

MINISTERE DE LA SANTE

Cellule d'Appui à la Décentralisation et à la Déconcentration (CADD-MS)



Quelques extraits du Bulletin 383

Réaliser le transfert de compétences dans le domaine de la santé « un processus multi acteurs »

L'expérience de Koulikoro au Mali

MS/CADD : Mamadou Konaté, Brahim Koné,
Idrissa Camara, Soumaïla Keita
DRS Koulikoro : Seïbou Guindo, Mamadou Sory Keita
SNV Mali : Dramane Dao, Boubacar Dicko

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

Novembre 2008

Dramane Dao

SOMMAIRE :

Sigles et Acronymes

Résumé

1) Introduction

2) Difficultés et contraintes liées au transfert des compétences

3) Dispositif institutionnel

4) Partenariats multi - acteurs

5) Ressources financières

6) Quelques défis et enjeux

Conclusion

Sigles et acronymes

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

Synthèse du document de référence

Résumé :

L'amélioration de la performance du système de santé nécessite la contribution de tous. Cette étude présente les initiatives en cours dans le secteur de la santé au Mali afin de rendre effectif l'alignement entre la décentralisation et l'approche sectorielle. Il s'agit notamment d'opérationnaliser le processus de « transfert de compétences » de l'Etat vers les collectivités territoriales. Ce processus change fondamentalement les rôles et les relations des acteurs principaux dans le système, mais offre aussi des opportunités considérables pour améliorer la prestation de services.

Cette étude vise à partager l'approche, les résultats et les leçons du programme de renforcement de la gestion partagée des services de santé dans l'espace communal dans la région de Koulikoro au Mali. Il analyse comment les principes de subsidiarité, de gestion déléguée et de répartition des responsabilités sont mises en pratique au niveau rural.

L'expérience montre le potentiel de l'implication des collectivités territoriales dans l'analyse et la prise de décision sur les questions de santé. Un tel renforcement du travail en partenariat entre les services techniques, les associations de santé communautaires et les collectivités territoriales permet de mieux atteindre les objectifs du programme sectoriel, y compris les Objectifs du Millénaire pour le Développement.

1) Introduction :

L'opérationnalisation du transfert de compétences nécessite le développement de nouvelles interrelations, ce qui entraîne une redéfinition des rôles et responsabilités des principaux acteurs notamment les services techniques, les collectivités et les ASACO. Une telle évolution vers une gestion partagée du système de santé a le potentiel d'améliorer la couverture et la qualité des services et d'assurer la prise en compte adéquate des besoins des populations et renforcer la gouvernance des instances locales (ASACO).

a) Zone de l'étude :

Région de Koulikoro dans les cercles de Dioila, Koulikoro, Banamba

a) Acteurs impliqués dans l'étude :

- Équipe de mise en œuvre de la recherche action:
 - DRS: (Point focal transfert des compétences)
 - DRDSES
 - SNV: (Conseillers chargés des collectivités et des questions sur le transfert des compétences)
 - CCC: (Point focal transfert des compétences)
 - CSRéf (Santé/développement social)

- Équipe de pilotage:
 - DRS Koulikoro, DRDSES, SNV; DNCT, CPS, DNS, DNDS, Fenacom, CTB, Coopération Suisse, Ambassade des Pays Bas, Assemblée régionale Koulikoro
- Les communes et leurs centres de santé communautaire,

b) Objectifs et méthodologie de l'étude :

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

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

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

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

2) Difficultés et contraintes liées au transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux collectivités :

a) Les difficultés et contraintes du cadre institutionnel de pilotage du processus de transfert des compétences de l'Etat aux collectivités sont entre autres :

- Le faible niveau de fonctionnement des organes de pilotage au niveau national, notamment la commission interministérielle.
- Les problèmes: ancrage institutionnel, la participation effective des membres statutaires et suivi rigoureux des décisions prises ;
- La faible diffusion des lois et décrets relatifs au transfert des compétences et ressources en matière de santé auprès des acteurs clés ;
- Lenteur dans le processus de déconcentration des services de la santé;
- Le retard dans la mise en place et le faible niveau de fonctionnement des commissions régionales d'identification et de recensements des ressources ;

- Le dispositif d'appui conseil technique des collectivités dans le domaine de la santé reste encore peu opérationnel;

b) Les difficultés et contraintes de l'exercice des transferts des compétences par collectivités sont entre autres:

- La lenteur dans la dévolution des biens et la problématique de délivrance des titres de propriétés des infrastructures et équipements et logistiques transférées pour les niveaux commune et cercle ;
- L'évaluation budgétaire des ressources financières nécessaires à l'exercice des compétences transférées en matière de santé n'est pas encore terminée au niveau de la DAF;
- Le recensement des ressources humaines et la définition d'un statut particulier du personnel de santé des collectivités territoriales ne sont pas encore terminés ;
- La mise à disposition des fonctionnaires (personnel médical, paramédical et autres) reste non encore effective ;
- Les différents outils d'opérationnalisation du transfert sont en cours d'élaboration au niveau de la cellule (guide sur les détails du décret 02-314, de gestion des CSCOM et CSREF) ;
- Le faible niveau de formation/information des collectivités et leurs collaborateurs sur les procédures de planification et de mobilisation des ressources du PRODESS ;
- Le faible niveau de formation/information des ASACO et personnels de santé sur la décentralisation et le transfert des compétences et des ressources.

3) Le dispositif institutionnel dans le secteur santé et la décentralisation

a) Pour la mise en œuvre de la politique sanitaire

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

-Le niveau central (ministère, services centraux, services personnalisés et rattachés) est chargé de la conception, de la coordination et du contrôle de la mise en œuvre de la politique générale, de l'allocation des ressources et il décide de la délégation des tâches et des responsabilités aux échelons inférieurs du ministère. Ce niveau est également chargé de la gestion des hôpitaux nationaux spécialisés.

-Le niveau régional a comme principales tâches de fournir un appui technique aux cercles (formation, supervision, monitoring, suivi évaluation et mobilisation de pour la mise en œuvre de la décentralisation et du transfert ressources). Cet échelon est chargé de veiller au respect de la politique et des normes et directives nationales.

-Le niveau cercle, notamment l'équipe socio sanitaire du cercle (ESSC) est chargée de la planification et de la mise en œuvre des activités ainsi que de l'appui technique au CSCOM.

-Le CSCOM est la structure de premier contact de la population où existent des prestations de services de santé (le paquet minimum d'activités⁸ – PMA). Il couvre une aire de santé qui compte un minimum de 5 000 habitants. Les critères de mise en place d'un CSCOM sont : une viabilité économique (autofinancement des

activités), une distance maximale de 15 km entre tout village adhérent de l'aire et le site du CSCOM (accessibilité géographique), l'accessibilité culturelle et/ou historique et une adhésion d'au moins 10 % de la population à l'ASACO. Le site du CSCOM doit être accepté par tous les villages de l'aire.

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

a) *Décentralisation et transfert des compétences :*

Le cadre légal de la décentralisation est décrit dans la loi-cadre n°. 93-008 qui stipule les conditions de libre administration des collectivités territoriales à travers des organes délibérants et exécutifs. La loi prévoit la mise en place de quatre types de collectivités territoriales, sans lien de subordination hiérarchique entre elles, et gérées par des conseils élus. Il s'agit des 703 communes, 49 cercles, 8 régions et du District de Bamako. Ces collectivités sont toutes dotées de leurs propres organes délibérants et exécutifs.

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

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

En juin 2002, le gouvernement a signé les décrets de transfert de compétences dans les secteurs de la santé, de l'éducation et de l'hydraulique. Ainsi, les collectivités territoriales sont devenues des acteurs importants pour la réalisation des OMD.

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

4) Les partenariats multi acteurs autour du transfert des compétences :

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

Au début, il y a eu plusieurs interprétations des objectifs, du contenu et de l'impact du transfert de compétences. Certains le voyaient comme un partage du pouvoir entre l'État et les collectivités territoriales, même si la notion de « pouvoir » n'était pas bien définie.

S'agissait-il d'un transfert des ressources ou de la mise en œuvre des politiques, voire de la prise de décision et de la responsabilité finale ? Une partie des communes étaient très favorables au processus, mais d'autres craignaient qu'il ne s'agisse d'une démission de l'État en vue de se débarrasser de certaines tâches dont les collectivités recevaient la charge sans pour autant recevoir les ressources.

Perceptions et pratiques de partenariats communaux :

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

Dans les cercles de Koulikoro et Banamba, les communes, les ASACO et les services techniques se retrouvaient rarement pour discuter des enjeux de la santé et des rôles et responsabilités des uns et des autres dans le système. Par conséquent, les élus des communes et les CCC, qui les accompagnaient, étaient mal informés sur le mode de fonctionnement du système de santé, la planification sectorielle, les indicateurs de performance, la planification et la gestion d'un CSCOM, etc. De même, ceux qui étaient chargés des CSCOM et des ASACO, tout comme le personnel du ministère de la Santé, avaient une appréciation limitée du processus de décentralisation, des différentes entités concernées et des liens entre elles, des responsabilités des collectivités territoriales, etc. (Lodenstein et al., 2007, Hilhorst et al., 2007).

A ce moment le dialogue se heurtait à l'impression que le ministère de la Santé était déjà « décentralisé », du fait de sa politique tendant à promouvoir l'approche communautaire et à stimuler la déconcentration. Cette perception se référait à la déconcentration au sein du ministère et à la collaboration avec l'ASACO. Le manque de compréhension était également dû à l'existence de deux systèmes parallèles de planification qui se croisaient plutôt mal et au manque de synchronisation entre le processus de décentralisation et l'approche sectorielle.

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

création des CSCOM de façon anarchique bloquait la réalisation des objectifs du programme sectoriel (Hilhorst et al., 2005).

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

Le transfert de compétences, bien que décidé dans la loi, a besoin d'un processus de mise en application. L'opérationnalisation du transfert de compétences requiert des partenariats locaux efficaces entre les acteurs (État, collectivités et société civile) pour une bonne gestion des services de santé.

« Dans le cadre du programme pilote, un partenariat peut se définir comme une relation inter organisationnelle portant sur une gestion partagée du système de santé local ».

La gestion concerne dans un premier temps la planification, la fourniture et le suivi-évaluation des services de santé et des activités.

5) Les ressources financières

Les ressources financières allouées au système de santé évolues significativement chaque année : près de 30 USD par habitant. et par an en 2006 – et sont en forte augmentation : plus de 50% depuis 2000. Mais cette augmentation concerne avant tout les zones les plus favorisées (Bamako) et donc, en termes d'équité, la situation a empiré.

Dans les zones les plus pauvres, les ressources financières ne se sont pas améliorées et la participation des ménages reste très élevée. Dans plus de 60% des cas les familles maliennes doivent déboursier des sommes excessivement élevées (plus de 40% de leurs dépenses non récurrentes) pour une simple consultation curative (coût moyen de plus de 5.000 FCFA) (Source : Mali-requête-RSS).

Ainsi le ministère de la Santé dans le cadre de l'effectivité du transfert des ressources financières liées aux compétences a signé une convention de financement des centres de santé communautaires avec l'ANICT afin de faciliter la maîtrise d'ouvrage par les collectivités communes.

La DAF du ministère de la santé a réalisé au titre de l'année budgétaire 2007, la déconcentration de certains crédits au niveau régional.

Il faut signaler que l'évaluation préalable des ressources financières nécessaires pour l'exercice réel des compétences transférées n'est pas encore effective au niveau de la DAF du département.

Aussi, dans le cadre de la mise en œuvre du PRODESS II, la coopération Suisse finance, en accord avec le département de la santé, le plan opérationnel des cercles de Kadiolo et Sikasso à travers une convention de financement avec les collectivités cercles.

Le début du transfert des fonds sectoriels du PRODESS (et aussi du secteur de l'éducation) vers les collectivités par l'intermédiaire de l'ANICT est un enjeu important. Ces fonds seront utilisés notamment pour financer les infrastructures sanitaires (et scolaires). Il est important de suivre le système mis en place pour assurer l'efficacité du processus et la qualité des réalisations. Est-ce que chaque

acteur assume correctement ses responsabilités dans la chaîne de réalisation : de l'appel d'offres jusqu'à la réception, en passant par le suivi du chantier ? Un tel suivi du démarrage du partenariat entre le PRODESS et l'ANICT est important pour tirer à temps les leçons permettant de garantir la bonne gouvernance, la qualité et l'utilité des investissements réalisés. D'une manière générale, il est important de continuer le suivi et l'analyse de la mise en œuvre du transfert des compétences et des ressources.

6) Quelques Défis et enjeux

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

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

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

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

accent particulier est nécessaire vis-à-vis des groupes les plus marginalisés et les plus vulnérables.

Au départ, le programme pilote s'est concentré sur « les acteurs de gestion » et moins sur les besoins et suggestions des citoyens qui utilisent les services. L'enjeu pour la suite de ce programme pilote sera de promouvoir le droit de regard des usagers. À ce titre, l'expérience en cours de l'ONG Aga Khan autour de l'implication de la population dans l'analyse des résultats du CSCOM et la prise de décision mérite une attention particulière

Conclusions

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

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

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

Le transfert de compétences et de ressources de l'État aux collectivités est en cours, mais le rythme diffère entre les secteurs concernés. Sur le plan institutionnel, la procédure de déconcentration entamée doit se poursuivre au même rythme que la décentralisation.

Il faut également une déconcentration réussie des autres départements comme les finances et les domaines et biens de l'État, pour faciliter l'exercice réel des compétences transférées. Au niveau opérationnel, l'accent doit être mis sur le renforcement des capacités et la bonne conduite des missions d'appui - conseil des services déconcentrés vers les collectivités territoriales. Enfin, la gestion partagée ne peut qu'être effective et durable si les usagers y participent activement.