
2. Affections diarrhéiques	17	54,84%
3. Affections respiratoires	14	45,16%
4. SIDA	12	38,71%
5. Maladies sexuellement transmissibles	9	29,03%

Il est à noter que 100% des personnes interviewées ont cité le paludisme. Suivaient les affections diarrhéiques et respiratoires. Ces données ont été confirmées par le SLIS. A noter en 4^e et 5^e place le SIDA et les IST, cités respectivement par 38,71% et 29,03% des informateurs-clés. Il est à noter qu'en 6^e et 7^e place nous trouvons les ulcères gastroduodénaux et l'hypertension, maladies qui s'accompagnent en générale à la modification des habitudes alimentaires et du mode de vie liée à l'urbanisation. 10% des personnes interviewées ont cité la malnutrition et l'anémie sévère.

**Tableau n° 5 : Aire de Santé de Lofigué. Maladies courantes**

Description	Effectif	Fréquence
1. Paludisme	16	94,12%
2. Affections respiratoires	10	58,82%
3. Affections diarrhéiques	10	58,82%
4. Gastrites et ulcères gastroduodénaux	7	41,18%
5. Douleurs abdominales	6	35,29%

Le paludisme a été cité par 94,12% des personnes interviewées. Suivaient les affections respiratoires, les affections diarrhéiques et les affections gastriques. Ces données ont été essentiellement confirmées par le SLIS. A noter les douleurs abdominales, notamment des femmes, en cinquième position, citées par 35,29% des personnes interviewées. La malnutrition a été citée par 11,76 % des informateurs-clés. Différemment de Kadiolo Central, à Lofigué les IST et le SIDA ont été cités une seule fois.

g. Collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne

La collaboration entre les deux médecines était bien perçue par les acteurs locaux. Elle s'appliquait dans le domaine du traitement des maladies et de la prise en charge de l'accouchement. Cependant, il a été noté que peu de cas étaient référés des CSCom aux tradithérapeutes. Plus de rencontres, de concertations et d'échanges entre les acteurs des deux médecines ont été demandés pour renforcer cette collaboration. A Lofigué, il a été évoqué un problème d'équipement et d'organisation des tradithérapeutes au niveau local.

h. Les enjeux de la santé dans la Commune de Kadiolo

Il avait été demandé aux informateurs-clés de citer les deux plus grands problèmes sur lesquels travailler pour améliorer la santé dans la Commune. Ces problèmes ont été ensuite regroupés par catégories. Pendant l'atelier de restitution, la catégorisation a été validée et les priorités définies avec les acteurs locaux de la façon suivante :



(i) L'amélioration de la qualité des soins et la lutte contre les maladies : Référence était faite à la quantité et qualité du personnel, à l'amélioration de l'équipement, à la disponibilité et à la bonne utilisation de médicaments essentiels de qualité et à l'hygiène et l'assainissement de la ville. Les problèmes prioritaires auxquels s'attaquer concernaient :

- La réduction de la mortalité maternelle et néonatale par l'amélioration du système de référence et évacuation ;
- La lutte contre le paludisme.

(ii) Le renforcement des infrastructures : Allusion était faite à la réhabilitation et au complètement du CSRéf, à la construction d'un siège pour le CSCom Central⁽²⁾, mais aussi à la disponibilité d'eau potable et à la nécessité d'améliorer les pistes rurales.

Il a été enfin souligné par tous les acteurs locaux l'importance d'un troisième thème, jugé transversal :

(iii) La communication : Elle devrait être axée autour de l'animation du partenariat entre acteurs locaux de la santé dans l'espace communal et de la participation communautaire aux actions curatives, préventives et promotionnelles de santé.

7.5.2. Commune de Dioumaténé

a. Fonctionnement des Institutions et Organisations

Il a été relevé principalement une évidente faiblesse du leadership communal. En effet, les responsables communaux n'arrivaient pas à impulser la dynamique communautaire. Les relations entre le Conseil Communal et les autres organisations présentes dans la Commune étaient aléatoires. Les causes semblaient être liées :

- A la faible appropriation par les acteurs locaux des outils, des procédures et des rôles dans la dynamique communale ;
- Au poids de la structure traditionnelle sur les relations sociales et sur le fonctionnement des organisations communautaires ;
- A l'insuffisance d'animation de l'institution communale.

Cependant, nous avons relevé des éléments positifs concernant la dynamique associative des tradithérapeutes et l'auto-organisation des femmes.

(2). Il est à souligner que la sortie du CSCom Central de l'enceinte du CSRéf était un des résultats atteints pendant la première phase de la recherche-action, grâce à la facilitation de la communication entre l'ASaCo, la Mairie et l'équipe du CSRéf.



b. Procédures de collaboration

Les relations de collaboration étaient jugées timides par les acteurs locaux. Les principales procédures de collaboration reposaient sur des communications verbales et parfois écrites. Même si l'absence de communications écrites semblait ne pas déranger apparemment les différents acteurs, en réalité ils n'étaient pas toujours présents dans les espaces de concertation prévus par les textes et les règlements.

c. Mobilisation des ressources

La mobilisation des ressources internes et externes restait un problème pour tous les acteurs locaux. Plusieurs raisons pouvaient expliquer cela ; entre autres : le déficit de communication entre les acteurs locaux concernant la gestion des ressources ; l'insuffisance des ressources des familles ; la faible compréhension de la logique de la décentralisation et de la participation communautaire. Le tableau suivant mentionne la part des ressources propres dans le budget communal, ainsi que le taux de recouvrement des taxes et impôts pour les années de 2003 à 2005.

Tableau n° 6 : Commune de Dioumaténé. Mobilisation des ressources propres

Années	Ressources propres mobilisées	Pourcentage sur le budget réalisé	Taux de recouvrement
2003	10 153 700	51,44%	50%
2004	13 119 324	130,75%	32%
2005	12 806 943	89,01%	38%

Source : Commune de Dioumaténé – Secrétariat général, janvier 2007 (notre élaboration)

L'apport des ressources propres sur le budget réalisé a été toujours supérieur à 50%. En 2004, il a été de plus de 130% : cela semblait signifier que la Commune n'avait pas dépensé le peu qu'elle avait pu mobiliser. La mobilisation des ressources externes a été donc nulle en 2004 et de peu supérieure à 10% du budget réalisé en 2005. Le taux de recouvrement des taxes a oscillé entre 50% et 32%. Le tableau suivant montre la part des dépenses pour la santé et l'éducation (investissement et fonctionnement) sur le budget réalisé.



Tableau n° 7 : Commune de Dioumaténé. Dépenses pour la santé et l'éducation.

Années	Santé	%	Education	%
2003	1 463 433	7,41%	4 170 889	21,13%
2004	270 800	2,70%	2 883 651	28,74%
2005	324 960	2,26%	7 628 465	53,02%

Source : Commune de Dioumaténé – Secrétariat général, janvier 2007 (notre élaboration)

La part des dépenses de santé sur le budget réalisé était faible et en baisse constante: elle a été supérieure à 7% en 2003 et peu supérieure à 2% en 2005. Tandis que les dépenses pour l'éducation ont été en hausse constante, à partir de 21% de l'année 2003.

En effet, la Commune avait toujours réalisé des investissements dans le domaine de l'éducation. En 2005, elle a investi plus de 6 millions de F CFA en constructions et équipements. C'est ainsi que l'incidence des dépenses pour l'éducation sur le budget réalisé a été supérieure à 50%.

d. Evolution du partenariat dans l'espace communal

Les relations de partenariat s'étaient améliorées pendant les deux dernières années, grâce aux activités d'animation qui avaient été menées au niveau local. Cependant, certains acteurs étaient restés en marge de cette dynamique partenariale, pour manque de structuration ou pour leur constitution récente.

e. Le système de référence/évacuation des urgences obstétricales

L'ensemble des acteurs locaux partageait l'appréciation positive de l'organisation et le fonctionnement du système de référence/évacuation des urgences obstétricales. Cependant, les aspects financiers de sa prise en charge posaient des problèmes : les nouvelles décisions prises au niveau du Cercle pour la prise en charge des frais d'évacuation n'étaient pas connues par les acteurs communaux.

f. Les maladies les plus citées

Le tableau suivant montre les cinq maladies les plus citées par les informateurs-clés dans la Commune de Dioumaténé.

**Tableau n° 8 : Commune de Dioumaténé. Les maladies courantes.**

Description	Effectif	Fréquence
1. Paludisme	30	96,77%
2. Affections diarrhéiques	13	41,94%
3. Affections respiratoires	9	29,03%
4. Douleurs abdominales	9	29,03%
5. <i>Koko</i> (hémorroïdes)	9	29,03%

Il est à reléver que la grande majorité des personnes interviewées ont cité le paludisme. Suivaient les affections diarrhéiques et respiratoires. Ces données ont été confirmées par le SLIS. A noter en 4^e place les douleurs abdominales et en 5^e place les hémorroïdes, avec le même score. Un de nos informateurs-clés nous a confirmé qu'à Dioumaténé les femmes tombaient plus souvent malades que les hommes.

g. Collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne

La nécessité et l'utilité de la collaboration entre les deux médecines sont bien perçues par les acteurs locaux. Les axes de collaboration proposés concernaient la référence réciproque des cas. La priorité a été donnée au paludisme, à la tuberculose et à la grippe. Plus des rencontres de concertations et d'échanges entre les acteurs des deux médecines ont été demandés pour renforcer cette collaboration.

h. Les enjeux de la santé dans la Commune de Dioumaténé

Il avait été demandé aux informateurs-clés de citer les deux plus grands problèmes sur lesquels travailler pour améliorer la santé dans la Commune de Dioumaténé.

Ces problèmes ont été ensuite regroupés par catégories. Pendant l'atelier de restitution, la catégorisation a été validé et les priorités définies avec les acteurs locaux de la façon suivante :

(i) Le renforcement des infrastructures : il concernait la clôture du CSCom et la réalisation d'une nouvelle maternité, car l'ancienne ne répondait plus aux normes.



(ii) Le renforcement des capacités des acteurs et la mobilisation des ressources ; notamment : l'ASaCo, les tradithérapeutes, les groupements féminins, le CSCOM, les jeunes, la Mutuelle et autres.

(iii) L'amélioration de la qualité des soins et la lutte contre les maladies : référence était faite à la quantité et qualité du personnel, à l'amélioration de l'équipement, à la disponibilité et à la bonne utilisation de médicaments essentiels de qualité. Les problèmes prioritaires auxquels s'attaquer concernaient :

- La réduction de la mortalité maternelle et néonatale et l'amélioration des revenus des femmes⁽³⁾ ;
- La lutte contre le paludisme.

Aussi à Dioumaténé, il a été souligné l'importance d'un thème jugé transversal :

(iv) La communication : elle devrait être axée autour de l'animation du partenariat entre les acteurs locaux de la santé dans l'espace communal et de la participation communautaire aux actions curatives, préventives et promotionnelles de santé.

7.5.3. Commune de Zégoua

a. Fonctionnement des Institutions et Organisations

Le fonctionnement du Conseil Communal paraissait régulier. Cependant, le manque de maîtrise des textes constituait le principal problème. Quant aux organisations à la base, le fonctionnement était suffisant pour certaines et timide pour d'autres. Ceci résultait surtout de l'inadaptation des règlements intérieurs aux réalités socio-économiques locales. Certaines organisations, notamment les jeunes, non seulement n'étaient pas endogènes, mais ils n'avaient pas bénéficié d'un accompagnement adéquat.

(3). Pendant la première phase de la recherche-action, plusieurs réflexions et quelques actions ciblées avaient été menées avec les groupements des femmes de Dioumaténé. Elles ont commencé à s'organiser et à mettre en place des caisses de solidarité pour la prise en charge des soins de santé. Il avait été aussi réalisé un atelier d'information et organisation des accoucheuses traditionnelles au tour du système de prise en charge des urgences obstétricales, avec un module sur les difficultés à l'accouchement liées à la pratique l'excision.



b. Procédures de collaboration

Les relations de collaboration entre les acteurs locaux au niveau de la Commune de Zégoua étaient assez dynamiques. Les principales procédures de collaboration reposaient souvent sur des invitations écrites et diffusées sur les radios de proximité.

Cependant, la dynamique partenariale aurait pu être encore meilleure si les acteurs avaient produit et échangé davantage des documents de travail. La collaboration avec le Conseil de Cercle et avec d'autres collectivités territoriales semblait cependant encore timide.

c. Mobilisation des ressources

Le taux de mobilisation des ressources propres de la Commune de Zégoua, qui était d'environ 70%, bien que relativement acceptable, semblait ne pas satisfaire les acteurs locaux. Ceci était dû au manque à gagner provoqué par la crise ivoirienne, depuis 2002, sur les ressources additionnelles liées aux services transfrontaliers.

A souligner que certaines associations de ressortissants participaient au financement d'activités de développement local.

Le tableau suivant montre la part des ressources propres dans le budget communal, ainsi que le taux de recouvrement de ces ressources pour les années de 2003 à 2005.

Tableau n° 9 : Commune de Zégoua. Mobilisation des ressources propres

Années	Ressources propres mobilisées	Pourcentage sur le budget réalisé	Taux de recouvrement
2003	28 432 391	100,00%	73,5%
2004	28 276 767	100,00%	69,2%
2005	39 141 323	76,64%	71,2%

Source : Commune de Zégoua – Secrétariat général, janvier 2007 (notre élaboration)

En 2003 et 2004, le budget réalisé a été basé à 100% sur les ressources internes. La mobilisation des ressources externes a été donc nulle pendant ces deux années. En 2005, l'apport des ressources internes au budget communal a été de 76,64%. Le taux de recouvrement des impôts et taxes a été toujours proche de 70%. Le tableau suivant présente la part des dépenses pour la santé et l'éducation (fonctionnement et investissement) sur le budget réalisé.



Tableau n° 10 : Commune de Zégoua. Dépenses pour la santé et l'éducation

Années	Santé	%	Education	%
2003	300 000	1,06%	1 392 500	4,90%
2004	390 000	1,38%	880 000	3,11%
2005	14 358 913	28,12%	2 135 002	4,18%

Source : Commune de Zégoua – Secrétariat général, janvier 2007 (notre élaboration)

En 2003 et 2004, la part de la santé dans le budget réalisé a été légèrement supérieure à 1% ; tandis en 2005 elle a été de plus de 28%, grâce à l'investissement relatif à la construction d'une nouvelle maternité à Zégoua. Les dépenses pour l'éducation ont oscillé entre un peu plus de 3% en 2004 et un peu moins de 5% en 2003.

d. Evolution du partenariat dans l'espace communal

L'appréciation de l'évolution du partenariat entre les différents acteurs locaux dans l'espace communal était généralement positive, grâce aux activités d'animation qu'avaient été menées au niveau local. Cependant, il y avait une indéniable lourdeur avec certains partenaires et les engagements pris n'ont pas été toujours respectés.

e. Le système de référence/évacuation des urgences obstétricales

L'appréciation du système de référence/évacuation des urgences obstétricales en place était généralement positive. Cependant, des difficultés ont été soulignées et beaucoup de suggestions ont été faites pour son amélioration. Elles ne sont pas toujours conformes à la politique sectorielle en vigueur. D'autres, notamment la prise en charge du prix de transport, étaient en train de trouver une solution adéquate dans les réflexions en cours au niveau national. Il en ressortait, en tous cas, un déficit d'information des différents acteurs concernés, qui devrait être comblé.

f. Les maladies les plus citées

Le tableau suivant mentionne les six maladies les plus citées par les informateurs-clés dans la Commune de Zégoua.

**Tableau n° 11 : Commune de Zégoua. Les maladies courantes**

Description	Effectif	Fréquence
1. Paludisme	29	96,67%
2. Affections respiratoires	16	53,33%
3. Affections diarrhéiques	14	46,67%
4. Gastrites et ulcères gastroduodénaux	8	26,67%
5. <i>Koko</i> (hémorroïdes)	6	20,00%
6. Maladies sexuellement transmissibles	6	20,00%

Il est à noter que 96,67% des personnes interviewées ont cité le paludisme. Suivaient les affections respiratoires, les affections diarrhéiques et les affections gastriques. Ces données ont été confirmées par le SLIS. A noter, en cinquième et en sixième position les maladies sexuellement transmissibles, de même que le *koko*, nosologie traditionnelle couramment traduite par hémorroïdes.

g. Collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne

La collaboration entre les deux médecines dans la Commune de Zégoua était une réalité. Elle s'est concrétisée au tour de l'organisation de rencontres d'échange et de tournées de sensibilisation. Les axes du renforcement souhaité de cette collaboration concernaient l'institutionnalisation d'un cadre de concertation, la formation des acteurs des deux systèmes de santé sur les maladies prioritaires et la référence réciproque des malades.

h. Les enjeux de la santé dans la Commune de Zégoua

Il avait été demandé aux informateurs-clés de citer les deux plus grands problèmes sur lesquels travailler pour améliorer la santé dans la Commune de Zégoua. Pendant l'atelier de restitution, la catégorisation a été validé et les priorités définies avec les acteurs locaux de la façon suivante :

(i) L'amélioration de la qualité des soins et la lutte contre les maladies : Référence était faite à la quantité et à la qualité du personnel, à l'amélioration de l'équipement, à la dispo-



nibilité et à la bonne utilisation des médicaments essentiels de qualité et au rapprochement du PMA aux populations, par la mise en œuvre du CSCOM Polycentrique de Zégoua⁽⁴⁾.

(ii) La mobilisation et la disponibilité des ressources pour la santé : L'accent a été mis sur la participation communautaire et sur l'augmentation des revenus des femmes. Les problèmes prioritaires auxquels s'attaquer concernaient :

- La lutte contre le paludisme,
- La réduction de la mortalité maternelle et néonatale ;
- L'amélioration de l'état de nutrition des femmes et des enfants⁽⁵⁾.

A Zégoua aussi il a été souligné l'importance d'un thème jugé transversal :

(iii) La communication : Elle devrait être axée autour du renforcement du partenariat entre acteurs locaux de la santé dans l'espace communal et de la participation communautaire aux actions curatives et préventives de santé.

7.6. Thèmes transversaux, approches méthodologiques et outils

Nous avons donc pu constater que, dans toutes les communes, l'importance d'un thème transversal, concernant la communication, a été mise en exergue par tous les acteurs locaux. Les actions dans ce domaine devraient s'articuler autour de l'animation de l'espace communal, le renforcement du leadership communal, la consolidation du partenariat entre les acteurs locaux de la santé, le pouvoir de décision des femmes et la participation communautaire aux actions curatives et préventives de santé. Il s'agirait d'accompagner ainsi toutes les actions menées par des activités de communication ciblées.

(4). Dans les villages de Katélé et Fanidiama, des bâtiments avaient été construits par la Mairie selon le plan type des CSCOM, hors carte sanitaire. Leur valorisation a été au centre de la première phase de la recherche-action. L'idée qui a été développée était de garder l'unité de l'Aire de Santé et de l'ASaCo, tout en rapprochant les soins de santé à la population et valorisant les investissements consentis par la Mairie. Il s'agissait, en effet, de permettre aux deux centres de soins de Fanidiama et de Katélé d'assurer le Paquet Minimum d'Activités préventives et curatives, avec une gestion unitaire et solidaire par une seule ASaCo dans une seule aire de santé dans l'espace communal, dans le cadre d'un CSCOM Polycentrique. Les Centres de Soins de Fanidiama et de Katélé ont été ouverts, en présence des autorités administratives et sanitaires, respectivement le 15 et le 22 janvier 2007.

(5) Pendant la première phase de la recherche-action, il avait été réalisé un atelier d'information et organisation des accoucheuses traditionnelles sur le système de prise en charge des urgences obstétricales, avec un module sur les difficultés à l'accouchement liées à la pratique l'excision, ainsi qu'une tournée de sensibilisation dans les villages. Une des premières causes de mortalité maternelle à Zégoua était liée à l'anémie sévère.



Il faut souligner que les différentes actions devraient être conduites selon la méthodologie et les approches identifiées et mises au point pendant la première phase de la recherche-action. Ces approches participatives avaient été appréciées par les acteurs locaux qui s'en étaient appropriés. Il s'agissait de la méthodologie de la recherche-action, des principes d'échange dynamique et de communication interculturelle, de l'attention aux spécificités du genre et à la valorisation des savoirs locaux, notamment du rôle des acteurs de la médecine traditionnelle dans les espaces communaux.

Par ailleurs, déjà pendant la première phase de la recherche-action, il était apparu évident qu'un Système Local d'Information Sanitaire et Sociale performant et adapté au contexte de la décentralisation, prenant en compte les activités de la médecine traditionnelle, était un outil indispensable aux autorités locales pour la prise en temps opportun de décisions pertinentes. La nécessité de la construction et l'expérimentation de ce système avait été confirmée par les acteurs de la santé aux différents niveaux pendant cette phase intermédiaire.

D'autres outils indispensables étaient les micro-plans locaux de développement sanitaire : déjà pendant la première phase nous avons expérimenté leur élaboration, mise en œuvre et évaluation avec les acteurs locaux. Pendant la deuxième phase il faudrait renforcer davantage les capacités des acteurs locaux dans ce domaine, pour qu'ils puissent s'en approprier.

7.7. L'hypothèse et les questions de recherche

a. L'hypothèse de recherche

Nous nous permettons de rappeler ici l'hypothèse de recherche telle qu'elle avait été définie au début de la première phase de la recherche-action :

"Le transfert réel des compétences et des ressources aux collectivités territoriales peut permettre la décentralisation véritable du système de santé communautaire, l'utilisation optimale de toutes les ressources disponibles au niveau local et la participation effective des populations aux choix concernant leur propre santé, avec de retombées importantes sur l'équité, l'accessibilité et l'efficacité du système de santé."

Nous pensons que cette hypothèse était encore d'actualité et nous considérons qu'elle devrait rester au centre des réflexions et des actions de la deuxième phase. En effet, nous avons déjà commencé à confirmer que la décentralisation effective des compétences et des ressources, accompagnée par une animation de proximité et de qualité de l'espace communal, pouvait permettre un dialogue réel entre les acteurs locaux sur les problèmes



prioritaires de santé et parvenir à des prises de décision mieux concertées et plus pertinentes. Le résultat escompté était toujours une meilleure utilisation de toutes les ressources disponibles et une appropriation accrue par les populations des instruments de la participation communautaire. La mesure des retombées de cette démarche sur l'équité, l'accessibilité et l'efficacité du système de santé devrait être possible pendant la deuxième phase, si un Système Local d'Information Sanitaire performant et adapté à l'environnement de la décentralisation administrative et sanitaire sera disponible.

b. Les questions de recherche

Nous avons synthétisé, pour une présentation plus concise et efficace, les questions de recherche telles qu'elles avaient été définies au début de la première phase en quatre questions principales. A ces questions, nous pensions avoir commencé à donner des éléments de réponse, même si partiels, pendant la première phase, qui ont été confirmés pendant la phase intermédiaire. La deuxième phase devrait nous permettre de compléter les réponses, de confirmer de façon définitive l'hypothèse de recherche et de valider le modèle de santé communale proposé.

- *Le transfert des compétences et des ressources aux collectivités territoriales peut-il constituer une occasion pour la décentralisation effective de la programmation de la santé communautaire, impliquant tous les acteurs dans l'espace communal ?*

Les exercices de micro-planification concertée, de mise en œuvre participative et d'évaluation assistée des actions soutenant la dynamique partenariale autour de la santé, que nous avons menés dans les différents espaces communaux, ont démontré que la décentralisation effective de la programmation de la santé communautaire était possible et utile. Effectivement, les nouveaux PDSEC des communes concernées prenaient en compte la majorité des actions envisagées dans les concertations communales entre les acteurs locaux, organisées à la fin de la première phase de la RA. Cependant, le transfert effectif des ressources qui devraient accompagner les compétences était *conditio sine qua non* pour l'efficacité recherchée.

- *Des interactions entre collectivités territoriales, services techniques déconcentrés, ASaCo et acteurs de la médecine traditionnelle peuvent-elles catalyser une participation communautaire réelle aux choix de santé communautaire au niveau local ?*

Nous pensions que, dans le domaine très sensible de la participation communautaire, il n'existait ni d'actions immédiatement modélisables ni de résultats automatiquement escomptés. Les expériences que nous avons réalisées ont démontré, à notre avis, que la création d'un cadre de concertation animé autour de la Mairie entre tous les acteurs lo-



caux de la santé, y compris les tradithérapeutes, mais aussi les groupements féminins et autres groupes sociaux organisés, pouvait permettre aux populations de mieux participer aux analyses et aux prises de décision, ainsi qu'à la programmation, la mise en œuvre et l'évaluation des activités de santé. Cependant, la transparence et la rigueur dans la gestion et l'amélioration de la communication dans l'espace communal s'étaient avérées indispensables pour la durabilité des résultats atteints.

• *Des synergies entre collectivités territoriales, services techniques déconcentrés, ASaCo et acteurs de la médecine traditionnelle peuvent-elles participer à une meilleure perception et utilisation de la médecine traditionnelle dans l'espace communal et à la lutte contre les faux thérapeutes?*

Nous travaillions depuis 2001 à la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle à Kadiolo, ce qui a permis la structuration des associations des tradithérapeutes dans toutes les communes du Cercle. La première phase de la RA nous avait permis de renforcer cette dynamique associative des tradithérapeutes dans les communes concernées et de créer des cadres de concertations communales sur la santé aux quels les tradithérapeutes ont participé. Plusieurs concertations entre les acteurs de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne ont été organisées. La campagne de communication autour du CSCom Central de Kadiolo avait permis de marginaliser la présence des tradithérapeutes ambulants sur les radios de proximité. La phase transitoire nous avait permis de relever que l'appréciation positive du rôle des acteurs de la médecine traditionnelle était partagée par les acteurs sociaux et les autorités communales et par les équipes socio-sanitaires. Cependant, plus de rencontres de concertation et d'échange entre les acteurs des deux médecines ont été demandés pour renforcer cette collaboration, ainsi que la définition concertée de thèmes spécifiques de collaboration.

• *Un Système Local d'Information Sanitaire, prenant en compte les ressources des deux médecines, peut-il contribuer à l'amélioration de la programmation sanitaire et au renforcement des prises de décisions au niveau communal ?*

La collecte et l'analyse des données du SLIS transmises par les CSCom et centralisées au niveau du CSRéf nous avaient permis d'identifier plusieurs lacunes et difficultés, qu'il était indispensable résoudre, si la programmation, la mise en œuvre et l'évaluation des activités de santé devaient être basées sur des données certes et fiables. Nous avons constaté que le système d'information en vigueur ne prévoyait pas des canaux de communication des données vers les collectivités territoriales. Entre autres, les données, dans leur la présentation habituelle, n'étaient pas facilement lisibles par les acteurs locaux. Nous pensons



que c'était au niveau des communes qu'il aurait dû exister un premier niveau d'analyse des données, pour assurer la disponibilité en temps opportun de certains indicateurs clairs avec des niveaux d'alerte permettant une réaction rapide et une prise de décision pertinente face à des situations critiques. C'est au même niveau qu'il fallait aussi commencer à intégrer au moins certaines données concernant les activités de médecine traditionnelle. Les autorités communales avaient compris qu'il s'agissait d'une lacune qu'il fallait commencer à combler. En outre, nous étions convaincus que la collecte, l'analyse et la transmission plus efficaces et efficaces de données au niveau local pourraient avoir aussi une retombée positive sur la qualité de l'ensemble du système d'information sanitaire au niveau régional et national.

7.8. Les perspectives pour la deuxième phase de la RA

Tous les acteurs locaux rencontrés pendant cette phase intermédiaire avaient souligné l'importance du travail réalisé pendant la première phase de la recherche-action. Ils étaient tous d'accord sur l'opportunité d'une deuxième phase, permettant de consolider, de diffuser et de capitaliser les résultats atteints et les enseignements tirés.

La phase intermédiaire avait permis de mieux préparer cette deuxième phase, en définissant les enjeux majeurs sur lesquels construire le partenariat avec les collectivités territoriales et les communautés. Il s'agissait de :

- L'amélioration de la qualité des soins et la lutte contre la maladie ;
- Le renforcement des infrastructures sanitaires ;
- La disponibilité et la mobilisation des ressources ;
- Le renforcement des capacités des acteurs locaux.

Il devrait être possible de construire, autour de ces enjeux, non seulement la deuxième phase de la RA, mais aussi des synergies utiles avec d'autres projets et programmes opérant dans les espaces communaux, à commencer par le PSDS.

Le thème transversal concernant la communication, qui avait été mise en exergue pendant la phase transitoire, permettrait d'animer davantage le partenariat entre les acteurs de la santé dans les espaces communaux et d'accompagner toutes les autres actions menées, tout en garantissant une participation accrue des communautés locales aux activités curatives, préventives et promotionnelles de santé.



Les choix des actions concrètes à mener, concernant entre autres la lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, le paludisme et la malnutrition, nous semblaient pertinents et réalistes, par rapport aux priorités exprimées au niveau local et aux données épidémiologiques. Elles permettraient, entre autres, de valoriser et de capitaliser les expériences déjà menées et d'ouvrir de nouvelles pistes d'actions novatrices et efficaces.

Par exemple, le travail sur la réduction de la mortalité maternelle et néonatale permettrait non seulement de donner continuité aux actions entreprises avec les ateliers d'information et d'organisation des accoucheuses traditionnelles dans certaines aires de santé, mais aussi de participer à l'amélioration de tout le système de référence et évacuation des urgences obstétricales, avec l'implication des collectivités territoriales. En effet, il s'agissait d'un thème permettant d'aborder les relations entre le niveau communal et le niveau cercle de la décentralisation administrative et sanitaire sur un problème prioritaire dont l'importance et l'urgence étaient partagées par tous. Ces actions cadreraient aussi avec les priorités nationales, exprimées dans le PRODESS II et dans le CSLP II, et avec les engagements internationaux du Mali, concernant notamment les ODM.

Le travail sur l'adaptation du SLIS à l'environnement de la décentralisation et l'expérimentation de son informatisation, compatible avec le logiciel DESAN utilisé au niveau national, étaient pour nous des actions capitales, autour desquelles nous espérions pouvoir concentrer les efforts pendant la deuxième phase de la recherche-action. Il en était de même pour l'élaboration et la mise en œuvre décentralisée et participative de micro-plans de développement sanitaire des communes.

7.9. Quelques réflexions au tour de la phase intermédiaire de la RA

Nous avons déjà souligné l'importance des approches méthodologiques identifiées et mises au point pendant la première phase de la recherche-action, qu'il fallait continuer à utiliser, tout en les affinant davantage, pendant la deuxième phase. Ces approches participatives ont été appréciées par les acteurs locaux. Il s'agissait, *repetita juvant*, de la méthodologie de la recherche-action, des principes d'échange dynamique et de communication interculturelle, de l'attention aux spécificités du genre et à la valorisation des savoirs locaux, notamment du rôle des acteurs de la médecine traditionnelle dans les communautés villageoises.

La phase transitoire avait été conduite avec le même esprit : à savoir, la participation effective des acteurs aux décisions concernant leur propre santé. Le choix des informateurs-clés avait été très judicieux, en impliquant tous les groupes actifs des espaces communaux.



Les réflexions avec le groupe de coordination de la recherche-action, qui avait été d'ailleurs élargi par rapport à la première phase, nous avaient permis d'approfondir et d'accroître la dynamique partenariale autour des collectivités territoriales. Des espaces d'espoirs, d'efficacité et de participation avaient été ouverts parmi les acteurs locaux de la santé. Nous pensions qu'il ne fallait surtout pas les décevoir.

Les résultats obtenus attestaient de la pertinence de la méthodologie utilisée. La phase intermédiaire a eu ainsi le mérite de mieux identifier et prioriser les enjeux de développement de la santé dans les trois communes et de définir les pistes prioritaires d'action.

Il était pour nous incontestable que des actions allant dans le sens de l'opérationnalisation de ces pistes auraient pu contribuer non seulement au développement sanitaire de nos trois communes, mais aussi à l'appropriation des actions de santé par les acteurs locaux. Ce qui aurait amené à une meilleure maîtrise locale des concepts et des outils de la décentralisation administrative et de la participation communautaire.

La réalisation d'expériences pertinentes au niveau communal permettrait de continuer à participer au dialogue des politiques concernant la décentralisation, la santé communautaire et la médecine traditionnelle au niveau régional et national. L'objectif était toujours de participer non seulement à la consolidation des acquis de la décentralisation socio-sanitaire et administrative, mais aussi à la définition d'un système de santé communautaire plus efficient, efficace, accessible et équitable.

A la fin de la phase intermédiaire, nous étions donc confiants sur le démarrage rapide de la II phase...





Photo n° 1 : Atelier de lancement de la RA - Les participants, Kadiolo, mai 2005



Photo n° 2 : Atelier de lancement de la RA - Le présidium, Kadiolo, mai 2005



Photo n° 3 : Le Chef de Village de Lofigué, juillet 2005.



Photo n° 4 : Atelier de concertation à Dioumaténé, août 2005



Photo n° 5 : Célébration de la Journée Africaine de Médecine Traditionnelle à Kadiolo, 31 août 2005



Photo n° 6 : Atelier de concertation à Lofigué, octobre 2005



Photo n° 7 : Femmes en attente au Centre de Santé Communautaire de Kadiolo Central, novembre 2005



Photo n° 8 : La Présidente d'*Aidemet* Ong avec le Médecin Chef de Kadiolo à Dioumaténé, novembre 2005



**Photo n° 9 : Atelier d'information et d'organisation des accoucheuses traditionnelles,
Photo de groupe, Dioumaténé, novembre 2005**



**Photo n° 10 :
Accoucheuse traditionnelle en formation,
Zégoua, novembre 2005**



Photo n° 11 :
Le Président de l'ASaCo de Kadiolo Central,
Décembre 2005



Photo n° 12 : Campagne de communication sur les radios de proximité, Kadiolo 2006

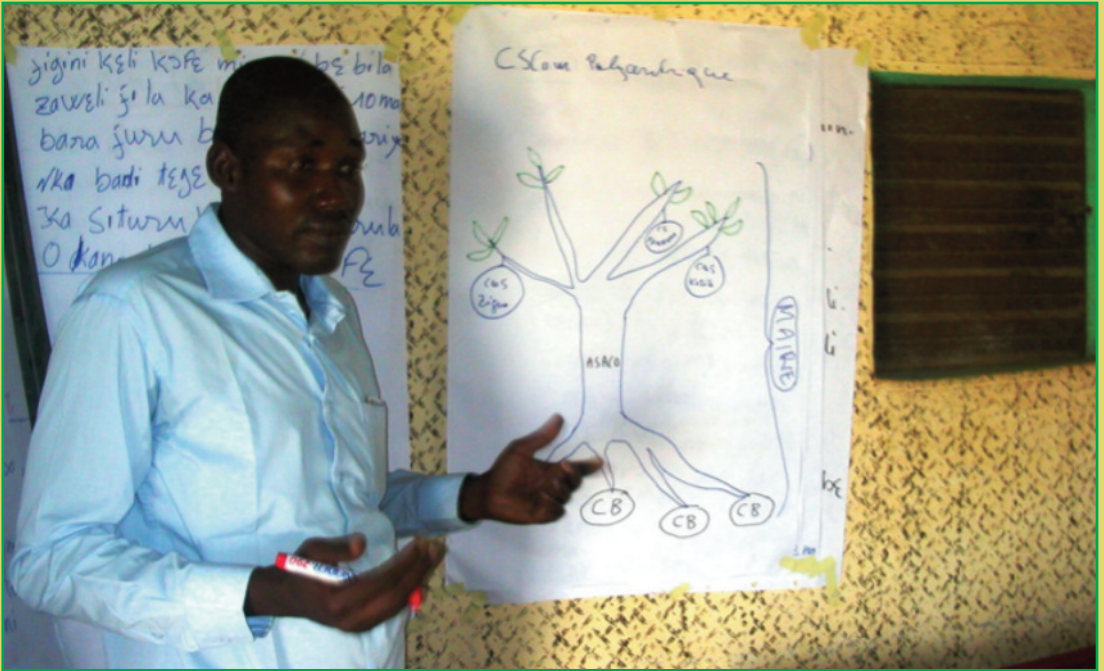


Photo n° 13 : Le CPM de Zégoa explique le fonctionnement du CSCOM Polycentrique, novembre 2007



Photo n° 14 : Concertation avec le PSDS à Zégoa pour le financement du PO Santé, mai 2008



Photo n° 15 : Le Maire de la Commune d Zégoua, mai 2008

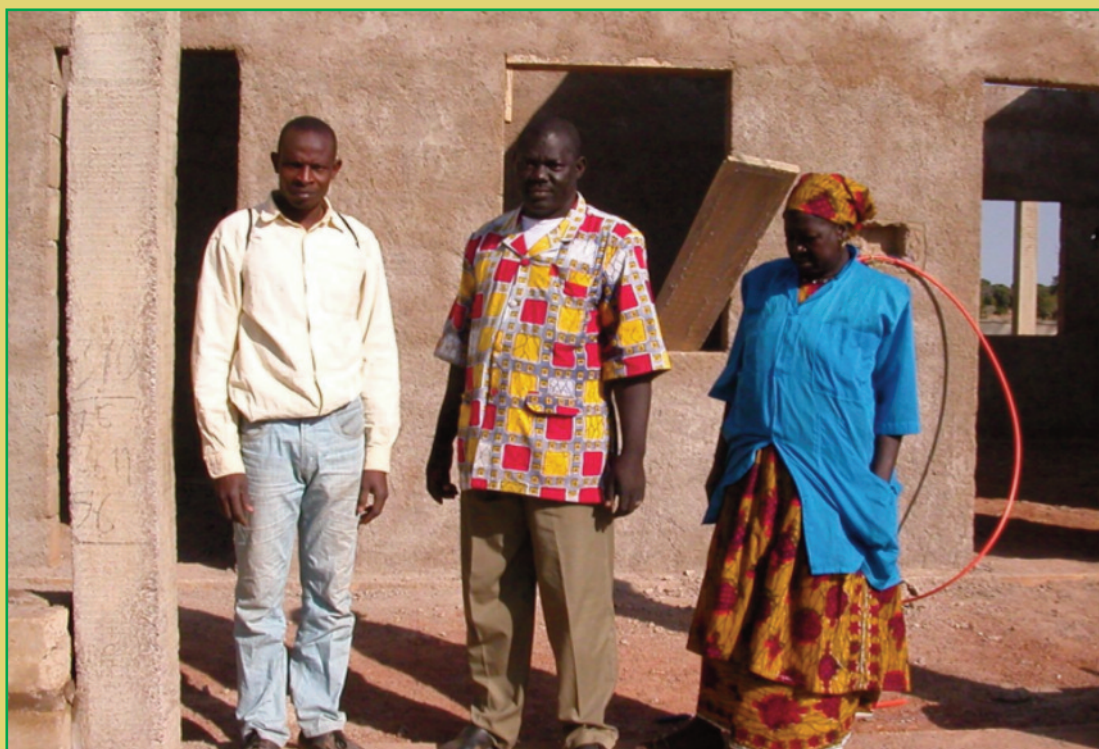


Photo n° 16 : Le CPM, la matrone et l'entrepreneur devant la nouvelle maternité de Dioumaténé en construction, décembre 2009



8. LA II PHASE DE LA RECHERCHE-ACTION (07-2007/12-2008)

Nous avons déposé le rapport final de la phase intermédiaire au Bureau de la Coopération Suisse en février 2007 [58]... Les activités de la deuxième phase n'ont pu effectivement démarrer qu'en juillet 2007. Les négociations avec le Bureau de la Coopération Suisse nous ont amené à réduire davantage les activités à mener : certaines actions, notamment l'accompagnement de la mise en œuvre de CSCoM Polycentrique de Zégoua n'ont pas été validées. D'autres actions ont été redimensionnées. Mais nous pensions quand même d'avoir réussi à garder l'essentiel.

Cependant, nous avons regretté beaucoup que le principe des fonds souples, qui s'était révélé très utile pendant la première phase de la recherche-action, n'ait pas été retenu pour la deuxième phase. Nous nous sommes accordés sur le principe que des actions pertinentes dans les différents domaines de la santé, identifiées par la recherche-action et insérées dans les Plans d'Opérations des communes, auraient été prises en charge par le PSDS.

A cet égard, nous avons affirmé que les procédures et les responsabilités pour la prise de décision, ainsi que le timing de cette prise en charge auraient dû être mieux définis, pour éviter des incompréhensions, des retards ou de blocages pouvant affecter les dynamiques locales... Malheureusement, l'expérience nous a montré que nous n'avions pas du tout tort...

L'appui à la recherche-action devait rentrer dans la nouvelle stratégie d'intervention de la Coopération Suisse au Mali, centrée sur l'appui à la décentralisation administrative et à la valorisation des savoirs locaux. Dans ce contexte, la décision avait été prise de faire passer les financements suisses d'appui de la santé de la Région de Sikasso par les collectivités décentralisées. A l'époque, aux autres bailleurs des fonds engagés dans la promotion de l'appui budgétaire, les responsables suisses avaient l'habitude de répondre qu'eux étaient engagés dans l'appui budgétaire aux collectivités décentralisées...

En tous cas, il était évident pour nous que les réflexions, la mise en œuvre et l'évaluation des actions identifiées auraient dû être en cohérence avec les objectifs du nouveau PSDS de la Coopération Suisse. Pour ce faire, la pleine participation des responsables dudit programme aux cadres de concertation de la recherche-action, qui avaient la tâche de définir les plans opérationnels de nos trois communes, était indispensable.

Cependant, nous avons des difficultés à comprendre le fait que les responsables des programmes suisses d'appui à la santé, à Sikasso et à Bamako, aient toujours tenu à garder la dernière décision sur les actions à financer, même si la réalisation de ces actions avait été



décidée par les acteurs locaux et validée par les collectivités territoriales lors d'ateliers auxquels eux mêmes avaient participé.

Le mandat pour la réalisation de la II phase de la recherche-action a été confié par le Bureau de la Coopération Suisse de Bamako à *Aidemet Ong* le 18 juin 2007 [59]. Un avenant au dit mandat a été signé le 09 juin 2008. Cet avenant a permis de prolonger le mandat, sans incidence financière, jusqu'au 31 décembre 2008.

8.1. Les activités de terrain de la II phase de la recherche-action

8.1.1. La programmation communale participative

Pendant l'atelier de lancement de la II phase de la recherche-action, qui s'est déroulé à Kadiolo le 14 août 2007, il a été expliqué par le PSDS que l'appui du Bureau de la Coopération Suisse aux Communes en matière de santé devrait passer dorénavant par le financement des Plans d'Opérations des Collectivités Territoriales. Pour ce faire, il a été demandé aux Communes d'élaborer et d'adopter des Plans d'Opérations Santé à soumettre au PSDS pour financement [60]. L'équipe d'animation de la recherche-action a donc assuré l'accompagnement des acteurs locaux de la santé dans ce travail de programmation participative. Les Plans d'Opérations Santé, ainsi élaborés, ont été pris en compte dans la Programmation Communale. Les ressources financières y afférentes ont été mentionnées dans les Budgets Primitifs des Communes, élaborés et adoptés avant le 31 octobre 2007 et ensuite validés par les autorités de tutelle. Pour la mobilisation effective des fonds du PSDS, des ateliers communaux de consolidation des partenariats étaient prévus pour le mois de février 2012 mais ont été réalisés en mai 2012.

Les Plans d'Opérations Santé des Communes ont été axés sur les priorités identifiées par les acteurs locaux de la santé pendant les phases précédentes de la recherche-action. Leur élaboration a été réalisée à l'intérieur des groupes communaux de réflexion, avec le leadership des autorités communales et la participation de tous les acteurs locaux de la santé.

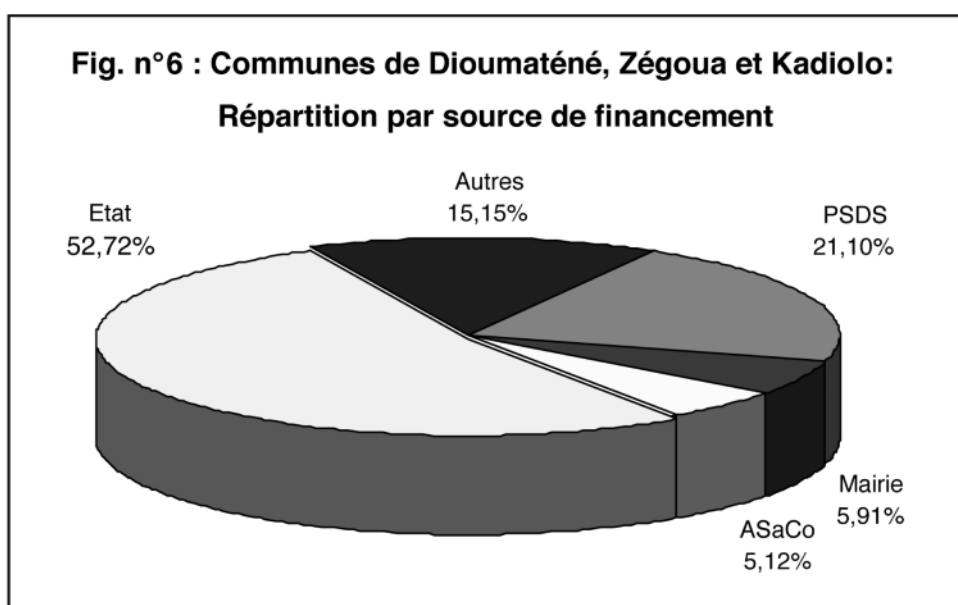
8.1.2. Les Plans d'Opérations Santé 2008 des Communes

Les actions prioritaires ainsi identifiées ont été intégrées dans les Budgets Primitifs des Communes, qui ont été élaborés et adoptés avant le 31 octobre 2007 [17]. Dans le tableau n°11 nous mentionnons les montants des PO Communales Santé 2008 ; ils concernent l'appui demandé au PSDS pour les investissements et les activités. Les barèmes utilisés pour les prévisions budgétaires sont ceux de la Loi des Finances.

**Tableau n° 12 : Budget des Plans d'Opération Santé 2008 par Commune**

Commune	Montant en F CFA
Dioumaténé	22 987 050
Kadiolo	10 860 000
Zégoua	13 380 000
Total Général	47 227 050

Dans la figure n° 6, nous montrons la répartition des Budgets 2008 Santé des communes, par source de financement :



Nous présentons dans les paragraphes suivant les grandes lignes des Plans d'Opérations Santé 2008 des différentes Communes.

8.1.2.1. Commune de Dioumaténé.

La Mairie et les acteurs locaux de la santé de la Commune de Dioumaténé avaient décidé de concentrer pendant l'année 2008 les efforts sur la promotion de la maternité à faible



risque. L'investissement le plus important concernait la construction et l'équipement d'une nouvelle maternité correspondant aux normes. Les autres activités prévues concernaient le suivi des accoucheuses traditionnelles, la facilitation du dialogue entre les hommes et les femmes et le renforcement de la stratégie avancée. Pour la mise en œuvre de ce plan, dont le montant global s'élevait à 36.906.870 F CFA, la Mairie avait pu mobiliser sur fonds propres 891.600 F CFA (2,42%) et, à travers l'ANICT, 11.159.620 F CFA (30,24%). L'ASaCo participait avec 1.868.600 (5,06%). Le soutien demandé au PSDS était de 22.978.050 F CFA (62,28%) dont 21.842.250 F CFA pour les investissements et 1.144.800 F CFA pour le soutien aux activités.

8.1.2.2. Commune de Kadiolo.

La Maire et les acteurs locaux de la Santé de Kadiolo avaient décidé de concentrer les efforts pendant l'année 2008 sur la lutte contre le paludisme et sur la promotion de la maternité à faible risque, y comprise la lutte contre les MGF. En ce qui concerne le paludisme, l'accent a été mis sur l'implication des thérapeutes traditionnels et sur l'assainissement de la ville. Pour la promotion de la maternité à faible risque, il s'agissait surtout de renforcer l'équipement et la logistique des CSCom et d'impliquer les accoucheuses traditionnelles. Une attention particulière a été portée à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un plan de communication sur les radios de proximité. Le montant global du Plan d'Opérations Santé 2008 de la Commune de Kadiolo s'élevait à 90.705.177 F CFA, dont 76.077.497 F CFA pour l'Aire de Santé de Kadiolo Central et 14.627.680 F CFA pour l'Aire de Santé de Lofigué. La Mairie avait pu mobiliser sur fonds propres 3.263.347 F CFA (3,60%). La contribution de l'Etat avait été estimée à 72.314.000 F CFA (79,72%) : il s'agissait de la construction des locaux pour le CSCom Central, financé par l'ANICT, et de la fourniture de moustiquaires imprégnées et de médicaments anti-paludiques pour les groupes à risque avec l'appui du PNLP. Les ASaCo s'étaient engagées à contribuer avec 3.034.330 F CFA (3,35%) et les Radios de Proximité avec une valorisation estimée à 1.233.500 F CFA (1,36%). La contribution demandée au PSDS était de 10.860.000 F CFA, égal à 11,97% du budget total du Plan d'Opérations.

8.1.2.3. Commune de Zégoua.

La Maire et les acteurs locaux de la Santé de la Commune de Zégoua ont décidé de travailler sur tous les axes prioritaires identifiés pendant les phases précédentes de la recherche-action. Il est à souligner que les activités présentées au PSDS pour financement ont été extraites d'un Plan d'Opérations Communal concernant tous les intervenants. Pour la lutte contre le paludisme, il s'agissait de réaliser une enquête épidémiologique partici-



pative et d'impliquer les acteurs de la médecine traditionnelle. Pour la promotion de la maternité à faible risque, l'accent a été mis sur le renforcement de l'équipement et de la logistique, avec une attention particulière aux spécificités du genre et à l'implication des accoucheuses traditionnelles dans la détection et la référence des cas à risque. L'intégration de la lutte contre les MGF dans la promotion de la maternité à faible risque a été aussi programmée. La nécessité d'élaborer et mettre en œuvre un plan de communication sur les radios de proximité a été mise en évidence pour les deux axes que nous venons de citer. Il s'agissait aussi de commencer la réflexion avec les acteurs locaux de l'espace communal sur la promotion de la santé scolaire et sur l'adaptation du Système Local d'Information Sanitaire et Sociale au contexte de la décentralisation. Le montant global du Plan d'Opérations Santé 2008 de la Commune de Zégoua s'élevait à 96.177.011 F CFA F CFA. La contribution de la Mairie a été estimée à 9.076.721 F CFA (9,44%). L'ASaCo devait participer avec 6.556.165 F CFA (6,82%). La contribution de l'Etat s'élevait à 34.499.280 F CFA (35,87%) : il s'agissait de l'apport de l'ANICT, du salaire d'une partie du personnel et de la fourniture de moustiquaires imprégnées et de médicaments anti-paludiques pour les groupes à risque par le PNLP. Une contribution importante devait être apportée par d'autres partenaires : il s'agit, entre autres, de la BAD, du PCSM 2 de la Coopération Française à travers *Aidemet* Ong et de l'USAID à travers l'Ong ADAC, intervenant dans la lutte contre les MGF ; le montant de ces interventions s'élevait à 32.644.845 F CFA (33,96%). Le montant demandé au PSDS était de 13.380.000 F CFA, égal à 13,91% du budget total du Plan d'Opérations.

8.1.3. Les ateliers communaux de concertation et de négociation

Les Plans d'Opérations Santé des Communes ont été discutés et validés comme base d'un nouveau partenariat entre les Communes et le PSDS au cours d'une série d'ateliers de concertation, de négociation et de consolidation des partenariats qui s'est déroulée à Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua du 06 au 08 mai 2008 [61]. Chaque commune a ainsi choisi les actions à mener en fonction de son propre niveau de réflexion et d'organisation et ses propres capacités de programmation et d'exécution, avec l'accord des responsables du PSDS :

a. La Commune de Dioumaténé a décidé de concentrer son partenariat avec le PSDS sur la promotion de la maternité à faible risque par la construction et l'équipement d'une nouvelle maternité correspondant aux normes et par la promotion de la participation des communautés autour de la santé maternelle et infantile, tout en améliorant la communication entre les hommes et les femmes et en assurant le suivi des accoucheuses traditionnelles et le renforcement de la stratégie avancée.



b. La Commune de Kadiolo a programmé, sur les fonds PSDS, des actions concernant la lutte contre le paludisme et la promotion de la maternité à faible risque dans ses deux aires de santé, Kadiolo Central et Lofigué. L'accent a été mis sur l'amélioration des conditions de travail et sur le renforcement du plateau technique du CSCom, mais aussi sur l'implication des radios de proximité et des acteurs de la médecine traditionnelle. A noter, en particulier, la promotion de la salubrité à Kadiolo ville et l'intégration de la lutte contre les Mutilations Génitales Féminines dans la promotion de la santé maternelle et néonatale à Kadiolo et Lofigué.

c. La Commune de Zégoua a décidé de travailler, avec les fonds du PSDS, sur les quatre axes priorisés: la lutte contre le paludisme, la promotion de la maternité à faible risque, l'amélioration de la santé scolaire, ainsi que le renforcement du Système Local d'Information Sanitaire et Social et son adaptation à l'environnement de la décentralisation. L'accent a été mis sur l'amélioration des conditions de travail et sur le renforcement du plateau technique du CSCom et sur l'implication des radios de proximité et des acteurs de la médecine traditionnelle. Il est à souligner la volonté de mettre en place un système communautaire de suivi des indicateurs d'impact des activités de lutte contre le paludisme et de promotion de la maternité à faible risque. La lutte contre les MGF a été intégrée dans la promotion de la santé maternelle et néonatale.

8.1.4. Le financement des Plans d'Opérations Santé des Communes

Le financement des Plans d'Opérations Santé aurait dû se faire par un appui direct du PSDS aux budgets des Communes, via la Perception. Les modalités de décaissement et de justification auraient dû être celles de la Loi des Finances. Cependant, malgré toute une longue série de discussions et de concertations entre le Bureau de la Coopération Suisse de Bamako, la Cellule du PSDS de Sikasso, les Mairies de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua, le Conseil de Cercle, les responsables du CSRéf et du SDES de Kadiolo, les modalités pratiques de cet appui direct n'ont pas pu être identifiées.

C'est ainsi que le PSDS, pour répondre au moins en partie aux engagements pris, a décidé de réaliser certains investissements prévus dans les Plans d'Opérations Santé des Communes, via le Conseil de Cercle. Il s'agissait, notamment, de la réalisation d'une nouvelle maternité à Dioumaténé et la dotation de certains des CSCom concernés en matériel roulant et en équipement sanitaire. En effet, le fait de passer par le budget du Conseil de Cercle ne correspondait pas à la logique de l'autonomie et de la responsabilité des autorités communales. Par ailleurs, les autres activités prévues dans les mêmes Plans d'Opérations n'ont pas pu être financées.



C'est pour cela que l'équipe d'animation de la recherche-action a décidé d'organiser, pendant les derniers mois de l'année 2008, une série de rencontres de réflexion avec la Cellule du PSDS de Sikasso et avec les acteurs locaux de la santé et de la décentralisation, notamment des Mairies de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua et du Cercle de Kadiolo. Il s'agissait d'identifier de façon consensuelle des mécanismes permettant de concrétiser la volonté à maintes fois affichée par les Suisses d'accompagner le transfert de compétences et ressources en matière de santé aux collectivités territoriales par une contractualisation efficace et harmonieuse, respectueuse des textes et règlements en vigueur au Mali. Les résultats de ces réflexions ont été examinés et validés à l'occasion d'un atelier organisé dans le cadre de la conclusion de cette phase de la recherche-action.

8.1.5. L'atelier sur les mécanismes de financement et d'accompagnement

L'Atelier de concertation sur les mécanismes décentralisés d'accompagnement technique et financier, dans le cadre du transfert des compétences et ressources en matière de santé aux collectivités territoriales, s'est déroulé à Kadiolo le 19 et le 20 décembre 2008.

L'atelier, pendant le premier jour, a permis d'évaluer les activités menées dans le cadre de la recherche-action et de déterminer les goulots d'étranglement qui avaient empêché l'atteinte pleine des objectifs visés, notamment le manque de mécanismes de financement décentralisé aux communes. Référence a été faite :

- au Partenariat entre le PSDS et le Conseil de Cercle de Kadiolo pour le financement du Plan d'Opérations de Santé du Cercle validé par les services techniques de la Santé et du Développement Social, dans le cadre du PRODESS ;
- à l'accord entre la Direction du Développement et de la Coopération de la Confédération Suisse et le Gouvernement de la République du Mali concernant le PSDS, dont les partenaires étaient l'Assemblée Régional de Sikasso et les Conseils de Cercle de Kadiolo et Sikasso.

Par rapport aux mécanismes de financement, les préoccupations partagées ont concerné : (i) la sécurité des fonds, (ii) la traçabilité des dépenses, (iii) l'autonomie et la responsabilité des collectivités et (iv) la bonne gouvernance.

En fonction des réflexions et des concertations réalisées avec les différents acteurs, l'équipe de la recherche-action a présenté trois scénarios qui ont été décortiqués en plénière :



a. Protocole individuel par collectivité

Un protocole de partenariat est établi entre le PSDS et chaque chaque niveau de collectivité, communes et cercle. L'avantage de ce scénario était l'autonomie de chaque collectivité et sa responsabilité individuelle envers le PSDS et les bénéficiaires. L'inconvénient majeur était la multiplicité des contrats dont la gestion et le suivi auraient été très lourds, surtout dans le cadre de l'extension de l'initiative à toute la zone d'intervention du PSDS.

b. Protocole avec une Convention réunissant un certain nombre de collectivités territoriales

Un protocole de partenariat est établi entre le PSDS et les collectivités signataires de la convention, représentées par un mandataire désigné par elles. L'avantage était de simplifier le mécanisme de gestion et de suivi des contrats. Les inconvénients concernaient les incertitudes quant à la validation administrative de ladite convention.

c. Protocole avec le Syndicat des Collectivités Territoriales

Un protocole de partenariat est établi entre le PSDS et le Syndicat des Collectivités du Cercle de Kadiolo, qui était fonctionnel depuis août 2008. Dans ledit syndicat toutes les collectivités étaient représentées. L'avantage était la gestion simplifiée d'un contrat unique. Les difficultés majeures étaient l'inexpérience du syndicat et le manque à son niveau de ressources humaines compétentes pour la gestion du protocole et l'accompagnement des collectivités territoriales.

Il est à noter que les Conventions entre les Collectivités Territoriales et le Syndicat des Collectivités Territoriales étaient prévues dans le Décret n° 06-436/P-RM du 16 octobre 2006 déterminant les modalités de la coopération entre les collectivités territoriales en République du Mali.

Aucun inconvénient n'a été mis en évidence par les participants à l'atelier à propos du premier scénario, sauf les perplexités exprimées par le PSDS quant aux difficultés de gestion et de suivi.

Concernant le deuxième et le troisième scénario, des doutes ont été exprimées par le Percepteur de Kadiolo concernant la possibilité d'assurer l'autonomie et la responsabilité des différentes collectivités territoriales, par rapport à la maîtrise d'ouvrage, à l'ordonnement des dépenses et à la propriété des ouvrages réalisés.



Par rapport à l'accompagnement technique, les besoins identifiés ont porté sur les mécanismes de décaissement et de suivi des dépenses et sur le processus de programmation participative du bas vers le haut. L'animation des espaces communaux devrait se réaliser par le renforcement du leadership communal, avec la participation de tous les acteurs locaux de la santé et l'accompagnement des services techniques et des partenaires de la santé et du développement social.

8.2. Les entretiens avec des personnes ressources

Pour dissiper certaines perplexités exprimées lors de l'Atelier de concertation sur les mécanismes de financement et pour vérifier la faisabilité et les modalités du transfert effectif des ressources aux autorités communales, dans le cadre de la législation en vigueur au Mali et d'autres expériences menées dans le domaine, l'équipe d'animation de la RA a réalisé pendant les dernières semaines du mois de décembre 2008 une série de rencontres avec des personnes ressources du niveau national, engagées dans la mise en œuvre du processus de décentralisation au Mali, notamment :

- M. Djibril Diani, Chargé des Programmes de Développement Rural du Bureau de la Coopération Suisse de Bamako ;
- M. Abdel Kader Dicko, Chargé des Programmes Décentralisation et Gouvernance Locale du Bureau de la Coopération Suisse de Bamako ;
- M^e Guindo Fatim Sidibé, ancienne Responsable du Programme Hydraulique de Helvetas ;
- M. Mady Niakaté, ancien Chargé de suivi régional des Centres de Conseil Communal à Sikasso ;
- M^e Sow Oumou Bagayoko, Chef de Division Finance et Développement Local à la DNCT.

Suite à ces différents entretiens, l'équipe d'animation a pu dégager les hypothèses suivantes :

a. Cas de la Convention dans le cadre de l'intercommunalité

Un contrat est signé entre le PSDS et la Commune Mandataire, avec en annexe les Plans d'Opérations Santé budgétisés de chaque Commune spécifiant les dépenses pour les investissements, pour le fonctionnement et pour la réalisation des activités, notamment les formations, les supervisions et les autres actions sur le terrain. Le montant total du contrat sera versé sur le compte du Mandataire auprès de la Perception. Pour les investissements, le mandataire exercera la Maîtrise d'Ouvrage Déléguée et rétrocédera les ouvrages aux



Communes intéressées. Pour le fonctionnement et les activités, le mandataire effectuera une subvention aux autres communes. Les pièces justificatives seront fournies au PSDS via la Perception. Dans la Convention, les engagements et les responsabilités des différentes communes partenaires, ainsi que les procédures pour les décaissements et la justification des dépenses seront clairement spécifiés, sans ambiguïtés.

b. Cas du Syndicat des Collectivités Territoriales

Un contrat est signé entre le PSDS et le Syndicat, avec en annexe les Plans d'Opérations Santé budgétisés du Conseil de Cercle et des Communes, spécifiant les dépenses pour les investissements, pour le fonctionnement et pour la réalisation des activités. Le montant total du contrat sera versé sur un compte ouvert par le Syndicat auprès de la Perception.

Le Syndicat pourra :

- Jouer le rôle de maître d'ouvrage des investissements et rétrocéder les ouvrages aux membres.
- Effectuer des subventions pour les activités et le fonctionnement aux collectivités membres selon un protocole bien élaboré précisant le rôle et la responsabilité de chacun.

Les pièces remonteront, via la Perception, au Syndicat, qui, après contrôle et synthèse, les remettra au PSDS. Il est important de souligner que les documents contractuels à élaborer, d'une part, entre le PSDS et le syndicat et, d'autre part, entre le syndicat et ses membres doivent être soigneusement préparés et très précis, faisant le moins d'ambiguïté possible.

Il est à signaler que dans l'accord entre la DDC de la Confédération Suisse et le Gouvernement de la République du Mali concernant le PSDS, les partenaires cités étaient l'Assemblée Régionale de Sikasso et les Conseils de Cercle de Kadiolo et Sikasso. Les communes n'étaient pas citées comme partenaires possibles. La validité dudit accord terminait le 31 mars 2009. C'est pour cela que l'équipe d'animation a décidé d'examiner une troisième hypothèse, à prendre en compte en attendant qu'un nouvel accord, prévoyant les communes, ne soit négocié.

c. Cas d'une Convention entre les Communes et le Conseil de Cercle

Le mandataire de la Convention est le Conseil de Cercle. Un contrat est signé entre le PSDS et le Conseil de Cercle, avec en annexe les Plans d'Opérations Santé budgétisées du Conseil de Cercle et des Communes membres, spécifiant les dépenses des uns et des autres pour les investissements, pour le fonctionnement et pour la réalisation des activités. Le montant



total des Plans d'Opérations est versé sur le compte du Conseil de Cercle ouvert auprès de la Perception. Le Conseil de Cercle exécutera les dépenses relatives à ses compétences, c'est-à-dire les Plans d'Opérations du CSRéf et du SDES, tandis qu'il effectuera des subventions aux Communes pour la mise en œuvre des Plans d'Opérations respectifs. Chaque niveau de collectivité sera ainsi maître d'ouvrage et ordonnateur de ses propres dépenses, conformément aux règles et procédures en vigueur. Chaque commune fournira les pièces justificatives, via la Perception, au mandataire, c'est-à-dire au Conseil de Cercle, qui les remontera au PSDS. Les procédures de décaissement et de justification seront spécifiées dans des documents contractuels élaborés au préalable, dans le cadre de la Convention entre le Conseil de Cercle et les Communes. Cette variante semblait la plus adaptée à la situation du le Cercle de Kadiolo, en raison aussi de l'expérience acquise par le Conseil de Cercle avec le PSDS depuis 2005.

Il est à signaler que les subventions d'une collectivité à une autre sont bien possibles, étant prévues en recettes et dépenses d'investissement et de fonctionnement dans la Nomenclature Budgétaire des Collectivités Territoriales.

Il était évident que le transfert effectif des ressources aux collectivités territoriales nécessitait, pour la phase de démarrage, la mise à disposition d'un prestataire expérimenté pour l'accompagnement de la programmation participative ascendante et pour le suivi technique et financier de la mise en œuvre des différents Plans d'Opérations. Dans une phase ultérieure, ce rôle pourra être joué par le Syndicat, via les SECOM (Services Communs).

8.3. Le Dialogue Politique sur la Décentralisation et la Médecine Traditionnelle

Concernant le Dialogue des Politiques sur la Médecine Traditionnelle, nous tenions à souligner que la valorisation de la MT et l'accompagnement de ses acteurs étaient les objectifs principaux d'Aidemet Ong. Pour cela, ces activités ont été au centre de nos réflexions et de nos actions quotidiennes.

Pendant toute la période, nous avons continué le partenariat avec les acteurs de la Médecine Traditionnelle, ainsi que le plaidoyer pour la prise en compte de la Médecine Traditionnelle dans les programmes de développement sanitaire, social et environnemental et pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle, adoptée par le Gouvernement du Mali depuis le mois d'octobre 2005.



La mise en place du comité interministériel pluridisciplinaire, coordonné par le Ministère de la Santé, chargé de la mise en œuvre, du pilotage et du suivi/évaluation de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle, avec la participation de toutes les Institutions concernées par la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle, était à l'époque imminente. *Aidemet Ong* aurait du être représentée dans ledit comité.

Concernant le Dialogue des Politiques sur la Décentralisation Sanitaire au niveau régional et national, pendant toute la période nous avons maintenu des contacts avec la Cellule d'appui à la Décentralisation du Ministère de la Santé, avec l'Assemblée Régionale de Sikasso et avec la DRS et la DRDSES, pour les informer des avancées et des difficultés des activités de terrain. Nous avons ainsi pu suivre les progrès et les retards dans la mise en œuvre du transfert des compétences et des ressources en matière de santé aux collectivités territoriales.

La participation au "*Global Ministerial Forum on Research for Health Bamako 2008*" en novembre 2008 [40] a été l'occasion pour partager nos expériences avec des personnes ressources de différents horizons, engagées dans l'approfondissement des thématiques de la décentralisation de la santé et de la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle. Les rencontres auxquelles nous avons participé pendant le Forum nous ont permis de comprendre que nos efforts pour la définition et l'expérimentation d'un système local de santé communautaire accessible, équitable, efficace et accepté culturellement par les populations bénéficiaires participaient à un mouvement de recherches et d'actions concrètes menées par plusieurs acteurs dans différentes localités d'Afrique et d'ailleurs.

8.4. Les difficultés rencontrées

La première difficulté que nous avons rencontrée pendant cette II phase de la recherche-action a concerné la collaboration difficile entre un projet mené selon cette démarche et d'autres projets menés selon une démarche classique de cadre logique, agissant dans les mêmes zones géographiques et axés sur les mêmes acteurs sociaux et institutionnels. Nous avons ainsi été confrontés à une appréciation différente par nos interlocuteurs de la démarche de recherche-action et à une compréhension différente des concepts de base de la décentralisation, de la participation communautaire et de l'implication des acteurs locaux dans les décisions à prendre.

En effet, les modalités différentes de prise de décision ont comporté le fait que les temps de mise en œuvre des actions programmées ont coïncidé difficilement avec les chronogrammes établis, à cause aussi des modalités de mise à disposition des fonds, en causant des retards et des blocages incompréhensibles pour les acteurs locaux.



Fort heureusement, avec le dialogue, la concertation et l'implication des uns et des autres dans les réflexions avec les acteurs de terrain, nous avons pu dépasser la majeure partie de ces difficultés et parvenir à une vision commune sur les expériences réalisées dans le cadre de la recherche-action et sur les perspectives de collaboration future. Il s'agissait d'intégrer les acquis de la recherche-action dans les réflexions en cours pour une meilleure mise en œuvre du programme d'appui du Bureau de la Coopération Suisse au développement socio-sanitaire de la Région de Sikasso.

En tous cas, la difficulté principale que nous avons rencontrée a été le manque de mécanismes décentralisés de financement des activités des collectivités territoriales, notamment les communes.

Cependant, nous espérons que les résultats des réflexions réalisées dans la période finale de cette phase de la recherche-action auraient pu aboutir à la possibilité concrète d'expérimenter le transfert effectif des compétences et des ressources aux autorités communales, en renforçant ainsi leur leadership dans le domaine de la santé.

8.5. Les enseignements tirés

Le premier enseignement que nous avons tiré des actions menées dans le cadre de cette II phase de la recherche-action a été que la méthodologie et les approches adoptées ont effectivement permis d'entreprendre avec les acteurs locaux de la santé un processus d'apprentissage collectif finalisé à la prise de responsabilité partagée dans la recherche de solutions viables et durables aux problèmes de santé de l'espace communal.

Cette démarche s'est concrétisée dans une programmation effectivement participative, du bas vers le haut, prenant en compte toutes les ressources disponibles pour la santé dans les espaces communaux, y compris les acteurs de la médecine traditionnelle. La mise en œuvre des Plans d'Opérations Santé élaborés par les Communes aurait pu ainsi participer à la définition de systèmes locaux de santé plus efficaces et plus efficaces.

Cette phase de la recherche-action nous a permis aussi de parvenir à la conviction, partagée avec les différents partenaires, qu'un Système Local d'Information Sanitaire performant et adapté au contexte de la décentralisation était indispensable aux autorités locales pour la prise en temps opportun de décisions pertinentes et pour l'évaluation de l'impact de la mise en œuvre des politiques communales de santé.

Nous avons enfin compris que le transfert effectif des ressources aux autorités communales était incontournable pour le renforcement du leadership communal en matière de



santé et pour l'appropriation par les acteurs locaux des actions curatives, préventives et promotionnelles de santé, ainsi que des interventions sur les déterminants économiques, sociaux et environnementaux de la santé.

8.6. Conclusions et perspectives

En conclusion, nous pensons qu'en dépit des difficultés rencontrées, le résultat du travail de cette II phase de la recherche-action n'était pas négligeable. Nous tenons à souligner qu'une des conditions de réussite a été la participation effective et efficace du PSDS aux activités les plus importantes de la recherche-action, même si cela n'a pas été toujours suffisant pour éviter les incompréhensions...

Nous étions convaincus d'avoir ainsi participé à la construction d'un solide soubassement sur lequel bâtir les partenariats futurs du PSDS avec les différentes collectivités territoriales de la Région de Sikasso et d'ailleurs.

La mise en œuvre du transfert effectif des ressources aux autorités communales, sur la base des réflexions partagées sur les mécanismes de financement décentralisé que nous avons menées dans les derniers mois de l'année 2008, pourrait se révéler dans les temps une voie intéressante et riche d'enseignements.

Le suivi de la mise en œuvre effective des Plans d'Opérations Santé des Communes et l'adaptation du Système Local d'Information Sanitaire au contexte de la décentralisation pourraient permettre de confirmer de façon définitive notre hypothèse de recherche initiale. C'est-à-dire de démontrer que le transfert effectif des compétences et des ressources aux collectivités territoriales permettrait la décentralisation véritable de la santé communautaire, l'utilisation optimale de toutes les ressources disponibles et la participation effective des populations locales aux choix concernant leur propre santé, avec des retombées importantes sur l'équité, l'accessibilité et l'efficacité des systèmes locaux de santé.

L'utilisation de la méthodologie et les approches de la recherche-action dans la construction des partenariats avec les autres collectivités territoriales de la zone d'intervention du PSDS permettrait de mieux les valider et d'en mesurer l'impact sur une échelle plus importante. Il est évident que le succès de ce processus aura besoin d'un engagement constant du PSDS et d'un accompagnement de proximité durable et de qualité, surtout dans un contexte de renouvellement des équipes communales.



Il serait ainsi possible d'assurer une participation plus spécifique et efficace au dialogue des politiques de décentralisation de la santé et de valorisation des ressources de la médecine traditionnelle au niveau régional et national.

Nous tenons enfin à souligner que les réflexions et les actions menées dans le cadre de cette II Phase de la recherche-action, ainsi que les perspectives que nous venons d'esquisser, étaient en harmonie avec les priorités de la Stratégie de la Coopération Suisse au Mali[62], dans le cadre de l'appui à la décentralisation et au développement local dans le domaine de la santé, notamment :

- L'amélioration des systèmes locaux de santé ;
- L'appui à une meilleure articulation de la médecine traditionnelle avec le système de santé moderne ;
- Le renforcement des capacités des acteurs locaux pour qu'ils puissent exercer la maîtrise d'ouvrage en matière de santé.

L'enjeu était toujours de participer à la construction de systèmes locaux de santé plus accessibles, équitables et efficaces, utilisant au mieux toutes les ressources disponibles.

Nous espérons pouvoir ainsi continuer à donner notre contribution à une meilleure mise en œuvre du programme d'appui du Bureau de la Coopération Suisse au développement socio-sanitaire de la Région de Sikasso, dans le cadre des politiques du Mali de la décentralisation et de la santé.





9. DÉCENTRALISATION DE LA SANTÉ ET SYSTÈME LOCAL D'INFORMATION SANITAIRE À ZÉGOUA

Pendant la première phase de la recherche-action, nous avons constaté que la Mairie de Zégoua avait réalisé d'importants investissements pour rapprocher les soins aux utilisateurs, sans pourtant réussir à les rendre opérationnels, car les nouvelles structures réalisées n'étaient pas prévues dans la Carte sanitaire du District de Kadiolo. Nous avons pour cela élaboré l'idée de CScCom Polycentrique, c'est-à-dire d'organiser, dans l'aire de santé de Zégoua, un centre principal et deux centres déconcentrés de soins, gérés par une seule ASaCo. Une étude de faisabilité, réalisée de façon participative, avait été finalisée en janvier 2006 [63]. L'idée avait été acceptée par les acteurs locaux et validée par l'équipe socio-sanitaire du District de Kadiolo et par la Direction Nationale de la Santé. Cependant, les responsables du PSDS n'avaient pas accepté d'intégrer cette action dans les priorités de la II phase de la recherche action.

Nous avons alors proposé l'idée à d'autres bailleurs de fonds, avec le support des ressortissants de Zégoua à Bamako. C'est l'Agence Française de Développement, à travers le Programme Concerté Santé Mali – 2^{ème} Phase, qui a accepté de financer le projet *"Rapprochement des soins de santé aux populations de la Commune de Zégoua"* [64]. Les actions dudit projet s'inscrivaient dans le cadre de l'accompagnement de la Coopération Française à la décentralisation administrative et sanitaire.

Le but du Projet était de rendre disponible une offre rapprochée de soins de santé de qualité aux populations bénéficiaires, tout en valorisant les investissements effectués par la Mairie dans le domaine des infrastructures sanitaires déconcentrées. Les activités, qui ont débuté en septembre 2007 et qui ont pris fin en mars 2009, ont été menées par Aidemet Ong, en partenariat avec la Mairie et l'ASaCo de Zégoua. La réflexion et les actions ont été menées en synergie avec l'équipe technique du Service Socio-Sanitaire du Cercle de Kadiolo et avec les autres Projets et programmes agissant sur le terrain, notamment le PSDS (Coopération Suisse) et *Keneya Ciwara* (USAID).

Le Projet se proposait d'améliorer l'état de santé des populations, avec l'accent sur les femmes et les enfants, par l'accompagnement de la mise en œuvre d'un Centre de Santé Communautaire Polycentrique géré par une seule ASaCo, avec un centre de soins principal à Zégoua et deux centres de soins déconcentrés à Fanidiama et Katélé.



Dans ce cadre, il a été choisi d'approfondir la réflexion et l'expérimentation sur le renforcement du Système Local d'Information Sanitaire et son adaptation au contexte de la décentralisation [65]. Il s'agissait, d'une part, de mesurer l'impact des actions menées dans le cadre du Projet sur l'accès rapproché des populations à des services de santé de qualité et, d'autre part, de permettre aux acteurs locaux de prendre les bonnes décisions au bon moment, concernant le développement sanitaire et l'amélioration de la santé des populations de la Commune. C'est ainsi qu'il a été décidé d'expérimenter la collecte décentralisée, la saisie et l'analyse informatisée des données de santé au niveau local et la présentation de l'évolution des principaux indicateurs techniques et financiers de santé sous forme de graphiques aux acteurs locaux, pour supporter des prises de décision plus cohérentes et efficaces. Il s'agissait de sélectionner un certain nombre d'« *indicateurs essentiels* » [66] à collecter, à analyser et à mettre à la disposition des décideurs locaux dans un format compréhensible.

Il était par ailleurs évident au niveau de la Commune de Zégoua, comme du reste partout au Mali, que la majorité des populations s'adressait en priorité aux acteurs de la médecine traditionnelle. Pour cela, il a été jugé indispensable de faire en sorte que le SLIS puisse prendre en compte au moins certaines données de la médecine traditionnelle.

9.1. Méthodologie

La méthodologie d'intervention du Projet, qui a été conçue dans une logique de recherche-action avec l'implication des acteurs locaux, était basée sur les principes de l'échange dynamique et de la communication interculturelle, avec une attention particulière aux aspects du genre [32].

En ce qui concerne l'étude sur le renforcement du SLIS, qui est présentée dans cet chapitre, la méthodologie utilisée prévoyait les phases suivantes : (i) Mise en place et animation d'un cadre de concertation communale, avec la participation de tous les acteurs locaux de la santé ; (ii) Choix des indicateurs essentiels à fournir à la Mairie et aux acteurs locaux ; (iii) Constitution d'une base de données alimentée par les données des Rapports Trimestriels du CSCoM de Zégoua pour la période 2006-2008, c'est-à-dire de l'année précédant le début du Projet à l'année de conclusion du Projet ; (iv) Collecte participative des données de santé de la Commune de Zégoua pour l'année 2008 par mois et par village avec des outils préparés *ad hoc*, avec l'implication des relais communautaires.

Sur la base des concertations avec les acteurs locaux, la collecte et l'analyse ont concerné l'accès des populations aux soins de santé, les taux de Consultation Curative (CC), de



Consultation Prénatale (CPN), d'Accouchement Assisté (AA) et de Consultation Post-natale (CPON).

Pour les données financières, la collecte et l'analyse ont concerné le bilan du CSCOM Polycentrique de Zégoua de l'année 2008, les recettes des Consultations Curatives et l'Indice du Capital en Médicaments Essentiels.

Pour ce qui concerne les données de la médecine traditionnelle, la méthodologie utilisée prévoyait les phases suivantes : (i) Recensement autogéré des Thérapeutes Traditionnels opérant dans tous les villages de la Commune de Zégoua. Le recensement a été effectué en 2008 par l'Associations locale des Thérapeutes Traditionnels et le CPM du CSCOM de Zégoua, avec le support logistique du Projet ; (ii) Expérimentation de la collecte des données de consultation auprès de dix thérapeutes traditionnels choisis par leur Association, avec des outils préparés *ad hoc* en langue *bamanankan*, pendant le premier trimestre 2009.

Les analyses des données ont été effectuées localement sur des Work Book Excel spécialement préparés. Pour une compréhension plus facile, les résultats des analyses ont été présentés sous forme de graphiques aux autorités communales et aux acteurs locaux.

9.2. Résultats

9.2.1. L'accessibilité géographique aux soins

Le tableau n° 4 montre l'évolution de la distance de la population d'un Centre de Soins fonctionnel, de 2007 à 2008.

Tableau n° 13 : Accessibilité aux Soins de Santé

Distance	Population 2007		Population 2008	
	Population	2007	Population	2008
0 à 5 Km	12 810	53,70%	20 574	83,97%
+ de 5 à 15 Km	7 634	32,00%	3 927	16,03%
+ de 15 Km	3 411	14,30%	0	0,00%
Total	23 855	100,00%	24 500	100,00%

Source : Notre élaboration sur les données du SILS 2007-2008



La mise en œuvre du CSCoM Polycentrique avait permis d'améliorer considérablement l'accessibilité géographique aux soins : en 2008, 83,97% de la population résidait entre 0 et 5 Km d'un Centre de Soins fonctionnel, contre 53,7% en 2007. Personne, dans la Commune de Zégoua, n'était à plus de 15 Km d'un Centre de Soins fonctionnel.

9.2.2. Les données des Rapports Trimestriels du SLIS du CSCoM de Zégoua pour la période 2006-2008

a. Les Consultations Curatives

De l'année 2006 à l'année 2008, le Taux de CC était passé en moyenne de 0,24 à 0,40 nouvelles consultations par habitant et par an. A noter une diminution de la fréquentation autour du premier trimestre de chaque année.

b. Les Consultations Prénatales

Le Taux de CPN était passé en moyenne de 92,47% des grossesses prévues en 2006 à 115,76% en 2008. A noter d'importantes variations trimestrielles à partir de 2007, avec des pics pendant le quatrième trimestre, et une légère inflexion de la moyenne en 2008 par rapport à l'année 2007. Le taux supérieur à 100% était dû à la sous-estimation de la population de l'aire et à la présence de populations migrantes sur la zone frontalière avec la République de la Côte d'Ivoire.

c. Les Accouchements Assistés

Le Taux d'AA était passé en moyenne de 65,70% des accouchements prévus en 2006 à 104,49% en 2008, avec un pic pendant le premier trimestre 2008.

d. Consultations Post-natales

Le Taux de CPON était passé en moyenne de 65,70% des accouchements prévus en 2006 à 86,12% en 2008. Il est à noter que dans le quatrième trimestre de chaque année il y avait un pic négatif.

9.2.3. Les données techniques et financières de l'année 2008

9.2.3.1. Données techniques

Dans les paragraphes suivants, nous présentons les données des activités de l'année 2008 du CSCoM Polycentrique de Zégoua. Elles sont présentées par mois, pour mieux comprendre les tendances en cours, et par village, pour localiser des éventuels problèmes et donner aux décideurs locaux la possibilité de prendre des décisions ciblées.



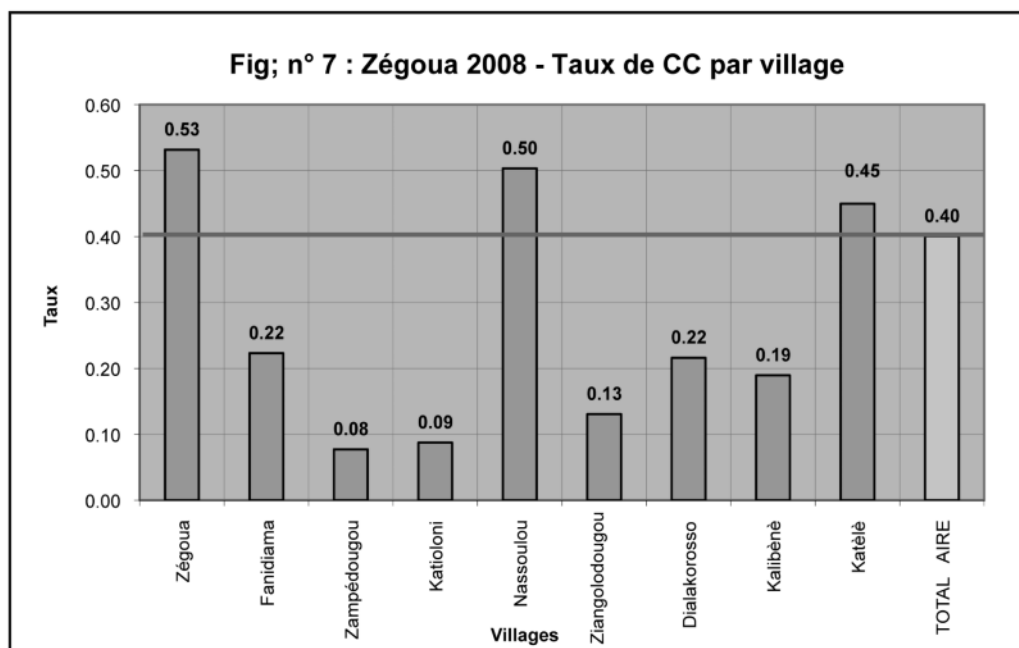
a. Consultation Curative

• Par mois

L'évolution du Taux de CC de l'année 2008 par mois montrait que, même si l'objectif de 0,40 consultations par habitant et par an était en moyenne atteint, pendant les mois de janvier et décembre les taux étaient inférieurs à 0,30.

• Par village

La figure n° 7 montre le Taux de CC de l'année 2008 désagrégé par village.



Il est évident que derrière le taux moyen de 0,40, mis en évidence par la ligne horizontale, se cachait des différences importantes, qui méritaient des réflexions approfondies et des actions ciblées : six villages de la commune sur neuf avaient un taux égal ou inférieur à 0,22 !

b. Consultations Prénatales

• Par mois

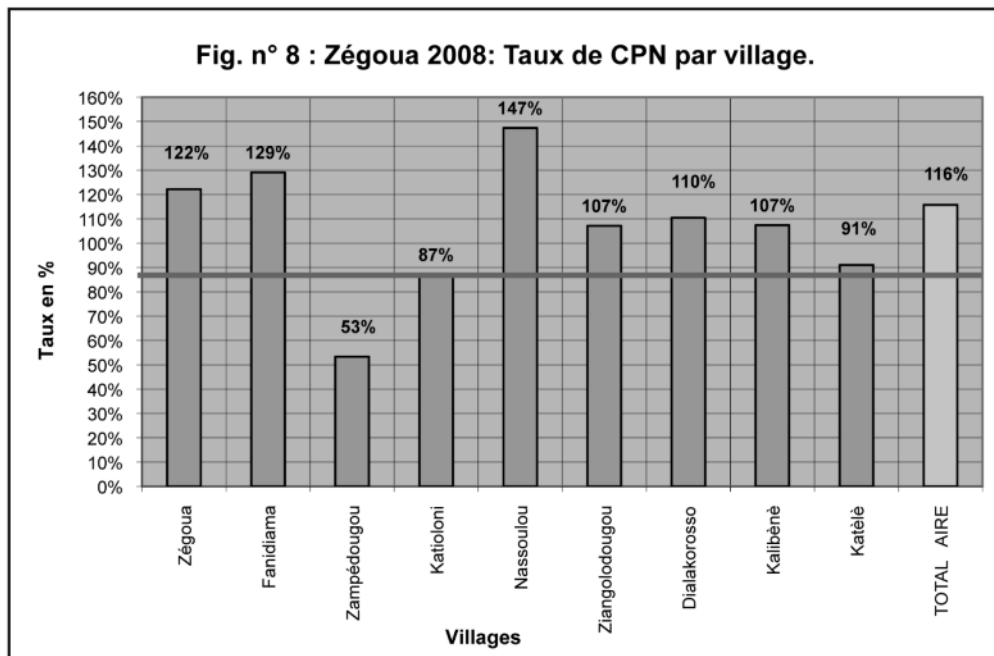
L'évolution du Taux de CPN de l'année 2008 par mois a montré un minimum pendant le mois d'août, avec une tendance marquée à la hausse pendant les mois de septembre, octobre, novembre et une légère baisse en décembre. La moyenne de l'année a été de 114% des grossesses attendues. Les taux de CPN supérieurs à 100% ont mis en évidence la non



maîtrise de la population cible. Les taux de CPN ne suivaient pas la même évolution des taux de CC.

• Par village

La figure n° 8 montre le Taux de CPN de l'année 2008 désagrégé par village.



La ligne horizontale montre l'objectif visé, soit 90% des grossesses attendues. Les taux de CPN présentaient un minimum de 53% à Zampédougou et un maximum de 147% à Nassoulou. Il est à noter que les taux de CPN par village suivaient plus ou moins la même évolution que les taux de CC, sauf à Fanidiama, avec un taux de CC de 22% et un taux de CPN de 129%.

c. Accouchements assistés

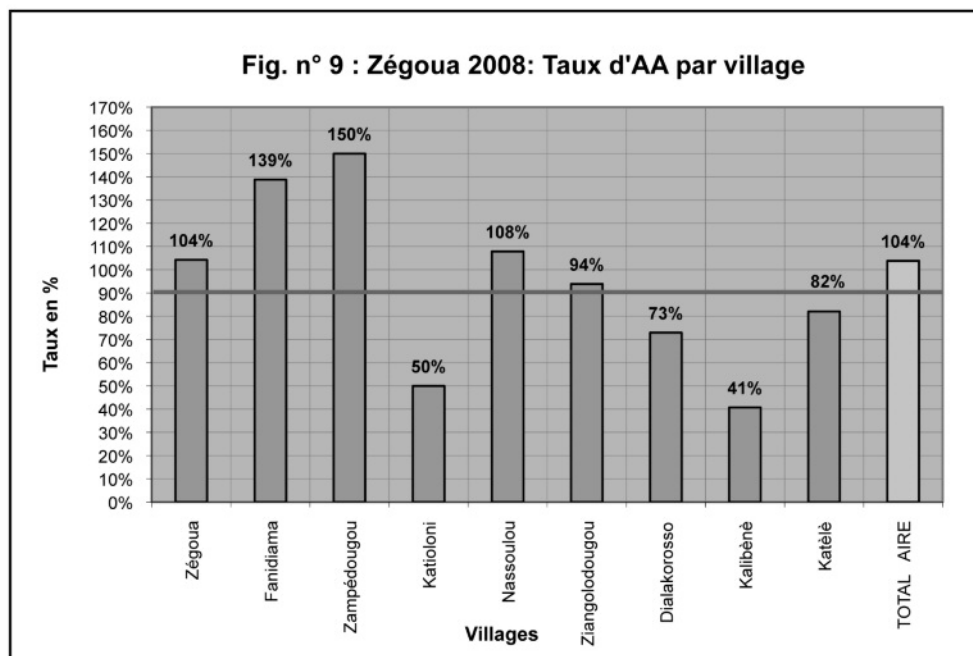
• Par mois

Pendant l'année 2008, le taux d'AA était en moyenne de 104%, avec un minimum pendant le mois d'août et des pics pendant les mois de février, avril et juillet. Pendant les derniers mois de l'année 2008 les taux étaient inférieurs à l'objectif, qui était de 90% des accouchements attendus.



• Par village

La figure n° 9 présente le Taux d'AA de l'année 2008 désagrégé par village.



L'analyse des données montre que la moyenne de 104% cachait des différences importantes, qui ont mérité des réflexions approfondies et des actions ciblées : quatre villages sur neuf avaient un taux d'AA inférieur à l'objectif, montré par la ligne horizontale. Par ailleurs, si Katioloni montrait un faible taux, que ce soit de CC ou d'AA, Fanidiama et Zampédougou, qui avaient un très faible taux de CC, montraient par contre des taux d'AA très élevés, supérieurs à 100%.

d. Consultations Post-natales

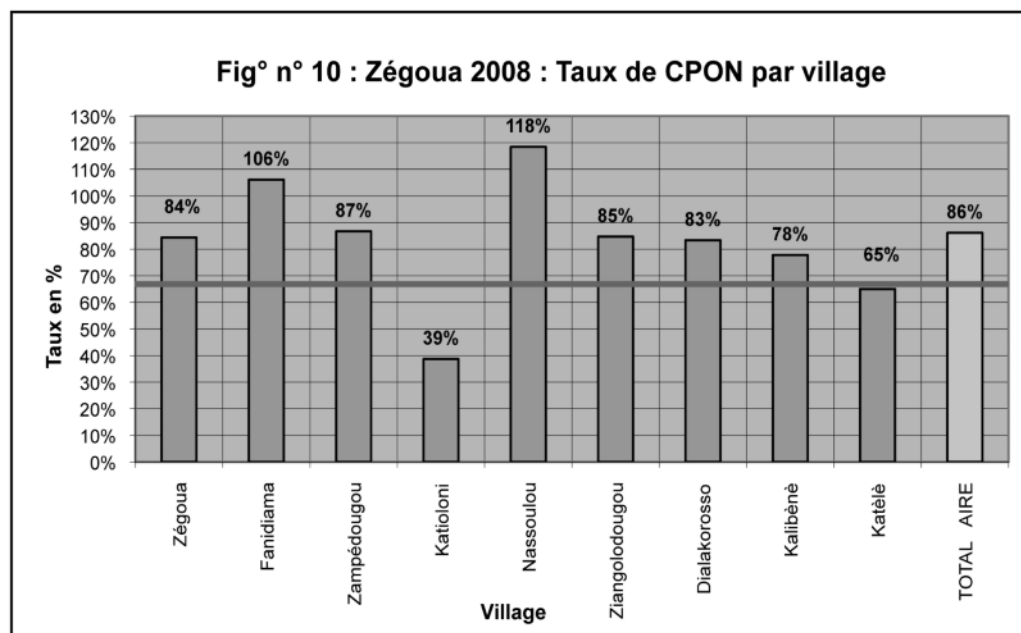
• Par mois

La moyenne du taux de CPON pour l'année 2008 était de 86%. L'évolution du taux par mois montrait qu'à partir du mois de septembre les taux étaient inférieurs à l'objectif, qui était de 70%. L'évolution des taux de CPON par mois semblait suivre l'évolution des accouchements assistés. Le mois où le taux était le plus élevé était avril ; le minimum a été enregistré à octobre.



• Par village

La figure n° 10 montre le Taux de CPON de l'année 2008 désagrégé par village.



La moyenne pour l'année 2008 était de 86%, avec un minimum de 39% à Katioloni et un maximum de 118% à Nassoulou. Deux villages sur neuf ont un taux inférieur à l'objectif de 70%, montré par la ligne horizontale.

9.2.3.2. Données financières

a. Bilan 2008

Les tableaux n° 14 et 15 présentent le bilan 2008 en F CFA du CSCoM Polycentrique de Zégoua. Le chiffre d'affaires s'élevait, en 2008, en ressources et emplois, à 42.469.915 F CFA avec un actif de 1.618.125 F CFA.

Les ressources du CSCoM Polycentrique de Zégoua étaient constituées pour 77% de la vente des médicaments, tandis que les ressources provenant de la vente des cartes et des cotisations ne représentent que 4%. Ces ressources provenaient pour 74% du Centre de Soins de Zégoua.



Tableau n°14 : Bilan 2008 du CSCom Polycentrique de Zégoua par rubrique

CSCom Polycentrique Zégoua 2008	Ressources	Emplois	Soldes
Tarification	8 153 500	8 039 195	114 305
Cotisations	1 671 615	1 471 415	200 200
Médicaments	32 644 800	31 341 180	1 303 620
Total	42 469 915	40 851 790	1 618 125
Solde	0	1 618 125	
Totaux équilibrés	42 469 915	42 469 915	

Source : notre élaboration à partir des données des Centres des Soins

Tableau n° 15 : Bilan 2008 du CSCom Polycentrique de Zégoua par Centre de Soins.

CSCom Polycentrique Zégoua 2008	Ressources	Emplois	Soldes
Zégoua	31 502 905	30 678 230	824 675
Fanidiana	5 190 230	4 951 950	238 280
Katéle	5 776 780	5 221 610	555 170
Total	42 469 915	40 851 790	1 618 125
Solde	0	1 618 125	
Totaux équilibrés	42 469 915	42 469 915	

Source : notre élaboration à partir des données des Centres des Soins



b. Recettes de la tarification par mois et par Centre de Soins

Les paragraphes suivants présentent l'évolution par mois des recettes provenant de la tarification des différentes prestations au cours de l'année 2008. Les données sont désagrégées par Centre de Soins.

• Fanidiama

Les recettes par mois du Centre de Soins de Fanidiama pour l'année 2008 variaient entre 45.500 F CFA au mois de juillet et 181.500 F CFA au mois de décembre, avec une moyenne par mois de 82.417 F CFA. A noter des grandes différences d'un mois à l'autre.

• Katélé

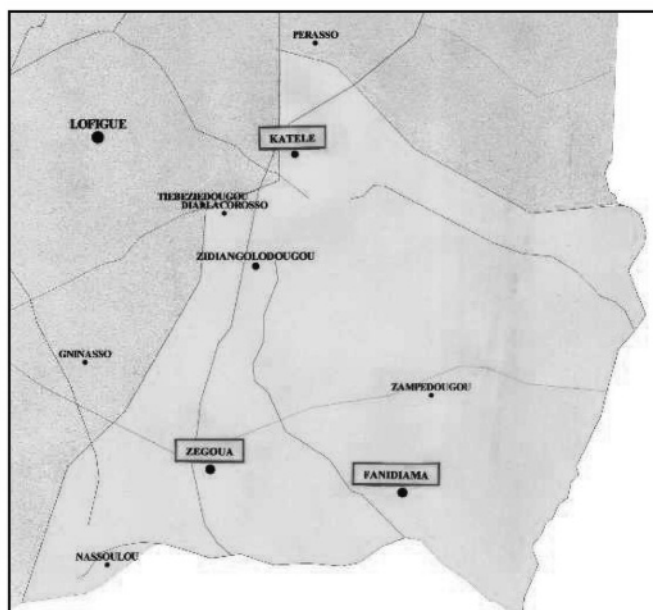
Les recettes par mois du Centre de Soins de Katélé pour l'année 2008 variaient entre 45.000 F CFA au mois d'avril et 91.000 F CFA au mois de septembre, avec une moyenne par mois de 66.667 F CFA.

• Zégoua

Les recettes par mois du Centre de Soins de Zégoua pour l'année 2008 variaient entre 396.500 au mois d'août et 660.000 au mois de décembre, avec une moyenne par mois de 530.375 F CFA.

c. Capital en médicaments essentiels par mois et par Centre de Soins

Les paragraphes suivants présentent l'évolution par mois de l'indice du capital en ME des Dépôt de Vente des trois Centres de Soins pour l'année 2008.

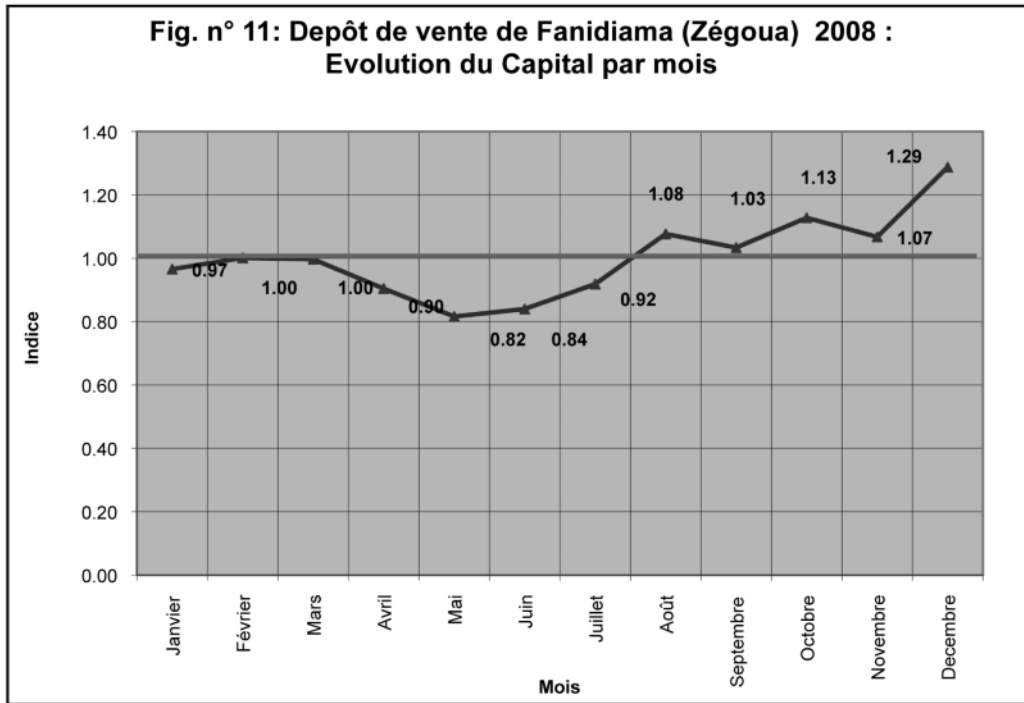


Carte
de la Commune de Zégoua



• Fanidiama

La figure n° 11 montre l'évolution par mois de l'indice du Capital en ME du Centre de Soins de Fanidiama pour l'année 2008.



La ligne horizontale montre l'équilibre par rapport au capital initial. Le capital en médicaments du Dépôt de Vente du Centre de Soins de Fanidiama était passé de 1.138.212 F CFA en début d'année à 1.465.534 F CFA en fin d'année. Cependant, l'évolution de l'indice par mois a montré une baisse préoccupante à partir du mois d'avril, avec la perte d'environ 18% du capital initial. Cette tendance à la baisse a été corrigée à partir du mois d'août.

• Katélé

Le capital en médicaments du DV du Centre de Soins de Katélé pendant l'année 2008 était passé de 1.170.985 F CFA en début d'année à 2.299.459 F CFA en fin d'année. L'évolution de l'indice a été positive pendant toute l'année.

• Zégoua

Le capital en médicaments du Dépôt de Vente du Centre de Soins de Zégoua est passé pendant l'année 2008 de 12.375.230 F CFA en début d'année à 14.004.156 en fin d'année. L'évolution de l'indice était orientée à la hausse à partir du mois de février, avec une légère baisse pendant le mois de décembre.

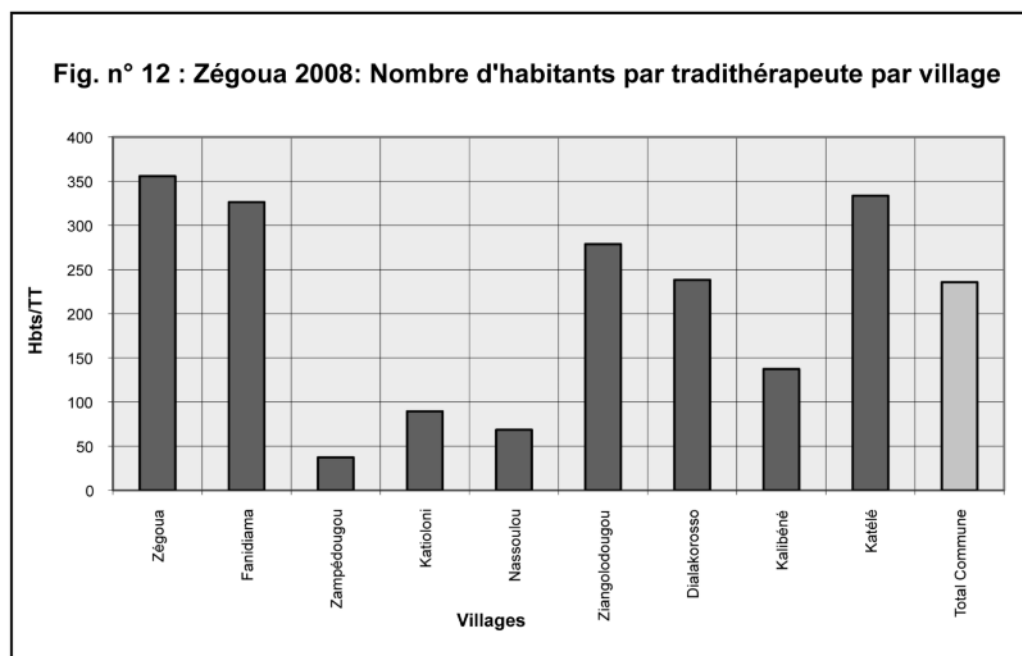


9.2.3.3. Les données de la Médecine Traditionnelle

Dans les paragraphes suivants, nous montrons les données des activités de médecine traditionnelle, qui ont été collectées et analysées dans le cadre du Projet. Sur la base d'un recensement autogéré, au total, dans la Commune de Zégoua ont été identifiés 104 Tradithérapeutes, dont 31 % étaient de femmes. 50% des tradithérapeutes recensés adhéraient à l'Association de Zégoua.

a. Les tradithérapeutes de la Commune de Zégoua par village

La figure n° 12 montre le nombre d'habitants par tradithérapeute des villages de la Commune de Zégoua.



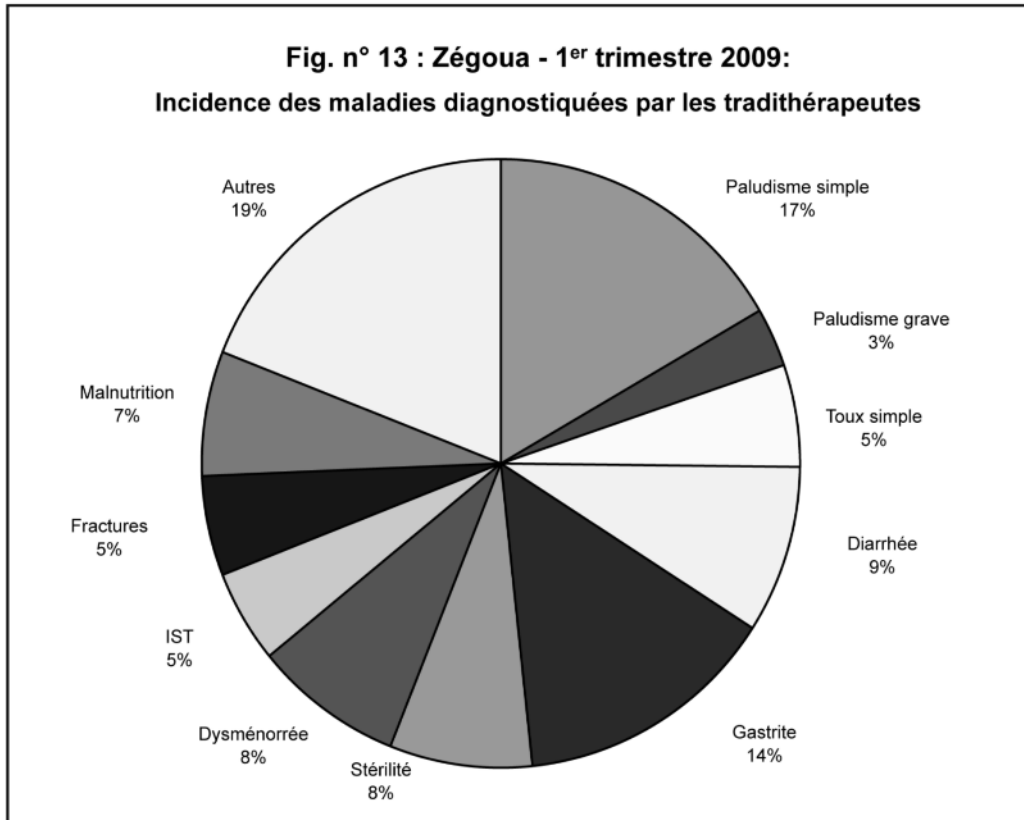
Le village qui présente le nombre de tradithérapeutes le plus élevé par rapport au nombre d'habitants était Zampédougou, avec un tradithérapeute pour 37 habitants. Le nombre de tradithérapeutes le moins élevé avait été relevé à Zégoua et à Katélé avec des ratios respectivement d'un tradithérapeute chaque 356 et 334 habitants. En moyenne, dans la Commune de Zégoua, il y avait un tradithérapeute pour 236 habitants.

b. Les consultations auprès des tradithérapeutes

Pendant le premier trimestre 2009, les dix tradithérapeutes qui ont participé à collecte expérimentale des données avaient été consultés en total par 830 patients, avec une



moyenne de 277 patients par mois. 52 % patients étaient des femmes. 46% étaient des personnes adultes, 25% des bébés et 29% enfants. La figure n° 13 montre l'incidence des maladies diagnostiquées sur le total des consultations.



La première cause de consultation a été le paludisme, avec 17% des cas, suivi des douleurs gastriques (14%), de la diarrhée (9%) et de la dysménorrhée (8%). Les maladies d'origine surnaturelle ou de correspondance incertaine avec la médecine moderne ont été comptabilisées dans "autres" et ont totalisé le 19%.

9.3. Les décisions prises par les autorités locales sur la base des informations reçues

Nous citons, dans le paragraphe suivant, les premières décisions prises par les autorités communales sur la base des données collectées et analysées localement et mises à leur disposition sous forme de graphiques, pour qu'elles soient bien compréhensibles.

- L'amélioration des indicateurs de couverture et des activités curatives, ainsi que la constatation que les ressources financières du CScCom Polycentrique provenaient pour



74% du Centre de Soins de Zégoua, ont retardé l'hypothèse d'éclatement de l'espace communal en trois aires de santé avec trois ASaCo et trois CSCom et ont convaincu les autorités communales à s'engager dans la mise en œuvre d'un CSCom Polycentrique, avec trois centres de soins gérés par une seule ASaCo. Ce type d'organisation sera privilégié jusqu'au moment où les trois centres pourront assurer leur fonctionnement autonome.

- Sur la base des difficultés d'accès aux soins dans les périodes de soudure mises en exergue entre autres par l'analyse des données mensuelles de prestation des services, les autorités communales et les équipes socio-sanitaires ont décidé d'organiser des activités villageoises de concertation, de sensibilisations et d'animation, en utilisant les informations reçues et en les partageant avec les autres acteurs locaux, en vue de redynamiser la mutuelle de santé existante et d'élargir le champ d'action des caisses de solidarité des groupements des femmes à la prise en charge des consultations curatives, en plus des activités préventives (CPN, CPON, vaccinations et Suivi Préventif de l'Enfant) et des AA.

D'autres décisions ont été prises grâce à la disponibilité des données désagrégées par village. Entre autres :

- Sur la base du constat que le taux de CC était compris entre 0,08 et 0,19 à Zampédougou, Katioloni, Ziangolodougou et Kalibéné (Fig. 6), taux très bas par rapport à la moyenne de la Commune qui était de 0,40, l'ASaCo et les autorités locales ont décidé de réaliser des missions ciblées d'animation et de concertation pour discuter avec les autorités traditionnelles et les populations afin de déterminer les causes de ce problème et d'identifier et de mettre en œuvre des solutions appropriées et partagées.

- Sur la base du constat que le taux d'AA à Katioloni et à Kalibéné était inférieur ou égal à 50% (Fig. 8), tandis que la moyenne de la Commune était supérieure à 100%, lors de l'atelier d'auto-évaluation des AT d'octobre 2008 la question a été posée et discutée entre les équipes du CSRéf et du CSCom, les autorités communales et les AT des dites localités, en les sensibilisant à l'importance des AA pour la prévention de la mortalité maternelle et néonatale.

- Sur la base du constat qu'à Fanidiama le taux de CC était de 0,22 consultations par habitant et par an, tandis que le taux d'AA était de 139% (Fig. 6 et 8), l'ASaCo et les autorités communales ont constaté la présence, à quelques kilomètres, au Burkina Faso, d'un Centre de Santé Confessionnel qui attirait les patients de Fanidiama en assurant la gratuité de certains médicaments prescrits. Par ailleurs, la qualité et l'accessibilité financière de la prise en charge des accouchements amenaient des femmes des villages frontalières du Burkina à accoucher à Fanidiama. C'est pour cela qu'une sensibilisation particulière a été réalisée à l'intention



de la population, pour qu'elle s'approprie du centre de santé qui lui appartient. Il a été aussi demandé à l'équipe de santé de Fanidiama d'améliorer d'avantage la qualité de l'accueil.

Des décisions ciblées ont été aussi prises suite à la disponibilité des analyses des données financières :

- L'analyse des données de gestion du CSCoM de Zégoua a permis aux responsables locaux de se rendre compte que les ressources étaient constituées pour 77% de la vente des médicaments, tandis que la vente de cartes et les cotisations ne représentaient que 4%. Ce constat a amené l'ASaCO à s'engager dans une campagne de sensibilisation auprès des chefs de ménages et des responsables des coopératives villageoises, dans le but d'améliorer la mobilisation des ressources locales.
- Le suivi de l'évolution de l'indice du capital en médicaments essentiels a permis de relever rapidement, au niveau du dépôt de vente de Fanidiama (Fig. 10), une baisse préoccupante à partir du mois d'avril 2008, avec la perte d'environ 18% du capital initial. Cette tendance à la baisse a été rapidement corrigée grâce aux décisions prises localement, notamment une dotation supplémentaire en médicaments essentiels et un suivi rapproché de la gestion du dépôt de vente effectué par l'ASaCO et par les équipes techniques du CSCoM et du CSRéf. Il a été décidé ainsi d'instaurer l'auto-inventaire mensuel des médicaments, effectué par les Commissaires aux Comptes de l'ASaCO.

La disponibilité de données sur les activités de médecine traditionnelle de la commune et l'efficacité de l'implication des accoucheuses traditionnelles dans la détection et la référence des cas d'accouchement à risque a changé la perception de l'importance de la médecine traditionnelle pour la santé des populations. C'est ainsi que les autorités communales ont décidé de prévoir, dans le Programme de Développement Economique, Social et Culturel et dans le Plan Opérationnel Santé 2009 de la Commune, des activités de renforcement de la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle, pour une meilleure prise en charge des problèmes prioritaires de santé, notamment la promotion de la santé maternelle et infantile et la lutte contre le paludisme.

9.4. Analyses et discussions

L'information sanitaire est essentielle au bon fonctionnement des systèmes de santé. Dans le cadre des réformes du secteur de la santé et de la décentralisation, les systèmes de santé sont gérés au plus près de la prestation des services. Le transfert des fonctions du niveau central aux niveaux périphériques a créé de nouveaux besoins, en exigeant une profonde restructuration des systèmes d'information. Les impératifs en matière de recueil, de traitement, d'analyse et de diffusion des données ne sont plus les mêmes. Pour renfor-



cer un système d'information sanitaire, il est essentiel de mettre en contact ceux qui produisent les données avec ceux qui les utilisent, les personnes qui dispensent les soins et celles chargées de la prise de décision et de la gestion, ainsi que de la planification et du financement des programmes de santé. Les divers utilisateurs ont besoin de données plus ou moins détaillées ou plus ou moins spécifiques sur le plan technique. Un bon système d'information sanitaire doit permettre de présenter et de diffuser des données sous une forme adaptée aux différents utilisateurs, mais aussi de les utiliser pour créer des connaissances pratiques [67]. Les performances d'un tel système devraient donc être mesurées non seulement sur la base de la qualité des informations produites, mais aussi sur la preuve d'un usage continu de ces informations pour l'amélioration des activités sanitaires et de l'état de santé des populations concernées [68].

Dans les pays en voie de développement plus qu'ailleurs, un système d'information sanitaire efficace est une nécessité vitale, pour mettre l'accent sur le volet prévention et pour faire un bon suivi des différentes composantes des soins de santé primaires [69]. Cependant, il y a un énorme vide dans la littérature de la santé, concernant les concepts et les expériences de développement des systèmes d'information sanitaire, déjà au niveau national, mais encore plus au niveau local. Des bonnes prises de décisions sont des préalables pour améliorer l'efficacité et l'efficacé des systèmes de santé. Mais il ne peut pas avoir une bonne prise de décision sans la bonne information au bon moment [70].

Ce travail s'inscrivait dans cette logique : l'idée était de travailler avec une approche systématique sur le renforcement du système local de santé et d'utiliser les données collectées et analysées localement non seulement pour mesurer l'impact des actions réalisées, mais aussi pour orienter les décisions à prendre.

Les analyses des données du SLIS des années 2006, 2007 et 2008 nous ont permis d'affirmer que l'objectif principal du Projet, qui était le rapprochement des soins de santé aux utilisateurs de la commune de Zégoua a été substantiellement atteint : 83,97% de la population résidait entre 0 et 5 Km d'un Centre de Soins fonctionnel. Personne dans la Commune de Zégoua n'était à plus de 15 Km d'un Centre de Soins fonctionnel.

L'augmentation du taux de CC de 0,24 de l'année 2006 à 0,40 nouvelles consultations par habitant et par an de l'année 2008 indiquait que les populations ont apprécié la qualité des services rendus par le personnel soignant.

L'implication des accoucheuses traditionnelles, en synergie avec les relais villageois, dans la détection précoce et la référence rapide des cas obstétricaux à risque a participé au



renforcement du système de référence-évacuation. La mise à disposition de la moto-ambulance permettra de résoudre le problème du transport des femmes en détresse des villages au CScm. La réhabilitation des maternités de Fanidiana et Katélé a contribué certainement à l'amélioration de la prise en charge des accouchements au niveau déconcentré. Toute cette mobilisation d'énergies et d'actions au tour de la promotion de la maternité à faible risque a permis d'atteindre la couverture pratiquement universelle en CPN et AA et 86,12% de couverture en CPON.

La présentation de l'évolution des principaux indicateurs techniques et financiers de santé sous forme de graphiques a abouti à leur compréhension immédiate par les acteurs locaux.

La présentation des données sanitaires de l'année 2008 par mois a permis de mieux suivre l'évolution des différents indicateurs et d'en lier les tendances aux difficultés économiques et sociales des communautés pendant les différentes périodes de l'année.

La désagrégation des données par village a permis aux autorités locales non seulement d'identifier à temps les problèmes, mais aussi de les localiser, permettant ainsi, pour la première fois, de programmer et de réaliser des interventions ciblées, décidées en fonction de la compréhension partagée d'analyses de données réalistes et fiables effectuées localement.

Nous avons mis en évidence que l'intégration expérimentale dans le SLIS de quelques données concernant la médecine traditionnelle, identifiées et collectées avec les acteurs locaux, pouvait porter une contribution de taille à la compréhension des problèmes locaux de santé et à la mobilisation de toutes les ressources disponibles pour y faire face. En effet, l'importance du système traditionnel de soins n'était plus à démontrer : en moyenne, dans la Commune de Zégoua, il y avait un tradithérapeute pour 236 habitants. 31% des acteurs de la médecine traditionnelle recensés étaient des femmes, soit accoucheuses traditionnelles que guérisseuses. Cette donnée a mis en exergue l'importance des femmes dans le monde de la médecine traditionnelle au Mali, qui est généralement supposé être domaine exclusif des hommes. 50 % des acteurs de la médecine traditionnelle adhéraient à l'Association des tradithérapeutes de Zégoua. Même si cette donnée a confirmé l'importance de la dynamique associative des tradithérapeutes de la Commune, il était évident que des efforts restaient à faire pour atteindre la pleine représentativité de ladite Association.

Les dix tradithérapeutes qui ont participé à l'expérimentation ont été consultés en moyenne par 277 patients par mois. Cette donnée a mis davantage en exergue l'importance des activités de médecine traditionnelle dans la Commune de Zégoua. Etant donné que le nombre total de tradithérapeutes recensés est de 104, si cette moyenne serait confirmée par une collecte de données à une échelle plus large, il serait possible d'arriver



à environ 2.800 consultations par mois et 33.600 par an, avec un taux de 1,4 contacts par habitant et par an !

La répartition des patients des tradithérapeutes par sexe et par classe d'âge semblait confirmer que tout le monde s'adressait aux tradithérapeutes pour les soins de santé, sans barrières de genre et sans différences significatives par rapport aux classes d'âge.

9.5. Conclusion.

Les résultats de l'étude menée à Zégoua ont démontré, à notre avis, non seulement la nécessité et l'importance, mais aussi la faisabilité et l'utilité du renforcement du SLIS et de son adaptation au contexte de la décentralisation. Il nous semblait évident que la disponibilité des bonnes données au bon moment, permettant des prises de décisions plus rapides et ciblées, pouvait participer à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficacé des systèmes locaux de santé et, par conséquent, de l'état de santé des populations.

La prise en compte des activités des acteurs de la médecine traditionnelle dans le SLIS et leur implication dans les activités préventives et promotionnelles de santé pouvait contribuer à briser les barrières culturelles d'accès aux soins, tout en consolidant la collaboration entre les deux médecines. Nous espérons avoir ainsi donné une contribution spécifique à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle, adopté par le Gouvernement du Mali en 2005 [4].

Certes, il s'agissait de résultats préliminaires qu'il faudrait approfondir, avec de recherches sur des zones plus amples et différenciées et d'analyses d'autres indicateurs, prenant en compte, entre autres, les déterminants sociaux et économiques de la santé et l'équité d'accès aux soins. Il faudrait aussi pouvoir travailler sur des périodes plus longues, surtout pour pouvoir mesurer l'impact du SLIS renforcé et adapté sur la qualité et l'efficacité des décisions prises. Il faudrait enfin élaborer sur la base des expériences menées des outils informatiques plus adaptés et faciles à utiliser par les acteurs locaux.

Nous pensons quand même que le modèle d'intervention que nous avons essayé d'expérimenter aurait dû être intégré davantage aux différentes réflexions et actions en cours au Mali sur la décentralisation effective des compétences et ressources en matière de santé aux collectivités territoriales et sur le renforcement des systèmes locaux de santé. Par ailleurs, un SLIS renforcé et adapté devrait aussi assurer la transmission aux niveaux supérieurs des données plus fiables et réalistes, permettant ainsi des choix de politique sanitaire plus pertinentes et équitables.



10. ACTIVITÉS DES ANNÉES 2009-2010

Au début de l'année 2009, si à Zégoua nous avons pu progresser concrètement dans nos réflexions et actions de promotion du CSCom Polycentrique et de renforcement du Système Local D'Information Sanitaire, grâce au Projet financé par l'Agence Française de Développement, les avancées dans le domaine du financement décentralisé des activités de santé dans les espaces communaux restaient timides. Même si nous avons mis au point les mécanismes de financement, en pratique nous étions toujours au point de départ. C'est ainsi que la Direction du Développement et de la Coopération de la Confédération Suisse, par l'intermédiaire du Bureau de la Coopération Suisse de Bamako a confié à *Aidemet Ong* le 04 mai 2009 un nouveau mandat [71]. Il s'agissait de mettre en œuvre un Programme relatif à l'expérimentation du transfert des compétences et ressources en matière de santé aux collectivités territoriales et à la valorisation de la médecine traditionnelle dans la Région de Sikasso. Les activités, qui devaient se dérouler de mai à décembre 2009, ont continué jusqu'à mars 2010. Elles ont été menées en coordination avec l'équipe du Programme de Partenariat Santé et Développement Social.

Nous présentons, dans les paragraphes suivants, le contexte et les objectifs du programme ainsi qu'une synthèse des activités des périodes de mai à août et de septembre à novembre 2009. Nous présentons, par la suite, les dernières activités réalisées dans la période de novembre 2009 à mars 2010.

10.1. Rappel du contexte et des objectifs du Programme

Le nouveau mandat se situait dans la continuité logique et opérationnelle avec les activités de la II phase de la recherche-action menée dans le District Sanitaire de Kadiolo, dans les Communes de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua, de juin 2007 à décembre 2008. Le but était de donner une conclusion positive à l'ensemble des activités de la recherche-action. Il s'agissait aussi de capitaliser les résultats atteints et de diffuser la méthodologie et les approches des activités menées à Kadiolo depuis 2001.

L'enjeu à relever était de démontrer que le transfert effectif des compétences et surtout des ressources aux collectivités territoriales pouvait permettre la décentralisation véritable du système de santé communautaire, l'utilisation optimale de toutes les ressources disponibles localement et la participation effective des communautés villageoises aux choix concernant leur propre santé, avec de retombées importantes sur l'équité, l'accessibilité et l'efficacité des systèmes locaux de santé.



L'objectif principal était de définir et opérationnaliser les procédures pour le transfert effectif des fonds du PSDS aux Communes de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua, via le Conseil de Cercle, en respectant les principes de la comptabilité d'état. Ces fonds devaient permettre la mise en œuvre des Plans d'Opérations Communaux de Santé qui avaient été élaborés pendant la II phase de la RA.

10.2. Les activités réalisées

Suite aux élections communales d'avril 2009, des changements importants étaient intervenus dans les organes de presque toutes les Collectivités Territoriales, avec un fort taux de renouvellement aussi bien dans les conseils que dans les bureaux des Communes et du Conseil de Cercle.

10.2.1. Période de mai à août 2009

Au démarrage des activités du Programme, il a été ainsi nécessaire de prendre contact avec les équipes communales nouvellement élues.

C'est pour cela qu'il a été décidé d'organiser un atelier de concertation et d'information des nouvelles équipes communales [72], à fin de les familiariser avec la méthodologie, les approches et les acquis des activités déjà réalisées et de définir les modalités de financement et de mise en œuvre des Plans d'Opérations Communaux de Santé. L'atelier s'est déroulé le 26 et le 27 juin 2009. Les résultats de l'atelier ont été à hauteur des souhaits :

- Les échanges ont permis de partager avec les nouvelles équipes communales la méthodologie, les approches et les acquis des activités réalisées dans le cadre de la RA sur la décentralisation de la santé ;
- Les travaux de groupe ont abouti à la définition des chronogrammes pour la mise en œuvre des Plans d'Opérations Communaux de Santé précédemment élaborés ;
- Les concertations entre la Perception, le Conseil de Cercle, le CSRéf et le SDSSES de Kadiolo et les Mairies, les ASaCo et les CSCom de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua ont permis de définir les modalités d'inscription au Budget des Collectivités du financement des Plans d'Opérations Communaux de Santé et les relatives procédures de décaissement et de justification.

Un groupe de concertation et de suivi, avec la participation de tous les acteurs, a été mis en place, pour diligenter la mise en œuvre des décisions prises, concernant entre autres l'élaboration et l'adoption d'une convention de partenariat entre le Conseil de Cercle et les Communes de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua pour le gestion du Financement PSDS.

Une autre activité phare de cette période a été l'Atelier de formation des acteurs locaux sur les mécanismes de décaissement et de justifications des fonds, qui s'est déroulé à Kadiolo en trois phases :



- Une phase préparatoire, qui s'est déroulée avec la participation des formateurs, notamment le Percepteur, le Contrôleur financier et le Comptable du Centre de Santé de Référence, avec l'appui du consultant en décentralisation d'Aidemet Ong. Elle a consenti d'élaborer le programme de l'atelier, les modules de formation et les supports à utiliser pour les exercices de décaissement et de justification
- Une première journée de formation, à l'intention des Collectivités Territoriales, qui s'est déroulée le 20 août 2009 dans la salle de conférence du Conseil de Cercle.
- Une deuxième journée, à l'intention du personnel de santé, qui s'est déroulée le 22 août 2009 dans la Salle de Réunion du Centre de Santé de Référence.

L'objectif de l'Atelier, dans le cadre du financement décentralisé du PSDS aux Plans d'Opérations Communales de Santé des Communes Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua, via le Conseil de Cercle, était d'outiller les acteurs locaux de la santé et de la décentralisation pour faciliter la mobilisation des fonds ainsi que leur justification, conformément aux procédures en vigueur.

Nous pensions que l'objectif avait été atteint. Le dispositif mis en place aurait du assurer la fluidité des circuits de décaissement et de justification des fonds. Le manuel des procédures, dont l'élaboration était en cours, aurait dû être un outil important à la disposition des acteurs de la santé pour mieux accompagner le financement décentralisé des activités sanitaires dans la zone d'intervention du programme.

Les activités de cette période avaient permis surtout de définir avec les collectivités territoriales et les services techniques le cadre organisationnel et les procédures de décaissement et de justification du financement du PSDS aux Plans d'Opérations Santé des Communes de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua, via le Conseil de Cercle de Kadiolo :

- Les chronogrammes de mise en œuvre des Plans d'Opérations Santé des Communes ont été élaborés par les acteurs locaux de la santé pendant l'atelier du 26 et 26 juin 2009 ;
- Les montants pour la mise en œuvre des Plans d'Opérations Santé des Communes ont été pris en compte dans les Budgets des Collectivités Territoriales ;
- La convention relative à la gestion du financement desdits Plans d'Opérations a été signée le 12 août 2009⁽⁶⁾ ;

(6) Ladite Convention est portée en annexe N° 1



- Les procédures pour la subvention des Plans d'Opérations des Communes par le Conseil de Cercle et pour la mobilisation et la justification des fonds par les Maires ont été définies avec l'accord des collectivités territoriales, des services techniques, de la Perception et du Contrôle Financier pendant l'Atelier du 20 et 22 août 2009.
- Un manuel de procédures était en cours de finalisation.

Tout était ainsi fin prêt pour le démarrage de l'expérimentation du financement décentralisé de la santé, dans le cadre de transfert des compétences et ressources en matière de santé aux Communes. Cependant, le retard dans la mise à dispositions du financement du PSDS au Conseil de Cercle perdurait. Nous espérons que cette dernière difficulté serait rapidement résolue, car seulement quatre mois nous séparaient de la fin de l'année, date à laquelle les activités du projet devraient terminer.

10.2.2. Période de septembre à novembre 2009

Force est de signaler qu'aussi pendant cette période la mise en œuvre des Plans d'Opérations Santé des Communes de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua n'avait pas encore pu débuter, car au 31 novembre 2009 le financement relatif n'avait pas encore été mis à la disposition du Conseil de Cercle, semblait-il à cause d'un retard dans la justification d'un reliquat de fonds de l'année 2008 [73].

Cependant, l'équipe d'Aidemet Ong avait continué à assurer le suivi de proximité et les échanges avec les collectivités territoriales concernées, notamment les trois communes et le Conseil de Cercle, ainsi qu'avec les CPM des CSCom des aires de santé et avec l'équipe Socio-Sanitaire du Cercle de Kadiolo. L'objectif était de les informer au fur et à mesure du processus en cours, des difficultés rencontrées et des actions menées pour les surmonter, afin d'éviter le découragement des partenaires.

Pendant le mois de septembre 2009, l'équipe d'Aidemet Ong, en concertation avec les acteurs locaux et les services techniques du Cercle, a procédé à la finalisation et à la distribution du manuel de procédures pour la mobilisation et la justification des fonds PSDS aux Communes, via le Conseil de Cercle⁽⁷⁾.

Pendant la période, le coordonnateur du Programme a effectué deux missions à Sikasso, suite à l'invitation de la Cellule de Gestion des Partenariats, pour participer notamment :

(7) Ledit manuel est porté en annexe N° 2



- Le 24 septembre 2009 à l'Atelier de restitution des résultats de l'évaluation de la I Phase du PSDS ;
- Le 15 octobre 2009 à l'Atelier de Programmation des activités 2010-2011 du PSDS.

Entre temps, le coordonnateur du programme avait élaboré un avant-projet de Centre Régional de Médecine Traditionnelle pour la région de Sikasso (CRMT-Sikasso)[74], qui a été discuté avec le responsable du Département Médecine Traditionnelle de l'INRSP et présenté au Comité Interministériel de suivi de la mise en œuvre de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle. La présentation de l'Avant-projet aux Autorité régionales et aux partenaires du PSDS a permis de souligner l'importance des activités réalisées depuis 2001 pour la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle dans la Région de Sikasso grâce à l'appui de la Coopération Suisse et la nécessité d'avoir une structure opérationnelle pouvant assurer durabilité et continuité aux actions de renforcement des systèmes locaux de santé, dans le cadre de la décentralisation de la santé et de la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle.

A l'occasion de l'Atelier de Programmation des activités 2010-2011 du PSDS, il a été possible d'avoir l'adhésion des collectivités décentralisées et des services techniques sur l'apport d'Aidemet Ong à la mise en œuvre dudit Programme. Les hypothèses d'intervention discutées concernaient :

- Le renforcement du Système Local d'Information Sanitaire ;
- L'accompagnement du financement décentralisé de la santé ;
- L'étude de faisabilité du Centre Régional de Médecine Traditionnelle de Sikasso.

10.2.3. Période de décembre 2009 à mars 2010

Pendant le mois de décembre 2009, à Kadiolo nous avons surtout assuré un suivi rapproché du processus de décaissement et de justification, dès que les fonds ont été disponibles. En effet, les fonds du PSDS pour la mise en œuvre des Plans d'Opérations Santé Communales pour l'année 2009 n'ont été accrédités sur le compte du Conseil de Cercle que le 09 décembre 2009. Ce retard a évidemment empêché l'atteinte pleine des objectifs du Programme. Cependant, nous nous sommes proposés comme objectif le financement et la réalisation d'au moins une activité par aire de santé, avec la justification rapide et exacte des montants relatifs. Les activités ont été sélectionnées à partir des Plans d'Opérations Santé Communales 2009 [74]. Nous pensons que l'effectivité de ces décaissements aurait permis de démontrer, en dépit des difficultés rencontrées, que le mécanisme de finance-



ment décentralisé de la santé mis en place aurait pu bien marcher, une fois les goulots d'étranglement résolus et les retards accumulés évités.

a. Atelier de clôture à Kadiolo le 24 décembre 2009

L'atelier de clôture des activités du programme relatif à l'expérimentation du transfert des compétences et ressources en matière de santé aux collectivités territoriales s'est déroulé le jeudi 24 décembre 2009 dans la salle de conférence du Conseil de Cercle de Kadiolo. Le but de l'atelier était de réaliser une réflexion partagée sur les acquis, les difficultés et les perspectives du Programme. Etaient présents à l'atelier :

- **Pour le niveau Commune** : Les Maires et les Secrétaires Généraux des Communes de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua, les Présidents des ASaCo et les CPM des CSCom des Aires de Santé et les représentants des Association des Thérapeutes Traditionnels.
- **Pour le niveau Cercle de Kadiolo** : Le Préfet ; le Président et le Secrétaire Général du Conseil de Cercle ; le Médecin Chef et le Gestionnaire du Centre de Santé de Référence ; le Chef du Service de Développement Social et de l'Economie Solidaire ; le Percepteur et le Contrôleur financier du Cercle ; le Président de la FELASCOM ; un représentant du Syndicat des Collectivités Territoriales ; l'AMAP et les Radios de Proximité (Radio Yelen et Radio Folona).
- **Pour le niveau Région de Sikasso** : Un représentant de la Direction Régionale de la Santé et de la Direction Régionale du Développement Social et de l'Economie Solidaire ; un représentant de l'Assemblée Régionale ; le Coordonnateur du programme de Partenariat Santé et Développement Social de la Coopération Suisse.

Après les cérémonies d'ouverture et la présentation des participants, le Dr Sergio Giani, coordinateur du programme, a exposé les acquis et les difficultés du Programme. L'accent a été d'abord mis sur les activités qui ont été réalisées, en partenariat avec les acteurs locaux, notamment :

- L'élaboration des chronogrammes de mise en œuvre des Plans d'Opérations Santé des Communes par les acteurs locaux de la santé et les collectivités territoriales (Atelier de concertation du 26 et 27 juin 2009) ;
- La vérification de la prise en compte des montants pour la mise en œuvre des Plans d'Opérations Santé des Communes dans les Budgets des Collectivités Territoriales (juillet 2009) ;
- L'élaboration et la signature de la convention relative à la gestion du financement desdits Plans d'Opérations entre le Conseil de Cercle et les Communes de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua [76] (juillet et août 2009) ;



- La définition des procédures pour la subvention des Plans d'Opérations des Communes par le Conseil de Cercle et pour la mobilisation et la justification des fonds par les Maires (Atelier du 20 et 22 août 2009, avec la participation des collectivités territoriales et des services techniques du Cercle, notamment la Santé, le Développement Social, la Perception et le Contrôle Financier) ;
- La finalisation et la distribution d'un manuel de procédures pour la mobilisation et la justification des fonds [77] (août 2009).

Dans le cadre de la capitalisation des activités de valorisation des ressources de la médecine traditionnelle, deux ouvrages ont été élaborés et édités. L'impression était en cours. Il s'agissait de :

- **La Guerre des Femmes**, relatant les activités d'implication des accoucheuses traditionnelles dans la promotion de la maternité à faible risque réalisées depuis 1999 à Kadiolo et ailleurs ;
- **Les Hommes et les Plantes**, relatant les activités de valorisation des ressources de la médecine traditionnelle réalisées à Kadiolo de 2001 à 2003.

La difficulté principale signalée a été le retard dans la mise à disposition des fonds du financement PSDS, qui n'ont été accrédités sur le compte du Conseil de Cercle que le 09 décembre 2009. Ce retard a empêché l'atteinte pleine des objectifs du Programme.

Ensuite, le Percepteur, avec l'appui du Contrôleur des Finances et de M. Mamoutou Diarra de Aidemet Ong, a fait un rappel de la Convention relative à la gestion du financement du PSDS entre le Conseil de Cercle et les Communes de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua et du Manuel de procédures pour la mobilisation et la justification des fonds.

Le point sur l'état d'avancement des procédures de décaissement a été présenté par le Percepteur et les collectivités territoriales (Conseil de Cercle et Communes) :

- Les Communes de Kadiolo, Zégoua et Dioumaténé étaient en train de présenter au Conseil de Cercle de Kadiolo les requêtes de subvention, accompagnées par les budgets détaillés élaborés par les CPM des CSCom, en fonction de la disponibilité de financement.
- Les arbitrages pour éviter les dépassements par rapport à la somme disponible étaient en cours.
- Avec l'accompagnement de l'équipe d'Aidemet Ong, les CPM avaient aussi élaboré la documentation relative aux activités à réaliser, qui devait accompagner la requête de décaissement des respectives Mairies à la Perception, dès que les subventions du



Conseil de Cercle auraient été prises en charge sur les comptes des Communes auprès de la Perception.

Toutes les dispositions avaient été ainsi prises pour la réalisation rapide d'au moins une activité par aire de santé et pour la justification exacte et à temps des montants relatifs. Les activités à réaliser avaient été sélectionnées à partir des Plans d'Opérations Santé Communales 2009.

Ensuite, nous avons rapidement présenté les perspectives du PSDS pour les années 2010-2011. En fonction des informations disponibles, l'appui de la Coopération Suisse à la Région de Sikasso dans le domaine de la santé devrait terminer à la fin de l'année 2011. D'ici là, par rapport au programme pour lequel *Aidemet Ong* était mandatée, l'accent devrait être mis sur le renforcement du Système Local d'Information Sanitaire, sur l'accompagnement du financement décentralisé de la santé et sur l'étude de faisabilité du Centre de Médecine Traditionnelle pour la Région de-Sikasso.

Les intervenants dans les débats ont souligné l'importance du travail réalisé. L'effectivité des décaissements à réaliser dans les jours suivants aurait permis de démontrer, en dépit des difficultés citées, que le mécanisme de financement décentralisé de la santé mis en place pourrait bien marcher. Il s'agirait d'une contribution importante au débat en cours au niveau national sur le transfert effectif des compétences et ressources en matière de santé aux autorités communales. L'accent a été mis sur la nécessité que les goulots d'étranglement identifiés soient résolus et les retards accumulés soient évités.

A la fin des discussions, l'Atelier a recommandé :

- **Aux Mairies, aux CSCom, au Conseil de Cercle, à la Perception et au Contrôle Financier** : de diligenter dans la mesure du possible les procédures de décaissement et de justification, conformément au Manuel de Procédures ;
- **Au Conseil de Cercle** : de signaler au Bureau de la Coopération Suisse de Bamako, via la Cellule du PSDS de Sikasso, la nécessité de prolonger le contrat, sans rallonge budgétaire, de quelques mois, afin de consentir la réalisation des activités programmées et l'absorption des fonds relatifs.

En conclusion de l'atelier, les représentants du niveau régional ont tenu à manifester leur vif intérêt pour l'expérience en cours à Kadiolo et ils ont insisté sur l'importance de l'engagement des uns et des autres pour que les fonds disponibles soient utilisés pour le renforcement des systèmes locaux de santé.



b. L'accompagnement du financement décentralisé

Suite aux recommandations de l'atelier de clôture, les acteurs locaux se sont investis durant le peu de temps qui restait au moins pour confirmer ou infirmer la possibilité d'application de la procédure décrite dans le manuel élaboré à cette fin. Pour cela, les collectivités territoriales ont bénéficié de l'appui de plusieurs structures dont l'équipe d'*Aidemet Ong*. Une prolongation d'une semaine a été accordée aux acteurs dans le cadre de la poursuite des activités de mobilisation des fonds PSDS, car la convention entre le PSDS et le Conseil de Cercle de Kadiolo expirait le 31 décembre 2009. Ces activités ont été menées pendant les premières deux semaines du mois de janvier 2010.

c. La préparation et la transmission des documents de subvention

Pour que le Conseil de Cercle puisse faire une subvention à une commune, celle-ci devrait constituer un dossier de subvention comprenant : (i) la demande de subvention ; (ii) le devis détaillé des activités ; (iii) une copie du Plan d'Opérations Santé de la commune ; (iv) une copie de la convention.

Les devis détaillés des activités ont été produits par les quatre CScCom concernés, tandis que les Mairies avaient préparé les autres documents. L'appui de proximité a consisté dans le support à l'élaboration et à la saisie desdits documents. Une fois le dossier constitué, il a été transmis aux maires concernés pour l'acheminer au Conseil de Cercle. Des visites ont été effectuées auprès des différents CScCom pour suivre le processus ; notamment pour accélérer la remise aux mairies pour que celles-ci fassent la transmission au Conseil de Cercle et pour faire en sorte que les dossiers des communes de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua soient remis à temps.

d. Le suivi du circuit de la subvention

Après la transmission des documents de subvention au Conseil de Cercle par les communes, des visites ont été faites auprès du Régisseur des dépenses du Conseil de Cercle pour voir si des difficultés persistaient ou si le processus évoluait rapidement. C'est ainsi que l'on s'est rendu compte que la commune de Kadiolo n'avait pas transmis son dossier au Conseil de Cercle, malgré la préparation de tous les documents. En effet, les documents ont été signés par le premier adjoint au Maire et remis au Secrétaire général pour les compléter, établir les mandats et les transmettre au Conseil de Cercle. Cette transmission n'a jamais été effectuée, malgré le délai supplémentaire accordé. Aucune raison valable de ce blocage n'a été fournie à l'équipe d'accompagnement d'*Aidemet Ong*. Ceci a anéanti tous les efforts consentis par les uns et les autres. Suite à cela, tous les acteurs, à savoir le



Conseil de Cercle à travers son Régisseur des dépenses, le Percepteur de Kadiolo et l'équipe d'Aidemet Ong, se sont engagés pour faire en sorte que le décaissement devienne une réalité au moins au niveau des deux autres communes.

e. Le point sur les décaissements

C'est ainsi que les communes de Dioumaténé et Zégoua ont bien voulu continuer les efforts pour l'aboutissement de la procédure. Elles ont préparé les mandats, activité par activité, en constituant les documents nécessaires. Si pour la subvention elles ont constitué un dossier comprenant les devis détaillés des activités, pour décaisser l'argent auprès de la Perception, elles devaient introduire en plus du mandat certains documents comme les factures non acquittées, la liste des participants non émargée, etc. Ce travail a été fait par les deux communes, avec l'appui des CPM des CScCom, selon les procédures concordées et consignées dans le Manuel.

Ces mandatements ont concerné les activités suivantes :

Tableau n° 16 : Activités financées par Commune

Commune	Activités	Montant en F CFA
Dioumaténé	Stratégie avancée et suivi AT	237 440
	Atelier de concertation entre les hommes et les femmes pour l'accès aux soins	396 000
Total Commune de Dioumaténé		633 440
Zégoua	Identification de 30 thérapeutes reconnus dans le traitement du paludisme dans les neuf villages de la commune	98 000
	Mise en place d'un comité de lutte contre les MGF dans la commune	125 000
	Identification des exciseuses de la commune	98 000
	Réalisation d'une enquête épidémiologique pour déterminer les indicateurs de départ et les objectifs à atteindre	202 000
	Analyse des résultats de l'enquête et les partager avec les différents acteurs de l'espace communal	434 000
	Supervision des AT et relais	155 100
Total Commune de Zégoua		1 112 100



f) Conclusion du processus de financement décentralisé

La Commune de Dioumaténé a pu réaliser pratiquement le 100% de son Plan d'Opération Santé. En effet, elle avait été décidé de concentrer les efforts sur la promotion de la maternité à faible risque, avec la construction d'une nouvelle maternité selon les normes en vigueur, le renforcement de la stratégie avancée, la supervision des accoucheuses traditionnelles et la concertation entre les hommes et les femmes pour essayer d'éliminer les goulots d'étranglement empêchant l'accès des femmes et des enfants aux soins. L'investissement pour la maternité a été pris en charge par le PSDS, via le Conseil de Cercle.

La Commune de Zégoua, qui avait décidé de privilégier la lutte contre le paludisme, avec l'implication des thérapeutes traditionnels, et le renforcement de la lutte contre les MGF, a pu réaliser les activités programmées.

10.3. Les enseignements tirés

Au terme de ce processus, certainement ni facile ni fluide, nous avons pu dégager les enseignements suivants :

- **La responsabilisation des communes :** Pour l'effectivité du transfert des ressources aux collectivités territoriales, les communes devaient prendre toute la mesure de leurs responsabilités. Il fallait non seulement apprendre à travailler avec les autres structures techniques, mais aussi à mieux s'approprier leurs tâches dans la mise en œuvre des procédures, certes compliquée, mais non impossibles. La commune de Kadiolo, pour des raisons non encore entièrement élucidée, n'a pas eu ce réflexe : le résultat a été que Kadiolo n'a pas eu accès au financement.

- **La nécessité d'une synergie entre les acteurs :** Le Conseil de Cercle, la Perception, les Communes, les CSCOM, le CSRéf, l'équipe d'Aidemet Ong, chacun en ce qui le concerne, ont cru en l'aboutissement du processus. Chacun des acteurs a eu un rôle déterminant à jouer. Ils se sont tous investis. C'est un bel exemple de partenariat entre acteurs locaux pour le renforcement du système de santé qui mérite d'être soutenu, capitalisé et surtout valorisé au niveau régional et national.

Cependant, nous avons consolidé la conviction que, pour le transfert effectif et généralisé des ressources aux collectivités territoriales, notamment pour le financement des activités de santé, il était indispensable la définition et la mise en œuvre de nouvelles procédures plus adaptés et souples, concernant non seulement les financements directs des partenaires techniques et financiers, mais aussi les fonds du budget d'État et des appuis budgétaires.



11. AUTRES ACTIVITÉS

Nous ne pouvons pas terminer cet ouvrage sans faire le point sur les réflexions relatives à la mise en place d'un Centre de Médecine Traditionnelle pour la Région de Sikasso, sans présenter les ouvrages de capitalisation qui ont été édités et sans parler du dialogue politique sur la décentralisation de la santé et la valorisation de la médecine traditionnelle que nous avons continué à développer.

11.1. Le Centre de Médecine Traditionnelle pour la Région de Sikasso

En effet, les résultats des efforts de valorisation de la médecine traditionnelle, consentis depuis 2001 dans la Région de Sikasso, principalement dans le Cercle de Kadiolo, en synergie entre les différents projets et programmes de la Coopération Suisse et d'autres partenaires, ont été objectivement importants. Ils ont concerné la collaboration entre les deux médecines pour une meilleure prise en charge des problèmes prioritaires de santé, le renforcement de la dynamique associative des thérapeutes traditionnels et la protection et la restauration des espèces médicinales en voie de disparition.

Cependant, nous pensions qu'il fallait réfléchir davantage, en impliquant les collectivités territoriales, les services techniques déconcentrés, les associations des thérapeutes traditionnels et les autres acteurs locaux, sur comment consolider les résultats atteints, capitaliser les expériences acquises et diffuser les actions de valorisation de la médecine traditionnelle à l'ensemble de la Région de Sikasso.

Nous étions convaincus qu'il était nécessaire d'assurer dans le temps un accompagnement de proximité aux associations des thérapeutes traditionnels de Kadiolo et des autres cercles de la Région et aux services techniques sur les aspects sanitaires, organisationnels et environnementaux de la médecine traditionnelle. Des actions concrètes dans la formation de compétences locales s'avéraient aussi indispensables. Certaines actions entreprises méritaient d'être continuées, approfondies et diffusées, notamment concernant la prise en compte des ressources de la médecine traditionnelle :

- dans la planification sanitaire aux différents échelons de la pyramide sanitaire, dans le cadre du transfert de compétences et ressources en matière de santé aux collectivités territoriales ;
- dans la collecte et l'analyse des données de santé au niveau communal, dans le cadre du renforcement du Système Local d'Information Sanitaire ;



- dans les projets et programmes de renforcement de la réponse locale face aux problèmes prioritaires de santé, notamment la promotion de la maternité à faible risque, la lutte contre le paludisme, la malnutrition, le VIH-SIIDA et la tuberculose ;
- dans les projets et programmes de sauvegarde de la diversité biologique végétale, concernant notamment la protection, l'utilisation rationnelle, la domestication, la culture biologique et la commercialisation éthique des espèces médicinales.

C'est dans le cadre de ces réflexions qu'une fiche d'avant projet concernant la réalisation d'un Centre Régional de Médecine Traditionnelle dans la Région de Sikasso, avec des Antennes dans les différentes aires culturelles de la région, a été élaborée par le Coordinateur du Programme et proposée aux Collectivités territoriales, aux services techniques et aux institutions de tutelle [74].

11.1.1. Les objectifs du Centre de Médecine Traditionnelle pour la Région de Sikasso

Le CRMT-Sikasso permettrait de consolider les acquis et d'assurer durabilité et visibilité aux actions entreprises depuis 2001 dans le domaine de la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle dans la Région de Sikasso.

L'objectif général est de participer au développement humain durable et au renforcement des systèmes locaux de santé. Le principal résultat escompté est l'amélioration durable de l'état de santé des populations de la Région, par l'utilisation rationnelle des ressources de la médecine traditionnelle, avec des retombées sur la qualité de l'environnement et sur la qualité de la vie des populations, par la création de sources de revenus à partir de l'exploitation durable des plantes médicinales et par la valorisation de la culture locale.

11.1.2. Les activités

Le CRMT-Sikasso sera un point focal pour toutes les activités de valorisation de la médecine traditionnelle de la Région, avec l'accent sur :

- Le renforcement de la dynamique associative des thérapeutes traditionnels ;
- La recherche sur l'articulation entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne et sur la domestication des espèces médicinales, avec la priorité sur le paludisme ;
- La promotion de la culture, de la transformation et de la commercialisation des espèces médicinales ;
- La formation des acteurs des deux médecines aux différents niveaux, pour une collaboration efficace et utile.



11.1.3. L'état d'avancement de la proposition.

Il est à signaler que la réalisation du CRMT-Sikasso était prévue dans le document de Politique Nationale de Médecine Traditionnelle, adopté par le Gouvernement du Mali en septembre 2005, ainsi que dans la programmation stratégique de l'Assemblée Régionale de Sikasso.

Nous avons ainsi élaboré une fiche d'Avant Projet qui a été discuté avec le Chef du Département Médecine Traditionnelle de l'INRSP, Prof Drissa Diallo, et soumise au Président du Comité Interministériel chargé du Suivi de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle, Dr Amara Cherif Traoré. La présentation aux Autorités Régionales et aux partenaires du PSDS en septembre et en octobre 2009 a permis d'enregistrer leur accord et leur adhésion. Dans la même période, le Prof. Flabou Bougoudogo, Directeur de l'INRSP, a effectué une mission pour présenter le Projet de CRMT-Sikasso aux autorités politiques et administrative de la Région. En mars 2010, pendant la Table Ronde des bailleurs des fonds pour le financement de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle, l'importance de la proposition a été confirmée. A la même occasion, la Coopération Suisse s'est engagé à assurer son support technique et financier pour la réalisation de l'étude de faisabilité dudit Centre.

11.2. Les ouvrages de capitalisation

Dans le mandat que le Bureau de la Coopération Suisse au Mali a confié à *Aidemet Ong* le 04 mai 2009, il était prévu de réaliser deux ouvrages de capitalisation et de diffusion des résultats des activités menées à Kadiolo et ailleurs pour la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle. Ces ouvrages ont été édités dans les derniers mois du Programme, respectivement en novembre 2009 et en janvier 2010 auprès de la maison d'édition Edimco de Bamako. Il s'agissait de :

- ***La Guerre des Femmes, de Rokia Sanogo et Sergio Giani***

L'ouvrage relate les expériences réalisées depuis 1999 visant l'implication des accoucheuses traditionnelles dans la prise en charge des urgences obstétricales [1]. Les activités ont été menées dans les Districts Sanitaires de Kolokani (Région de Koulikoro), Bandiagara (Région de Mopti) et Kadiolo (Région de Sikasso) et ailleurs, avec l'appui de différents partenaires techniques et financiers. L'accent a été mis sur les différentes étapes de la méthodologie et sur les approches qui ont permis d'attendre les résultats escomptés. Au centre des activités il y avait la tenue d'ateliers d'information et d'organisation des accoucheuses traditionnelles. L'objectif était de valoriser leurs connaissances et leurs



expériences en matière de prise en charge des accouchements au niveau des villages, pour les amener à s'occuper des accouchements normaux, en respectant les normes d'hygiène, et à identifier et à référer à temps les cas à risque. L'analyse des données collectées a démontré que l'implication des AT a facilité l'accès des femmes aux services de surveillance de la grossesse, d'assistance à l'accouchement, de suivi post-natal et de vaccination des enfants. Des réflexions et actions spécifiques ont été menées dans le domaine de la lutte contre les Mutilation Génitales Féminines, en les intégrant dans la lutte contre la mortalité maternelle et infantile.

• *Les Hommes et les Plantes, de Sergio Giani*

L'ouvrage présente les activités menées dans le domaine de la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle à Kadiolo de 2001 à 2003, avec l'appui du Bureau de la Coopération Suisse au Mali [2]. Les activités ont concerné l'appui à la dynamique associative des thérapeutes traditionnels, leur implication dans la sauvegarde et la restauration des plantes médicinales et la création d'un cadre d'échange entre les acteurs de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne. Les méthodologies privilégiées ont été l'écoute attentive, l'ouverture d'esprit et surtout le respect des savoirs et savoir-faire dont les acteurs de la médecine traditionnelle sont dépositaires. L'ambition a été de participer à la construction d'une vision africaine, sociale et solidaire de la santé communautaire, dans le cadre des discussions sur la relance des soins de santé primaires qui se sont développées à l'occasion du 30^e anniversaire d'Alma Ata. Il s'agissait de transformer en actions concrètes et mesurables les appels de l'OMS à l'intégration des bonnes pratiques de la médecine traditionnelle dans le processus de renforcement des systèmes locaux de santé.

11.2.1. L'Atelier de lancement des ouvrages de capitalisation

L'Atelier de lancement desdites ouvrages a été réalisé à Bamako le 13 mars 2010, dans la salle de conférence de Point Sud. Il est à noter que Point Sud est une organisation non gouvernementale partenaire d'Aidemet Ong, spécialisée dans la recherche pour le renforcement des savoirs locaux. Il est à souligner aussi la présence d'un public nombreux et attentif et de la presse audiovisuelle et écrite.

Après les mots de bienvenu et la présentation des auteurs par le Dr Moussa Sissoko, Co-directeur de Point Sud, le Dr Brahim Koné, ancien Directeur Régional de la Santé de Sikasso, a situé les activités relatées par les auteurs dans le Programme de Développement Socio-Sanitaire du Mali et dans le Partenariat Santé et Développement Social mis en œuvre dans la Région de Sikasso avec l'appui technique et financier de la Coopération Suisse.



La représentante de l'OMS au Mali, Dr Fatoumata Binta T. Diallo, qui par ailleurs avait préfacé *"La guerre des femmes"*, a mis l'accent sur l'importance des accoucheuses traditionnelles dans la promotion de la maternité à faible risque et des thérapeutes traditionnels dans les systèmes locaux de santé. Elle a invité la Coopération Suisse à continuer sur ce bon chemin.

Après les salutations de M^{me} Geneviève Fedelspiel, Directrice Résidente du Bureau de la Coopération Suisse au Mali, la Prof. Rokia Sanogo a présenté l'ouvrage *"La guerre des femmes"*. Ensuite, le Dr Sergio Giani a présenté l'ouvrage *"Les Hommes et les Plantes"*.

Les interventions du public ont consisté surtout dans des témoignages de personnes ressources qui ont participé aux activités ou qui ont apprécié les qualités des auteurs. Les contributions ont concerné la centralité de la médecine traditionnelle dans le contexte socioculturel du Mali, l'importance de la bonne communication sur la médecine traditionnelle, l'implication des acteurs de la médecine traditionnelle dans la protection de l'environnement et la nécessité de l'inter-culturalité et la pluridisciplinarité dans les recherches sur la médecine traditionnelle. Des questions ont porté sur les méthodologies utilisées, sur d'éventuels conflits au cours des actions, sur les choix des zones d'intervention.

L'atelier a atteint les résultats espérés : le public très qualifié et attentif qui a participé à la rencontre a apprécié la qualité des ouvrages. L'OMS s'est engagée à soutenir un plan de diffusion. La presse audiovisuelle a promis de faire sa part pour les faire connaître.

En effet, un reportage sur le lancement des ouvrages a été transmis dans l'édition principale du journal télévisé de l'ORTM du 14 mars 2010. Des articles ont été publiés sur *L'Annonceur* du 18 mars, *Les Echos* du 18 mars, *L'Indépendant* du 17 mars, *Le 22 Septembre* du 15 mars et *Le Pouce* du 16 septembre.

11.3. Le Dialogue des Politiques sur la Décentralisation et la Médecine Traditionnelle

Concernant le dialogue des politiques sur la décentralisation sanitaire, pendant toute la période d'activité du Programme nous avons maintenu des contacts avec la Cellule d'appui à la Décentralisation du Ministère de la Santé et avec les autres acteurs impliqués, en premier lieu avec le Groupe Pivot Santé et Population. Nous avons suivi les progrès et les retards dans la mise en œuvre du transfert des compétences et des ressources en matière de santé aux collectivités territoriales. Nous avons pu ainsi nous rendre davantage compte de l'importance des expériences que nous étions en train de réaliser sur le terrain.



Concernant le dialogue des politiques sur la médecine traditionnelle, nous avons tenu à souligner que la valorisation de la médecine traditionnelle et l'accompagnement de ses acteurs sont les objectifs principaux d'*Aidemet Ong*. Pour cela, ces activités étaient au centre de nos réflexions et de nos actions quotidiennes. Pour cela, nous avons continué à alimenter le site web de *Aidemet Ong*, www.aidemet.org. L'objectif était de donner plus de visibilité à nos actions au niveau national et international et de renforcer ainsi notre plaidoyer en faveur de la prise en compte de la médecine traditionnelle dans le cadre de la décentralisation de la santé et d'une vision sociale et solidaire de la santé communautaire au Mali et en Afrique.

Nous avons continué aussi le partenariat avec les acteurs de la médecine traditionnelle, ainsi que le plaidoyer pour la prise en compte des savoirs locaux de santé dans les programmes de développement sanitaire, social et environnemental et pour la mise en œuvre de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle, adopté par le Gouvernement du Mali depuis octobre 2005.

Nous tenons à signaler que le Comité Interministériel chargé du suivi de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle était fonctionnel depuis le mois de juillet 2009 [79]. Toutes les institutions et organisations concernées par la valorisation des ressources de la Médecine Traditionnelle y étaient représentées, y comprise *Aidemet Ong* [80]. Dans ce cadre, la Présidente de *Aidemet Ong* a participé aux réunions périodiques dudit comité et a collaboré à l'organisation de la Table Ronde des Bailleurs des fonds pour le financement de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle.

Les activités les plus importantes réalisées dans ce domaine ont été :

- **11 - 18 juin 2009** : *Aidemet Ong* a accompagné la Fédération Malienne des Associations des Thérapeutes Traditionnels et Herboristes (FEMATH) dans l'organisation de la 8^e édition de la Semaine Internationale de la Médecine Traditionnelle Africaine (SIMTA) qui d'est déroulée au Stade Modibo Keïta de Bamako. *Aidemet Ong* a été présente avec un stand pendant toute la durée de la manifestation, en participant au Comité d'organisation et à l'animation des activités de formation.

- **31 août 2009** : *Aidemet Ong* a participé à la célébration de la 7^e édition de la Journée Africaine de la Médecine Traditionnelle. Le thème retenu était "*Médecine traditionnelle et la sécurité du patient*" dans le cadre de la collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne.



- **10 octobre 2009** : au Centre Amadou Hampaté Ba, *Aidemet Ong* a participé à une rencontre de l'Observatoire pour les Pays Moins Avancés des Nations Unies, visant la mobilisation de la société civile du Mali pour veiller sur le respect des engagements pris par les Pays développés et par les Organisations Internationales. Nous avons présenté un aperçu sur la situation de la santé au Mali, tout en effectuant un plaidoyer pour le renforcement des systèmes locaux de santé, en impliquant les acteurs de la médecine traditionnelle.
- **03 - 04 novembre 2009** : *Aidemet Ong* a participé à l'Hôtel Massaley au troisième atelier annuel du projet «*Domestication et Développement du Baobab et du Tamarinier*» (DADO-BAT) organisé par l'Institut d'Economie Rurale, en collaboration avec le Laboratoire d'Agronomie Tropicale et Subtropicale et l'Ethnobotanique de l'Université de Gent (Belgique). *Aidemet Ong* a présenté une communication sur la «*Recherche sur la mise au point de formes pharmaceutiques simples à base de farine de fruit de Baobab et de pulpe de fruit de Tamarinier*», conduite en partenariat avec le DMT.
- **26 et le 27 novembre 2009** : *Aidemet Ong* a participé à la conférence d'ouverture du programme «*Chercher ensemble : pour une nouvelle stratégie des échanges entre l'Afrique et le monde*», organisée par Point Sud, Centre de Recherche sur le Savoir Local, en partenariat avec la Fondation Allemande pour la Recherche. Nous avons participé à la réflexion stratégique et nous avons contribué aux échanges, en présentant un poster ayant pour titre «*Du savoir traditionnel à un phytomédicament contre le paludisme*».
- **29 mars 2010** : Le Dr Sergio Giani, Charge des Programmes d'*Aidemet Ong*, a participé à la Table Ronde des bailleurs des fonds pour le financement de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle. Il a été chargé par le Bureau de la Coopération Suisse au Mali de présenter un exposé su : «*Apport de la Coopération Suisse à la valorisation des ressources de la Médecine Traditionnelle au Mali*».



12. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Les activités du « *Programme relatif à l'expérimentation du transfert des compétences et ressources en matière de santé aux collectivités territoriales et à la valorisation de la médecine traditionnelle dans la Région de Sikasso* » ont constitué la conclusion des activités de la recherche-action que nous avons menées depuis 2005.

En premier lieu, elles nous ont permis d'expérimenter, même si à échelle réduite, le transfert effectif des ressources du PSDS aux communes de Dioumaténé et Zégoua, via le Conseil de Cercle de Kadiolo : à partir de la disponibilité des fonds, il a été possible de démontrer que le financement décentralisé des activités de santé dans les espaces communaux était bien possible, même s'il n'a pas été du tout facile. Il est à souligner qu'à cause du retard dans la mise à dispositions du financement du PSDS au Conseil de Cercle cette expérimentation a été seulement amorcée : les Communes de Dioumaténé et de Zégoua ont eu accès aux fonds du PSDS, via le Conseil de Cercle, et ont pu ainsi réaliser quelques unes des activités qu'ils avaient programmées dans leurs Plans d'Opérations. Par contre, la Commune de Kadiolo n'a pas complété les procédures nécessaires, probablement à cause d'un manque de communication entre les services techniques, la Commune et le Conseil de Cercle, malgré les engagements des uns et des autres et le suivi rapproché assuré par l'équipe d'Aidemet Ong.

L'effectivité de ces premiers décaissements a permis de confirmer, en dépit des difficultés rencontrées, que le mécanisme de financement décentralisé de la santé mis en place pourrait bien marcher. Il est cependant important que, pour le futur, les goulots d'étranglement identifiés soient résolus et les retards accumulés soient évités. Il faudra, d'un côté, que les modalités d'accès des collectivités aux fonds de la Coopération Suisse soient révisées et que les temps du processus de financement soient accélérés, pour les adapter au rythme de décision des collectivités territoriales et aux nécessités d'action des acteurs locaux de la santé. Il faudra, de l'autre côté, que les collectivités territoriales et les acteurs de la santé s'engagent à développer un partenariat effectif et efficace. Il faudra évidemment aussi un effort supplémentaire de s'approprier des procédures de décaissement et de justifications des fonds. Avant d'atteindre sa vitesse de croisière, ce processus nécessitera encore pour un certain temps d'un accompagnement de proximité et de qualité.

Cependant, nous étions intimement convaincu que les procédures de la comptabilité publique en vigueur, d'une part, et les mécanismes de décaissement des principaux bailleurs de fonds, d'autre part, étaient difficilement compatibles avec le financement décentralisé des activités de santé et qu'une réforme en profondeur restait nécessaire.



Par ailleurs, il nous semblait évident qu'il aurait fallu continuer l'expérimentation amorcée sur l'adaptation et le renforcement du Système Local d'Information Sanitaire, avec la prise en compte des données des activités de médecine traditionnelle. C'est ainsi qu'il serait possible fournir aux collectivités territoriales de données actualisées, fiables et complètes pour supporter les prises de décision en matière de santé. Ces données seraient aussi essentielles pour le monitoring des indicateurs de performance et d'impact de la mise en œuvre des activités programmées.

Nous tenons à souligner encore une fois l'importance des activités réalisées depuis 2001 pour la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle dans la Région de Sikasso grâce à l'appui de la Coopération Suisse. Le CRMT-Sikasso permettrait d'avoir une structure opérationnelle à mesure d'assurer visibilité, durabilité et continuité aux actions d'implication des acteurs de la médecine traditionnelle organisés dans renforcement des systèmes locaux de santé, dans la sauvegarde de la diversité biologique végétale et dans la promotion du développement local, dans le cadre de la décentralisation administrative et sanitaire.

En ce qui concerne le dialogue des politiques sur la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle, nous pensons que le lancement des deux ouvrages de capitalisation *"La guerre des Femmes"* et *"Les Hommes et les Plantes"* avait permis d'élever le niveau des débats et de faire mieux remonter les réflexions sur les expériences réalisées sur le terrain pour orienter les choix stratégiques au niveau national. La mise en œuvre de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle dans ce domaine ouvrait des espaces pour des synergies de réflexion, d'interpellation et d'action.

Par rapport à la décentralisation de la santé, il était important que les expériences novatrices que la Coopération Suisse était en train de réaliser dans la Région de Sikasso en générale et à Kadiolo en particulier soient connues et appréciées au niveau national. Il s'agissait pour cela d'assurer un apport aux réflexions et aux actions en cours sur le transfert effectif des compétences et ressources en matière de santé aux collectivités territoriales.

Nous espérons pouvoir continuer notre partenariat avec le Bureau de la Coopération Suisse, au moins jusqu'à fin de l'année 2011, date à laquelle, selon les décisions prises, l'appui de la Suisse aux programmes de santé devrait s'arrêter.

L'enjeu pour nous était de continuer à participer à la construction de systèmes locaux de santé plus accessibles, équitables et efficaces, utilisant au mieux toutes les ressources disponibles, dans le cadre du transfert des compétences et ressources en matière de santé aux collectivités territoriales et de mise en œuvre de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle.



EPILOGUE

Au moment où nous sommes en train de finaliser et de réviser cet ouvrage, le Mali traverse une des crises les plus graves de son histoire. Il s'agit d'une crise en même temps climatique, alimentaire, sociale, politique et sécuritaire. Les conséquences de la mauvaise pluviométrie de l'année 2011 ont aggravé la situation nutritionnelle dans les zones sahéliennes. Des inondations ont affecté beaucoup de villages et de terres agricoles, à cause des pluies torrentielles de la saison 2012. Depuis plusieurs mois, les deux tiers du pays sont occupés par des bandes armées d'inépendantistes, d'islamistes et de trafiquants de différents horizons. Au niveau politique, depuis le 22 mars 2012 nous avons assisté au renversement par les militaires du régime en place. Les forces politiques et la société civile sont divisées entre ceux qui ont accueilli le coup d'état comme un espoir pour déclencher le changement souhaité et ceux qui continuent à réclamer le retour à l'ordre constitutionnel.

Cette crise affecte aussi le système de santé : au nord par le pillage des structures et le déplacement du personnel de santé à cause de l'insécurité ; au centre et au sud par le poids des populations déplacées sur les familles et les structures de soins et par l'arrêt des financements des grands partenaires financiers de la santé. Une épidémie de choléra, qui s'est développée dans la région de Gao, a été difficilement contrôlée grâce aux interventions humanitaires d'urgence. Le système de réponse mis en œuvre par les agences des Nations Unies ne semble pas arriver à mobiliser suffisamment de fonds pour faire face aux défis humanitaires du Mali.

Dans cette situation difficile, nous avons persisté dans notre travail de fourmis, en continuant à développer notre dialogue politique pour un système de santé plus efficace, accessible et équitable, sur la base des expériences que nous avons relatées dans cet ouvrage... C'est ainsi que le nouveau Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social [80] est bâti autour de la programmation ascendante des activités de santé, à partir des Plans d'Opérations des Aires de Santé, avec une attention particulière à la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle et des réflexions approfondies sur l'adaptation du système d'information sanitaire et sur l'identification de nouveaux mécanismes pour le financement décentralisé des activités de santé... Car c'est cela le sens de notre travail : participer à la définition et à l'expérimentation de nouvelles normes et procédures pour la décentralisation effective de la santé.

Nous pensons avoir démontré qu'il est bien possible que «*le pouvoir revienne à la maison*»... Cependant, cela ne peut pas se faire sans que chacun accepte de renoncer à une



partie de son pouvoir et de ses habitudes. La décentralisation sanitaire et administrative doit commencer dans les têtes et les esprits de nous tous et doit être accompagnée par la bonne gouvernance, par la transparence de gestion et par l'engagement positifs et la mobilisation citoyenne de tous les acteurs locaux.

La situation est certes difficile, mais nous ne nous décourageons pas, car il y a des lueurs d'espoir : la résistance de la société civile dans les régions du nord et la solidarité agissante des populations au centre et au sud ; les actions sanitaires d'envergure, telle que la vaccination des enfants des régions du nord, avec l'engagement des cadres qui sont restés, de certains partenaires et de la société civile ; l'engouement partagé de plus en plus visible et écouté pour la vérité, la dignité et la solidarité... Nous pensons qu'un vent nouveau commence à souffler.

Une légende dogon affirme qu'au moment de la création le baobab est tombé du ciel avec les branches en bas et les racines en haut... C'est pour cela que quand Jean-Luc Virchaux, représentant résident de la Coopération Suisse, a terminé son service au Mali, nous avons décidé de lui faire cadeau d'un petit baobab en bronze... pour le remercier d'avoir soutenu nos efforts pour remettre le Mali debout. Par ailleurs, un proverbe bambara dit : « *Quand le grand baobab se couche, les chèvres peuvent brouter ses feuilles ; mais il ne s'agit pas de fin de la vie de l'arbre* ». Le Mali uni et démocratique survivra, nous en sommes certains.

Nous espérons avoir donné avec cet ouvrage notre contribution à la construction du nouveau Mali qui sortira grandi de la crise actuelle. Nous partageons l'opinion de ceux qui pensent que la décentralisation deviendra, dans les années à venir, une arène politique réelle d'affrontement, mais aussi de cohésion et de participation, des acteurs locaux et de leurs diverses ambitions citoyennes [81]. C'est ainsi qu'elle permettra l'enracinement de la démocratie participative dans le vécu quotidien des communautés de base.

Bamako, novembre 2012.



BIBLIOGRAPHIE

1. Sanogo R. et Giani S., *La guerre des femmes: accoucheuses traditionnelles et promotion de la maternité à moindre risque*, EdimCo Mali Ed., Bamako, novembre 2009, pp 95.
2. Giani, S., *Les Hommes et les Plantes: Valorisation des ressources de la médecine traditionnelle à Kadiolo (Mali)*, EdimCo Mali Ed., Bamako, janvier 2010, pp 126.
3. Primature, *Décret n° 02-314/P-RM du 14 juin 2002, fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux Commune et Cercle en matière de Santé*, Bamako, juin 2002.
4. Ministère de la Santé, *Politique Nationale de Médecine Traditionnelle*, INRSP/DMT, Bamako, octobre 2005.
5. MSSPA/CPS, *Programme de Développement Sanitaire et Social 2003-2007*, Bamako, 2003.
6. Gautier P., *Recherche-action et intersubjectivité - Synthèse et Notes*, DDC-Suisse, Atelier de Bamako, décembre 2003.
7. MATCL/SG, *Etude sur le bilan et les perspectives de la Décentralisation au Mali, Rapport final*, CATEK, Bamako, mars 2011.
8. Sy O., *La décentralisation et les réformes institutionnelles au Mali : Le cadre d'une nouvelle dynamique de démocratie et de développement*, MDRI, Bamako, 1998.
9. GM/Primature, *La Charte de Kouroukan Fouga*, www.primature.gov.ml, 30 septembre 2010.
10. Kassibo B., *La Décentralisation au Mali : Etat des Lieux*, Bulletin de l'APAD, n° 14, 1997.
11. RM, *La Constitution de la République du Mali*, Bamako, 25 février 1992.
12. RM, *Loi 93-008 du 11 février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités territoriales*, JORM, Bamako, 1993.
13. RM, *Loi 96-050 du 16 octobre 1996, portant principes de constitution et gestion du domaine des collectivités territoriales*, JORM, Bamako, 1996.
14. RM, *Loi 96-051 du 16 octobre 1996, déterminant les ressources fiscales des communes*, JORM, Bamako, 1996.
15. RM, *Loi 96-058 du 16 octobre 1996, déterminant les ressources fiscales du District de Bamako et des communes qui le composent*, JORM, Bamako, 1996.
16. GM, *Loi n° 96-059 du 04 novembre 1996, portant création des communes*, JORM, Bamako, 1996.
17. GM, *Loi n° 2012- 007 du 07 février 2012 portant Code des Collectivités Territoriales*, JORM, Bamako 2012.
18. Primature, *Décret n° 05-299/P-RM du 28 juin 2005, fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des Centres de Santé Communautaires (CSCoM)*, Bamako, juin 2005.
19. MS/SG/CADD, *Guide d'opérationnalisation du Décret n° 02-314/P-RM du 04 juin 2002*, SNV, Bamako, juillet 2009.
20. MS/SG/CADD, *Guide de gestion des Centres de Santé en mode décentralisé, Tome I, Centre de Santé Communautaire (CSCoM)*, CADD/MS, Bamako septembre 2011.



21. MS/SG/CADD, *Guide de gestion des Centres de Santé en mode décentralisé, Tome II, Centre de Santé de Référence (CSRéf) ou Hôpital de District*, CADD/MS, Bamako septembre 2011.
22. MSPAS, *Plan de relance des Soins de Santé Primaires – L’initiative de Bamako : Cadre conceptuel*, Bamako, 1989.
23. MSSPA, *Déclaration de Politique Sectorielle de Santé et Population*, Bamako, 1990.
24. MSSPA/CPS, *Programme de Développement Sanitaire et Social 1998-2002*, Bamako, 1997.
25. EDSM III, *Enquête démographique et de Santé au Mali 2001*, CPS/MS, DNSI et ORC Macro, Calverton (USA), 2002.
26. CPS/Secrétariat Permanent du PRODESS, *Programme Opérationnel 2003 du PRODESS, synthèse nationale*, Bamako, 2003.
27. Ag Iknane A., Kadjoké M., Camara I. et Camara M., *La santé communautaire au Mali : aspects juridiques, réglementaires et économie politique*, Santé pour Tous, Bamako, 2000.
28. ETC Crystal, République du Mali : *Programme de Développement Sanitaire et Social. Mission d’évaluation externe*, Bamako, novembre 2002.
29. Giani S., *L’initiative de Bamako au Mali : la réforme pharmaceutique et le rôle de la médecine traditionnelle*, dans *Coopération et santé au Mali*, Istituto Italo-Africano, Rome, Italie, 1992, pp.123-137.
30. Kadjoké M., *Etude sur l’amélioration du Cadre Juridique de la Santé Communautaire au Mali*, FENASCOM, Bamako, 2001.
31. Aidemet Ong, Bureau de la Coopération Suisse, *Protocole de recherche opérationnelle : Elaboration par les collectivités territoriales de politiques de santé communautaire équitables, accessibles et efficaces, valorisant les ressources de la médecine traditionnelle*, Archives d’Aidemet Ong, Bamako, décembre 2004
32. Giani S., Sanogo R., *Médecines Traditionnelles et Développement Local: Méthodologies et Approches*, Universitas Forum, Vol. 2, N° 2, juillet 2011.
33. von Bertalanffy L., *General System Theory*, The Penguin Press, London, 1971.
34. Grodos D. et Mercenier P., *La recherche sur les systèmes de santé : mieux comprendre pour mieux agir*, Studies in Health Services Organisation and Policy, 14, 2000.
35. Hall A.D. et Fagen R.E., *Definition of a system*, General Systems Yearbook, 1 (18), 1958.
36. Grundy F. et Reinke W.A., *Recherche en organisation sanitaire et techniques de management*, Cahiers de Santé Publique, n° 51, OMS, Genève, 1973.
37. Mayer R. et Ouellet F., *Méthodologie de recherche pour les intervenant sociaux, Chapitre n° 2 : La recherche-action*, Editions Gaëtan Morin, Montréal, 1991.
38. Goyette G. et Lessard-Hébert M., *La recherche-action : ses fonctions, ses fondements et son instrumentation*, Sillery, Presse de l’Université du Québec, 1987.
39. Susman G.I. et Evered R.D., *An Assessment of the Scientific Merits of Action-Research*, Administrative Science Quarterly, 23:582-603, 1978.



40. Giani S., *Recherche-action sur décentralisation, santé communautaire et médecine traditionnelle à Kadiolo (Sikasso)*, Global Ministerial Forum on Research for Health, Bamako, November 2008.
41. Foy-Sauvage L. et Rebuffel P., *Etude des processus d'échange d'information et d'apprentissage en milieu rural sahélien pour l'accompagnement des dynamiques d'auto-développement*, in *Savanes africaines : des espaces en mutation, des acteurs face à de nouveaux défis*. Actes du colloque, CIRAD, 2003.
42. Stockinger P., *La communication interculturelle : Les principales notions*, Institut National des Langues et des Civilisations, Paris, 2001-2002.
43. Wennerholm C., *Spécificités des Genres*, Centre de Ressources Documentaires, ADT, janvier 2001.
44. Charlier S. et Caubergs L., *L'approche de l'empowerment des femmes : Une guide méthodologique*, Commission Femmes et Développement, Bruxelles, Belgique, juin 2007, pp 45.
45. Hofmann E., *Comment évaluer l'empowerment des femmes défavorisées ? Eléments de réflexion à partir de projet de développement dans des pays du Sud*, Université de Bordeaux 3, Association Tombana, 2003, pp.13.
46. Sanogo R. et Giani S., *Femmes et Plantes : Autonomisation économique et empowerment des femmes par la valorisation des savoirs locaux sur les plantes. Le cas du District de Bamako et de la région de Ségou.*, EdimCo Mali Ed., Bamako, juillet 2012, pp 39.
47. Gauthier B., *Recherche Sociale. De la problématique à la collecte des données*, Presse de l'Université du Québec, 2003.
48. Aidemet Ong, *Recherche Action "Santé, Décentralisation et Médecine Traditionnelle" - Rapport narratif des activités, Premier trimestre 2005*, Archives Aidemet Ong, Bamako, avril 2005.
49. Aidemet Ong, *Rapport de l'atelier de lancement de la Recherche-Action (RA) sur "L'élaboration par les collectivités territoriales de politiques de santé communautaire équitables, accessibles et efficaces, valorisant les ressources de la médecine traditionnelle"*, Archives Aidemet Ong, Kadiolo, mai 2005.
50. Aidemet Ong, *Recherche Action "Santé, Décentralisation et Médecine Traditionnelle" - Rapport d'activités de la période du 12 mai au 31 juillet 2005*, Archives Aidemet Ong, Bamako, juillet 2005.
51. Aidemet Ong, *Recherche Action "Santé, Décentralisation et Médecine Traditionnelle" - Rapport d'activités de la période du 1^{er} août au 31 octobre 2005*, Archives Aidemet Ong, Bamako, octobre 2005.
52. Aidemet Ong, *Recherche Action "Santé, Décentralisation et Médecine Traditionnelle" - Rapport d'activités de la période du 1^{er} novembre 2005 au 31 janvier 2006*, Archives Aidemet Ong, Bamako, janvier 2006.
53. Aidemet Ong, *Recherche Action "Santé, Décentralisation et Médecine Traditionnelle" - Synthèse de la I phase et proposition pour la II phase*, Archives Aidemet Ong, Bamako, mai 2006.
54. Aidemet Ong, *Recherche Action "Santé, Décentralisation et Médecine Traditionnelle" - Présentation à l'atelier de formulation du Plan d'Action du Bureau de la Coopération Suisse au Mali : Bilan stratégique 2005 et orientations stratégiques 2006*, Archives Aidemet Ong, Bamako, octobre 2005.
55. Bureau de la Coopération Suisse au Mali, *Note technique sur la phase intermédiaire de la recherche-action*, Bamako, juillet 2006.



56. Aidemet Ong, *Recherche Action "Santé, Décentralisation et Médecine Traditionnelle" - Rapport de la mission de reprise de contact à Sikasso et à Kadiolo du 23 au 29 juillet 2006*, Archives Aidemet Ong, Bamako, août 2006.
57. Aidemet Ong, *Recherche-Action sur Décentralisation, Santé Communautaire et Médecine Traditionnelle. Phase intermédiaire de trois mois. Note Méthodologique*, Archives Aidemet Ong, Bamako, septembre 2006.
58. Aidemet Ong, *Recherche-Action sur Décentralisation, Santé Communautaire et Médecine Traditionnelle. Phase intermédiaire du 5 octobre 2006 au 31 janvier 2007 – Rapport final*, Archives Aidemet Ong, Bamako, février 2007.
59. Bureau de la Coopération Suisse au Mali, *Mandat et Termes de Référence relatifs à la réalisation de la II Phase de la Recherche-Action sur Décentralisation, Santé Communautaire et Médecine Traditionnelle*, Bamako, 18 juin 2007.
60. Aidemet Ong, *Recherche-Action sur Décentralisation, Santé Communautaire et Médecine Traditionnelle, II phase. Rapport intermédiaire d'activités*, Archives Aidemet Ong, Bamako, février 2008.
61. Aidemet Ong, *Recherche-Action sur Décentralisation, Santé Communautaire et Médecine Traditionnelle, II phase. Rapport final d'activités*, Archives Aidemet Ong, Bamako, janvier 2009.
62. DDC-Suisse, Bureau de Coopération de Bamako, *Stratégie de la Coopération Suisse au Mali 2007/2011*, Site web : www.cooperationsuisse.admin.ch/Mali
63. Aidemet Ong, *Recherche-Action sur Décentralisation, Santé Communautaire et Médecine Traditionnelle. Etude de la faisabilité financière et sociale d'un CScOm polycentrique à Zégoua*, Archives Aidemet Ong, Bamako, janvier 2006.
64. Aidemet Ong, *Rapprochement des soins de santé aux populations de la commune de Zégoua*, Document de projet, PCSM 2, GP/SP, Bamako, mars 2007, 29 p.
65. Traoré B., Coulibaly Y., Tangara M., Traoré D., Kayo A., Diarra M. et Giani S., *Décentralisation de la santé et Système Local d'Information Sanitaire : l'expérience de la Commune de Zégoua (District de Kadiolo, Région de Sikasso, Mali)*, Mali Médical 2011, XXVI, 4.
66. Toonen J., Dao D., Hilhorst T., *Mali : Vers un système d'information essentielle sur le secteur de la santé pour les acteurs communaux (SIEC-S)*, SNV/Communicances, Bamako, mai 2007, 21 p.
67. OMS, *Systèmes d'information sanitaire à l'appui des Objectifs du Millénaire pour le Développement*, OMS, Conseil Exécutif, 118^e session, EB 118/16, Genève, mai 2006.
68. Conférence ministérielle d'Alger sur la Recherche pour la Santé dans la Région Africaine, *Systèmes d'information sanitaire en Afrique : Ressources, indicateurs, gestion, diffusion et utilisation des données*, Alger, 2008, 8 p.
69. Kubwimana O., *Le système d'information sanitaire au Rwanda*, VII atelier du CISP Club, Annecy, France, 2004, 2 p.- <http://www.cispclub.org>.
70. Lippeveld T., Sauerborn R. et Bodart C., *Design and Implementation of Health Information Systems*, WHO, Geneva, 2000, 270 p.
71. Bureau de la Coopération Suisse au Mali, *Mandat et Termes de Référence relatifs à la mise en œuvre d'un Programme d'expérimentation du transfert des compétences et ressources en matière de santé aux collectivités territoriales et à la valorisation de la médecine traditionnelle dans la Région de Sikasso*, DDC-Suisse, Bamako, 04 mai 2009.



72. Aidemet Ong, *Programme d'expérimentation du transfert des compétences et ressources en matière de santé aux collectivités territoriales et à la valorisation de la médecine traditionnelle dans la Région de Sikasso, I Rapport intermédiaire d'activités*, de mai à août 2009, Archives de Aidemet Ong, Bamako, septembre 2009.

73. Aidemet Ong, *Programme d'expérimentation du transfert des compétences et ressources en matière de santé aux collectivités territoriales et à la valorisation de la médecine traditionnelle dans la Région de Sikasso, II Rapport intermédiaire d'activités*, de septembre à novembre 2009, Archives de Aidemet Ong, Bamako, décembre 2009.

74. Aidemet Ong, *Fiche d'Avant-Projet : Centre Régional de Médecine Traditionnelle pour la 3^e Région (Sikasso)*, Archives de Aidemet Ong, Bamako, septembre 2009.

75. Aidemet Ong, *Programme d'expérimentation du transfert des compétences et ressources en matière de santé aux collectivités territoriales et à la valorisation de la médecine traditionnelle dans la Région de Sikasso, Rapport final*, Archives de Aidemet Ong, Bamako, mars 2010.

76. MATCL/Région de Sikasso/Cercle de Kadiolo, *Convention relative à la gestion du financement du PSDS des PO Santé des Communes de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua, élaborés dans le cadre de la recherche-action menée par Aidemet Ong à Kadiolo*, Conseil de Cercle de Kadiolo, 12 août 2009.

77. République du Mali/Région de Sikasso/Cercle de Kadiolo, *Manuel des procédures de gestion des fonds du PSDS pour le financement des PO Santé des Communes, via le Conseil de Cercle*, Conseil de Cercle de Kadiolo, août 2009

78. MS, *Décision n° 09-602 MS-SG du 24 avril 2009 portant création, organisation et fonctionnement du Comité de Suivi de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle*, MS/SG, Bamako, avril 2009.

79. MS, *Décision n° 1221 MS-SG du 17 juin 2009 portant nomination des membres du Comité de Suivi de la Politique Nationale de Médecine Traditionnelle*, MS/SG, Bamako, juin 2009.

80. MS/MAHSPA/MFPFE, SG, *Plan Décennal Développement Sanitaire et Social (PDDSS), Version 04*, Secrétariat Permanent du PRODESS, CPS, Bamako, septembre 2012.

81. Koné Y. F. et Sow M., *La Décentralisation au Mali vue d'en bas dans les cercles de Sikasso et Ségou*, Série Etudes - Recherches, Centre Djoliba, Bamako, décembre 2003, pp 72., Bamako, septembre 2012.



ANNEXES

ANNEXE 1

**Ministère de l'Administration Territoriale
Et des Collectivités Locales**

**République du Mali
Un Peuple- Un But- Une Foi**

**Région de Sikasso
Cercle de Kadiolo**

CONVENTION RELATIVE A LA GESTION DU FINANCEMENT DU PSDS DES PO SANTE DES COMMUNES DE DIOUMATENE, KADIOLO ET ZEGOUA, ELABORES DANS LE CADRE DE LA RECHERCHE ACTION MENEES PAR Aidemet Ong A KADIOLO

Entre,

D'une part le Conseil de Cercle de Kadiolo, représenté par son Président en la personne de Mr Moulaye DIABATE,

Et

D'autre part les communes rurales suivantes du cercle de Kadiolo :

- Commune de Dioumaténé
- Commune de Kadiolo
- Commune de Zégoua

Représentées par leurs maires respectifs à savoir Mr Zahana DIARRA, Mr Dibi KONE, Mr Lamissa COULIBALY

Conformément aux dispositions suivantes:

- ✓ La loi n°93-008 du 11 février 1993 déterminant les conditions de la libre administration des collectivités Territoriales, modifiée par la loi n° 96-056 du 16 octobre 1996 ;
- ✓ La loi n°95-034 modifiée du 12 Avril 1995 portant code des Collectivités Territoriales en République du Mali, modifiée par la loi n°98 – 010 du 15 juin 1998 et modifiée par la loi n°98 – 066 du 30 décembre 1998 ;
- ✓ Le décret n°06 – 436 / P – RM du 16 octobre 2006 déterminant les modalités de coopération entre les collectivités territoriales ;
- ✓ Le décret No 05- 299 P- RM du 22 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes de fonctionnement des Centres de Santé Communautaires (CSCOM) ;
- ✓ Le décret No 02-314/ P- RM du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle en matière de santé ;
- ✓ Le contrat signé le 30 avril 2009 entre le Bureau de la Coopération Suisse au Mali et le Conseil de Cercle de Kadiolo, concernant l'octroi d'une contribution au financement du PO 2009 du Conseil de Cercle de Kadiolo dans le cadre du PRODESS.

Il est convenu ce qui suit :



Article 1 : Objet de la convention :

Le Conseil de cercle de Kadiolo a reçu un financement de la part du Bureau de la Coopération Suisse. Ce financement sera libéré par tranches. Il est destiné à la mise en oeuvre des PO santé des communes rurales de Dioumaténé, Kadiolo et Zégoua élaborés dans le cadre de la Recherche Action menée par Aidemet Ong. Les PO santé des trois communes portés en annexe font partie intégrante de la présente convention.

La présente convention rentre dans le cadre de l'expérimentation du transfert des compétences et des ressources dans le domaine de la santé conformément au décret 314.

Elle porte sur la définition des modalités de mobilisation, de justification et sur la définition des relations partenariales entre le Conseil de cercle de Kadiolo et les trois communes mentionnées ci-dessus.

Outre la présente convention, les documents de référence comprennent le PO santé du Conseil de cercle et les budgets additionnels 2009 des collectivités signataires.

Engagement des contractants :

Article 2 : Mandat du Conseil de cercle de Kadiolo.

A travers la présente convention, le Conseil de cercle de Kadiolo s'engage :

1. A budgétiser lesdits fonds dans son budget annuel 2009 ;
2. A délibérer sur l'adhésion à la convention ;
3. A mobiliser ces fonds sous forme de subvention aux différentes communes conformément à la convention signée avec le BUCO ;
4. A tenir la comptabilité des fonds sur présentation des justificatifs fournis par les différentes communes ;
5. A fournir périodiquement aux communes les soldes, chacune en ce qui la concerne ;
6. A apporter un appui technique aux communes en ce qui concerne les modalités pratiques de justification des dépenses effectuées sur ces fonds.

Article 3 : Mandat des communes.

Les Communes s'engagent :

- 1- A budgétiser les fonds affectés aux communes dans les budgets additionnels 2009 ;
- 2- A délibérer sur l'adhésion à la convention ;
- 3- A mobiliser les fonds conformément aux procédures en vigueur, aux budgets et aux PO élaborés ;
- 4- A fournir périodiquement et à temps au Conseil de Cercle de Kadiolo les justificatifs des fonds décaissés ;
- 5- A consulter le Conseil de cercle et la perception dans le cadre de la mobilisation et de la justification des fonds reçus ;
- 6- A exécuter les activités conformément au PO respectifs portés en annexe.

Article 4 : Relations entre le Conseil de cercle et les Communes.

Les relations entre le Conseil de Cercle de Kadiolo et les communes rurales de Kadiolo, Dioumaténé et Zégoua seront celles définies par le décret n° 06-436/P-RM du 16/10/2006 déterminant les modalités de la coopération entre les collectivités territoriales en République du Mali.

Article 6 : Les Partenaires.

Les partenaires des collectivités dans le cadre de la présente convention sont :



- La Perception et le Contrôle Financier de Kadiolo en ce qui concerne les aspects comptables, financiers et les procédures en vigueur ;
- Le Centre de Santé de Référence et le Service du Développement Social et de l'Economie Solidaire de Kadiolo pour la supervision des activités ;
- Les CSCOM et ASACO des communes concernées pour la mise en œuvre des activités des PO respectifs
- Le Sous- Préfet pour l'appui conseil
- Aidemet Ong en ce qui concerne l'accompagnement et l'animation du processus.

Article 7 : Le suivi /évaluation de la convention.

Le suivi/évaluation de la présente convention se fait à travers des rencontres ou des concertations périodiques entre les collectivités et les différents partenaires.

Article 8 : Durée de la convention.

La présente convention entre en vigueur dès sa signature par toutes les parties et prend fin le 31 décembre 2009

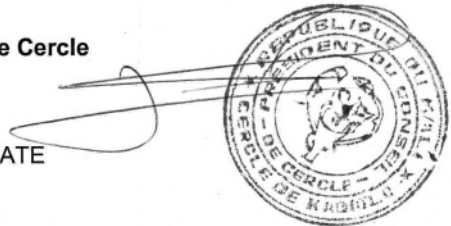
Article 9 : Des différends.

En cas de différend entre les parties dans le cadre de la mise en œuvre de la présente convention, elles s'engagent à le régler à l'amiable. Dans le cas où un accord n'est trouvé, il sera fait recours à la juridiction compétente.

Fait à Kadiolo le 12 Août 2009

Pour le Conseil de Cercle

Moulaye DIABATE



Pour la commune rurale de Diomaténé

Zahana DIARRA



Pour la Commune rurale de Kadiolo

Djibi SOUANE



Pour la Commune rurale de Zégoua

Lamissa COULIBAL





ANNEXE 2

République du Mali
Région de Sikasso
Cercle de Kadiolo

Un Peuple- Un But- Une Foi

MANUEL DES PROCEDURES DE GESTION DES FONDS DU PSDS POUR LE FINANCEMENT DES PO SANTE DES COMMUNES, VIA LE CONSEIL DE CERCLE

Kadiolo, août 2009



Le Conseil de Cercle de Kadiolo doit recevoir un financement de la part du Bureau de la Coopération Suisse au Mali. Celui-ci a pris en charge le financement des activités de santé consignées dans le PO Santé 2009.

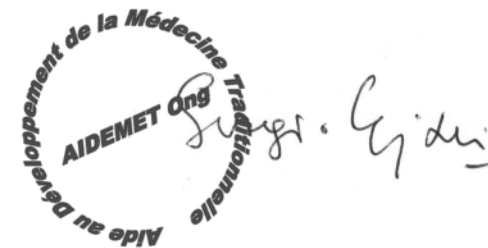
Une partie de ce financement alloué au Conseil de Cercle sert à financer les PO santé de certaines communes.

Le présent manuel donne des explications sur les procédures de gestion des fonds qui sont destinés à financer les PO santé communaux.

Les imperfections signalées seront prises en compte dans la production de la version finale que la pratique quotidienne permettra d'affiner davantage.

Merci de nous faire parvenir vos observations et suggestions.

L'équipe d'Aidemet Ong





CHAPITRE I- DISPOSITIONS GENERALES

Article 1 : Les fonds objet de ce manuel de procédures sont une subvention de la DDC – Suisse à travers le programme Partenariat Santé et Développement Social (PSDS) aux collectivités concernées.

Article 2 : Le montant de la subvention est déterminé suite à une négociation entre le PSDS et les collectivités sur la base d'un Programme Opérationnel (PO) en santé, élaboré à cet effet par chaque commune.

Article 3 : Les actions financées sont conformes aux dispositions du décret 314 du 02 juin 2002, portant détails des compétences en matière de santé transférées aux collectivités par l'Etat.

Article 4 : Ces fonds sont destinés à financer les activités de santé des collectivités territoriales conformément aux P O communaux élaborés.

Article 5 : Les communes communiquent leurs PO santé au Conseil de Cercle.

CHAPITRE II – DE LA GESTION DES FONDS .

Article 6 : Les communes (Dioumaténé, Kadiolo, Zégoua) et le Conseil de Cercle de Kadiolo ont signé une convention qui régit les rapports de partenariat entre eux et définit les engagements respectifs en matière de gestion des fonds PSDS.

Article 7 : Les collectivités assurent la maîtrise d'ouvrage des actions financées par le fonds PSDS. Elles donnent leur accord sur les activités à réaliser, acceptent les montants, ordonnent les paiements qui sont faits par le comptable public (receveur) de la collectivité.

Article 8 : Les fonds PSDS affectés aux collectivités sont inscrits dans les budgets desdites collectivités.

Article 9 : Tout paiement sur le fonds PSDS octroyé aux collectivités doit se faire conformément aux procédures en vigueur et au protocole signé entre l'Etat et le Bureau de la Coopération Suisse au Mali.



CHAPITRE III- DE LA MOBILISATION DES FONDS.

➤ DU CONSEIL DE CERCLE VERS LES COMMUNES

Article 10 : Les fonds sont mouvementés sur agissement des ordonnateurs des collectivités.

Article 11 : Le Conseil de Cercle de Kadiolo a signé un contrat avec le Bureau de la Coopération Suisse au Mali. A cet effet il reçoit de la part de celui-ci un financement destiné aux activités des PO santé des Communes.

Article 12 : Le Conseil de Cercle affecte la partie des fonds PSDS reçus qui concerne les PO santé communaux aux communes partenaires, à travers une subvention. Celle-ci se fait sur la base des montants inscrits dans les PO santé communaux et des fonds disponibles.

Article 13 : La Perception de Kadiolo procède à une prise en charge pour le compte des communes qui reste conditionnée à la réception d'un mandat de paiement émis par le Conseil de Cercle.

Article 14. La perception établit un avis de RPEO (Recette Perçue avant Emission d'Ordre de recette) adressé au Maire de la commune concernée.

Article 15 : La Commune fait une prise en charge de la recette par l'établissement d'un ordre de recette adressé à la perception.

➤ DE L'UTILISATION DES FONDS PAR LA COMMUNE

Article 16 : Le Service Technique de la Santé de la Commune fait une requête de financement adressée au Maire.

Article 17 : Cette requête doit impérativement porter sur une activité inscrite au PO santé de la Commune. Elle est accompagnée d'un budget détaillé de l'activité. Celui-ci ne doit excéder en aucun cas le montant inscrit dans le PO communal annexé.

Article 18 : La requête peut porter sur une ou plusieurs activités.



Article 19 : Le Maire vérifie la conformité de la requête avec le PO santé de la commune. Après vérification il procède à la prise en charge de la requête en procédant à l'engagement, la liquidation et le mandatement de la dépense ayant fait l'objet de cette requête. Ceci se fait par mandatement direct.

Article 20. Le Délégué du Contrôle Financier veille au respect des procédures des dépenses publiques.

Article 21 : Le Receveur municipal, après un contrôle de toutes les pièces, procède au paiement si aucune irrégularité n'est constatée.

CHAPITRE IV- DE LA JUSTIFICATION DES DEPENSES :

Article 22 : Les pièces justificatives doivent être fournies par le responsable du service de santé chargé de l'exécution des activités.

Article 23 : Les pièces justificatives doivent être présentées en bonne et due forme, sans surcharge ni rature. Elles doivent être cachetées, signées, datées et portent toutes les mentions sur l'identité du bénéficiaire de la ressource et du fournisseur.

Article 24 : Les pièces justificatives comprennent entre autres :

- les factures
- les états de paiement nominatifs
- les ordres de missions effectuées
- les rapports d'activités réalisées

Article 25. Les pièces justificatives sont remontées par le responsable du Service chargé de l'exécution des activités à travers un bordereau de transmission adressé au Maire. Celui-ci contrôle la régularité et la conformité desdites pièces avant de le transmettre au Conseil de Cercle.

Article 26 : Le Conseil de Cercle transmet les pièces justificatives à la Coopération Suisse.

La Décentralisation et la Santé

La recherche-action visant à l'élaboration de politiques de santé communautaires équitables, accessibles et efficaces et à la valorisation des ressources de la médecine traditionnelle a été menée de janvier 2005 à mars 2010 dans les Communes de Dioumaténé, de Kadiolo et de Zégoua (Cercle de Kadiolo, Région de Sikasso) au Mali. Il s'agissait d'assurer un apport aux réflexions et aux actions en cours dans le contexte de la mise en œuvre du décret n° 02-314/P-RM du 14 juin 2002. L'ambition était de participer à la définition et à l'expérimentation de nouvelles politiques, normes et procédures pour le transfert effectif des compétences et ressources en matière de santé aux collectivités territoriales.

Dans ce cadre, des espaces de concertation entre tous les acteurs locaux de la santé ont été ouverts au niveau communal, pour construire une programmation sanitaire décentralisée et participative, dans un processus du bas vers le haut, prenant en compte les problèmes de santé concrets vécus par les populations et toutes les ressources localement disponibles pour y faire face, y compris les ressources de la médecine traditionnelle. Les actions ont concerné aussi l'expérimentation du financement décentralisé des activités de santé et l'adaptation du Système Local d'Information Sanitaire.

Les questions posées étaient : Comment intégrer dans les politiques communales l'ensemble des ressources et des savoirs faire du domaine de la santé ? Comment établir des passerelles entre médecine moderne et traditionnelle au profit des populations ? Comment les acteurs locaux peuvent-ils occuper ces nouveaux espaces de responsabilité en s'appropriant l'ensemble des leviers d'action possible ? Comment assurer le financement décentralisé des activités de santé ? Enfin, pour quelle politique communale de la santé ?

A la fin d'un parcours long et parfois difficile, les expériences menées ont démontré que la décentralisation effective de la santé est bien possible... Cependant, elle ne peut pas se faire sans que chacun accepte de renoncer à une partie de son pouvoir et de ses habitudes. La décentralisation doit commencer dans les têtes et les esprits de tous les acteurs aux différents niveaux et doit être accompagnée par la bonne gouvernance, par la transparence de gestion et par l'engagement positif et la mobilisation citoyenne des populations.

C'est ainsi que la décentralisation effective de la programmation sanitaire, accompagnée par le financement décentralisé des activités de santé, peut être une opportunité pour la construction de systèmes locaux de santé plus équitables, accessibles et culturellement adaptés et, pour cela, plus efficaces et plus efficaces.