



# Paris Bamako Ouagadougou

2010-2012

3 ANS DE COOPÉRATION

NOVATRICE

ET EXEMPLAIRE



APPUI AU DÉVELOPPEMENT DE  
STRATÉGIES MUNICIPALES DE SANTÉ



MAIRIE DE PARIS



**BERTRAND DELANOË**  
MAIRE DE PARIS

Depuis 2001, la Ville de Paris s'est résolument mobilisée en faveur des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Elle soutient en effet plusieurs programmes de préservation de la biodiversité, d'accès à l'eau et à l'assainissement, tout en s'engageant fortement dans la lutte contre le réchauffement climatique et le SIDA.

C'est donc naturellement que notre ville s'est associée il y a trois ans, avec le concours de l'Union européenne, au projet d'appui au développement de stratégies municipales de santé à Bamako et Ouagadougou. Ces deux municipalités ont ainsi pu bénéficier de l'expertise parisienne en matière de décentralisation, afin d'assurer à leurs populations un meilleur accès aux soins.

Ce projet a permis de renforcer les échanges Sud-Sud entre partenaires de la francophonie. Sa réussite est aujourd'hui d'autant plus remarquable qu'elle intervient dans un contexte politique particulièrement difficile et instable.

Désormais, ce projet a vocation à s'étendre à d'autres villes de la région. Au-delà du témoignage de l'amitié et de la solidarité qui unissent Paris, Bamako et Ouagadougou, ce document constitue un ouvrage de référence très utile. Je souhaite qu'il connaisse la plus large diffusion possible.

---



**ADAMA SANGARÉ**  
MAIRE DU DISTRICT DE BAMAKO

Depuis plus de dix années, notre pays le Mali est engagé dans un processus de décentralisation qui a abouti à la mise en place de 703 communes (rurales et urbaines), de 49 cercles, de 8 régions et du District de Bamako. L'investiture de leurs organes délibérants et exécutifs a été marquée par le transfert automatique de certaines compétences, à savoir : l'état civil, le recensement, les archives et la documentation, la police administrative, l'hygiène et l'assainissement. Concernant les compétences spécifiques, le processus de transfert s'est révélé plus complexe.

Pour le cas précis de la santé, objet de notre projet, il faut rappeler qu'en 1990, en se fondant sur le principe de l'initiative de Bamako, l'État malien a élaboré et adopté une politique sectorielle de santé basée sur la participation communautaire avec comme outils les centres de santé communautaire (CSCOM) gérés par des associations de santé communautaire (ASACO), structures associatives privées à but non lucratif.

Ce contexte favorable dans notre pays représente un atout certain pour appuyer le développement d'une véritable expertise en matière de santé au sein des collectivités. Pour améliorer la gestion des structures sanitaires et l'offre de services, il est nécessaire de mettre en place un partenariat, en particulier une bonne coordination entre les structures de l'État, la société civile, le privé et celles des collectivités territoriales. C'est en cela que le projet Paris-Bamako-Ouagadougou trouve toute sa pertinente justification.

À travers la réalisation des audits organisationnels, le recensement de l'offre de soins, l'organisation des conférences locales de santé, les stages pratiques, la formation des cadres et élus, les visites d'échange sur les trois ans d'opération, le PBO a presque atteint son objectif principal qui, pour nous, consiste à permettre à la Mairie du District de Bamako d'occuper la place qui est la sienne dans la pyramide sanitaire de notre pays, nonobstant les difficultés d'ordre administratif rencontrées dans sa mise en œuvre, souvent d'ailleurs très vite surmontées, grâce à l'engagement et à la compréhension des animateurs du projet. Le projet de renforcement des stratégies municipales de santé à Bamako et à Ouagadougou était un challenge à tout point de vue. La reconnaissance de l'importance des collectivités locales dans le développement par l'Union européenne n'était pas établie. Il faut reconnaître aux responsables de la Ville de Paris le rôle de pionniers dans la mise en place d'une ligne de crédit dédiée aux collectivités.



L'autre pan du défi était la mise en œuvre de ce projet pilote de partenariat État - Collectivité - société civile dans des pays différents et dans un environnement où la franche collaboration n'était pas pré-acquise. Cependant grâce à l'engagement et à la compréhension des animateurs du projet, il est arrivé à bon port et dégage des perspectives certaines pour une grande responsabilisation des élus, cadres administratifs et autres intervenants dans le secteur de la santé au sein de nos collectivités respectives. Notre Plan local de développement de la santé, en harmonie avec le National, sera l'épine dorsale de notre politique visant à améliorer la qualité de la santé de nos populations. Notre volonté politique ne fera nullement défaut pour maintenir et renforcer la synergie ainsi créée.

Je parlais de l'engagement et de la perspicacité des animateurs du projet, il s'agit bien entendu des équipes du projet, des cadres relevant des collectivités, des organisations et instituts d'accompagnement à Paris, Ouagadougou et Bamako. Qu'ils trouvent ici l'expression de mes sincères félicitations. Je voudrais particulièrement saluer les efforts des Directions régionales de la santé, de Metis Partners et de l'École des Hautes Études en santé Publique de Rennes, du Groupe Pivot Santé Population et de la Cellule d'appui à la décentralisation et à la déconcentration (CADD).

Je réserve mes mots de la fin à l'expression de mes salutations et gratitude à mes amis et collègues de Ouagadougou et de Paris, en l'occurrence Messieurs Simon Compaoré, Bertrand Delanoë et Pierre Schapira, pour la franche et cordiale collaboration qui a sous tendu notre partenariat dans le cadre du projet de renforcement des stratégies municipales de santé à Bamako et Ouagadougou et souhaite aussi remercier l'Union européenne pour son accompagnement financier.

4



(de gauche à droite) SEM Alain Holleville, Ambassadeur de l'Union européenne au Burkina Faso, SEM Emmanuel Beth, Ambassadeur de France au Burkina Faso, Pierre Schapira, Adjoint au Maire de Paris chargé des Relations internationales, des Affaires européennes et de la Francophonie, Simon Compaoré, Maire de Ouagadougou et Adama Sangaré, Maire du District de Bamako, novembre 2011.



**SIMON COMPAORÉ**  
MAIRE DE OUAGADOUGOU

Ouagadougou prend ses responsabilités en matière de santé. Le transfert des ressources et des compétences aux collectivités territoriales dans le domaine de la santé est une volonté politique affichée du gouvernement de notre Pays. Les textes y afférents ont été adoptés en 2009. Dès lors, la Commune de Ouagadougou s'est engagée dans une série d'actions dans ce secteur de la santé dont les plus emblématiques restent la création du centre municipal de santé bucco-dentaire et la mise en œuvre en collaboration avec Paris et Bamako du projet Paris Bamako Ouagadougou (PBO). Ce projet a visé le renforcement des capacités des collectivités locales, l'appropriation par les collectivités d'un savoir-faire pour une meilleure intégration des établissements sanitaires et le développement de liens plus forts entre usagers et décideurs locaux.

Aujourd'hui, le projet PBO a permis à la Commune de Ouagadougou de disposer d'un plan communal de développement sanitaire 2013-2017, de renforcer les compétences des principaux acteurs de la santé dans le cadre de la décentralisation et du transfert des compétences, de créer une direction communale en charge de la santé à même de coordonner la mise en œuvre de la politique nationale de santé à l'échelle communale. Ces résultats ont été obtenus grâce aux voyages d'échanges d'expériences entre Ouagadougou et Bamako ainsi qu'à l'appui technique des partenaires de France à savoir la Ville de Paris, l'École des Hautes Études de Santé Publique de Rennes et le bureau d'études Metis Partners. Nous saluons très vivement l'accompagnement soutenu du Ministère de la santé à travers la Direction de la décentralisation du système de santé, la Direction régionale de la santé et les districts sanitaires. La qualité des résultats obtenus est due aussi à la participation active des organisations de la société civile, du secteur privé de soins ainsi que des tradipraticiens de santé.

C'est avec beaucoup de fierté que nous avons travaillé avec l'ensemble de ces acteurs. Le projet a été pour notre part un grand succès. Tous nos remerciements vont à l'Union européenne pour l'apport financier ainsi que pour sa confiance sans cesse renouvelée à notre Commune. À la Ville de Paris, nous disons merci pour l'appui financier et l'expertise technique qu'elle nous a apportés. Merci au Conseil municipal du District de Bamako pour sa franche collaboration.

Le projet PBO se termine, mais le processus de décentralisation poursuit son avancée. C'est ainsi que dans l'après-projet, la Commune de Ouagadougou a besoin de poursuivre un partenariat Sud-Sud en matière de décentralisation sanitaire, de documenter l'innovation, de valoriser l'expérience et de la diffuser. D'autre part, le succès de ce processus est une priorité stratégique pour le Ministère de la santé. Les acquis de Ouagadougou ont pour vocation de devenir des modèles nationaux pour duplication dans les autres communes urbaines du pays.



## PIERRE SCHAPIRA

ADJOINT AU MAIRE DE PARIS CHARGÉ DES RELATIONS INTERNATIONALES, DES AFFAIRES EUROPÉENNES ET DE LA FRANCOPHONIE

Au Mali et au Burkina Faso, la santé primaire fait partie des nouvelles responsabilités déléguées aux autorités locales à la suite de processus de décentralisation engagés dans les années 1990. Depuis 2010, la Ville de Paris mène un programme de coopération avec les villes de Bamako et de Ouagadougou, afin qu'elles puissent les exercer pleinement.

Tout au long du programme, Paris a soutenu et accompagné Bamako et Ouagadougou dans la définition de leurs politiques de santé et dans la mise en place d'une direction efficace et opérationnelle.

6

Notre projet vise à consolider les capacités de nos villes partenaires. La formation, qui repose sur des transferts de compétences et des échanges de bonnes pratiques, a permis d'agir pour un renforcement durable des systèmes de santé municipaux. Dans le cadre de cette activité, les élus locaux, les agents territoriaux, les représentants de l'État et des organisations de la société civile, ont été amenés à partager sur des problématiques communes de santé publique, apportant chacun leur expertise et leur connaissance des réalités locales.

Ce programme de coopération illustre la place grandissante occupée par les autorités locales dans la politique de coopération au développement de l'Union européenne. Cette évolution est le résultat d'un long processus politique pour lequel j'ai plaidé au Parlement européen et qui a abouti à la mise en place du programme « Acteurs Non Étatiques et Autorités Locales dans le développement » (ANE-AL). Le projet PBO, financé sur cette ligne budgétaire, constitue une reconnaissance de l'expertise des acteurs locaux dans le développement et de leur importance dans le champ de la solidarité internationale.

Ces grands projets nous imposent d'agir dans des cadres de coopération renouvelés : cofinancements pluriannuels, coopérations multipartites basées sur une logique partenariale. Plusieurs partenaires ont participé à la réussite de ce projet : l'École des Hautes Études en Santé Publique de Rennes, l'Association Internationale des Maires Francophones, le GIP Esther et le Groupe Pivot Santé Population (GPSP) au Mali. Je tiens également à remercier Metis Partners pour sa précieuse expertise tout au long du projet.

Le projet PBO constitue un modèle de coopération multi-acteurs qui a renforcé les liens étroits qui unissent les villes de Bamako et de Ouagadougou. Je formule le vœu que ces relations restent fortes et pérennes au-delà du projet, la coopération Sud-Sud n'en ressortira que plus forte.

---



**RICHARD ZINK**  
AMBASSADEUR DE L'UNION  
EUROPÉENNE AU MALI

Promouvoir la démocratie et le progrès social passe inmanquablement par le développement local. C'est pourquoi l'Union européenne a choisi, dès 2010, de soutenir le programme de coopération mené conjointement par Bamako, Ouagadougou et Paris, trois villes qui occupent respectivement, dans leur environnement régional comme au plan international, une place significative et font face aux défis rencontrés par toutes les grandes métropoles urbaines.

Le partenariat entre ces trois municipalités constitue un remarquable exemple de partage d'expérience et de travail commun, dans le domaine crucial du développement de services de soins de proximité. Concrètement, le projet a permis de développer, mieux organiser et répartir les centres de santé urbains. Il s'agit en effet de promouvoir et favoriser l'accès du plus grand nombre aux consultations préventives « de premiers recours ». Ces centres ont également pour vocation l'accompagnement social pour les plus vulnérables, particulièrement les femmes et les enfants.

Au Mali et au Burkina Faso, comme dans d'autres pays de la région, les collectivités locales sont amenées à jouer un rôle de plus en plus important en matière de médecine de ville, d'éducation et plus généralement dans la mise à disposition de services publics de qualité. Au niveau local, l'action combinée des élus, des services techniques des collectivités et des organisations de la société civile permet de trouver des réponses adaptées aux besoins croissants des populations. L'Union européenne contribue de façon très importante à ces initiatives et intervient très largement dans les domaines de la santé, de l'accès à l'eau potable et des infrastructures urbaines.

Au-delà de ce projet pilote et dans un contexte aujourd'hui particulièrement complexe, nous souhaitons que nos villes et collectivités locales du Nord et du Sud continuent à travailler de façon étroite pour offrir aux générations futures un cadre de vie propice favorable au développement et à l'épanouissement humain.

---

# Sommaire



2- LE MOT DES PARTENAIRES

9- PBO : UN PROJET DE COOPÉRATION ORIGINAL ET INNOVANT

10- LES CONTEXTES LOCAUX

13- LA DÉFINITION DES STRATÉGIES MUNICIPALES

18- LE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES ET DES SAVOIR-FAIRE

23- L'ÉMERGENCE DE SERVICES MUNICIPAUX DÉDIÉS À LA SANTÉ

25- LA DÉCENTRALISATION COMME PERSPECTIVE FINALE

29- LE PROJET VU DU TERRAIN

31- LES STRUCTURES ASSOCIÉES

# PBO : UN PROJET DE COOPÉRATION ORIGINAL ET INNOVANT

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2010, la Ville de Paris accompagne, avec le soutien de l'Union européenne, la Mairie du District de Bamako et la Municipalité de Ouagadougou dans leur processus de décentralisation à travers un projet triennal de coopération dans le domaine de la santé publique (janvier 2010-décembre 2012). À la différence de la plupart des programmes dans ce secteur, qui généralement dispensent une aide logistique et matérielle, PBO a développé un échange d'expériences durable entre les villes pour renforcer leurs capacités d'action.

**Dans ce contexte, le projet Paris-Bamako-Ouagadougou (PBO) a poursuivi trois objectifs :**

- > Intégrer les collectivités locales dans une approche multi-acteurs afin d'assurer une bonne coordination des politiques de santé entre les niveaux local, régional et national.
- > Renforcer les savoir-faire municipaux en matière de santé, basé sur l'échange de bonnes pratiques.
- > Promouvoir une meilleure gouvernance des systèmes de santé.

Le projet devait contribuer à l'amélioration de la situation sanitaire des capitales malienne et burkinabè – objectif dont les habitants sont directement bénéficiaires – et à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) suivants : n°4 (réduire la mortalité infantile), n°5 (améliorer la santé maternelle) et n°6 (combattre le VIH/SIDA, le paludisme et les autres maladies).

L'Association Internationale des Maires Francophones (AIMF) a été associée au projet ainsi que différents partenaires tels que l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP) de Rennes, le GIP Esther ou des ONG comme le Groupe Pivot Santé Mali. Le cabinet de conseil en santé publique et management Metis Partners a également apporté son expertise aux deux municipalités et son appui au bon déroulement du programme.

Tout au long du projet, les acteurs étatiques tels que les Directions régionales de la santé du Mali et du Burkina Faso, la Cellule d'appui à la décentralisation et à la déconcentration au Mali ou la Direction de la décentralisation du système de santé au Burkina Faso ont été des relais techniques et permis de garantir la cohérence du projet avec les objectifs nationaux.

Le projet PBO, d'un montant global de 1 241 219 €, a été financé à 75 % par l'Union européenne et à 25 % par la Mairie de Paris. Il s'inscrit dans le programme EuropeAid.

## PBO EN CHIFFRES

- > 3 ANS (JANVIER 2010-DÉCEMBRE 2012)
- > 1 241 219 €
- > 668 PERSONNES FORMÉES
- > 3 284 329 BÉNÉFICIAIRES

Locaux de la cellule projet à  
Ouagadougou, 2012



# LES CONTEXTES LOCAUX

## AU MALI : UN NOUVEL ÉCHELON DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ

En 1993, le Mali s'est lancé dans un processus de décentralisation : un découpage territorial a été engagé et les compétences des collectivités ont été redéfinies. Le gouvernement malien a signé le décret n° 02-314 / PRM du 04 juin 2002 « fixant les détails des compétences transférées de l'État aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle en matière de santé ».

Désormais les villes sont responsables de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans de développement de la santé, de la création et de l'entretien des infrastructures, de la logistique, de l'information et de la prévention auprès des populations.

Depuis 1998, le Mali a mis en place le Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) qui représente le cadre politique de santé et de développement social au Mali.

10



Association de santé communautaire (ASACO) de Djicoroni-Para, Bamako

### Les structures de soins sont organisées en trois niveaux :

- > Le premier niveau est constitué de deux échelons : les centres de santé communautaire (CSCOM) et les centres de santé de référence (CSREF), qui assurent la prise en charge des cas référés ou évacués par les CSCOM.
- > Le deuxième niveau de référence-évacuation ou niveau intermédiaire est constitué des EPH régionaux (hôpitaux régionaux), qui assurent la prise en charge des cas référés par les CSREF.
- > Le troisième niveau de référence-évacuation est constitué des EPH nationaux (CHU et autres structures centrales de soins et diagnostics), qui assurent la prise en charge des cas référés par les EPH régionaux. C'est à ce niveau que sont drainés tous les cas graves nécessitant une intervention spécialisée ou des investigations para-cliniques poussées.

La nouvelle répartition des compétences mise en place dans le cadre de la décentralisation requiert une bonne coordination entre les structures étatiques et les collectivités territoriales. Or, la carte sanitaire est inadaptée à la situation du District de Bamako qui ne dispose pas de deuxième niveau de référence-évacuation. Ce nouvel échelon dans le système de santé est devenu indispensable.



## AU BURKINA FASO : RÉUSSIR LE DÉFI DE LA DÉCENTRALISATION

Tout comme le Mali, le Burkina Faso s'est engagé dans la décentralisation au cours des années 1990. Une restructuration de l'administration du territoire pour mieux répondre aux besoins des populations locales s'est mise en place. Le cadre légal de ce processus a été fixé par la loi 2004/055, qui définit les compétences transférées aux communes et aux régions.

En matière de santé, le système du district préconisé par l'OMS\* a été renforcé par le processus de décentralisation dont le contenu et les modalités de gestion des soins de santé primaires sont précisés par les décrets d'application 2009/108 et 2009/109. Ces décrets sont relatifs au transfert des compétences et des ressources de l'État aux communes ainsi qu'aux modalités de mise à disposition des agents de la fonction publique auprès des collectivités territoriales et à la gestion de leurs carrières.

Conformément aux textes de la décentralisation, la politique nationale de santé est toujours définie par l'État, mais les stratégies locales relèvent de la responsabilité des collectivités. La politique de santé nationale se présente sous la forme d'un Plan national de développement sanitaire (le PNDS 2011-2020 a été adopté en février 2012), qui se concentre à la fois sur la réduction de la morbidité et de la mortalité.

C'est dans le cadre de ce plan que les stratégies locales doivent s'inscrire, tout en répondant aux besoins spécifiques identifiés dans chacune des communes.

La coordination efficace des stratégies nationales et celles des collectivités territoriales devient alors la problématique centrale du projet PBO.

\*Harare 1987 : déclaration de la conférence de Harare sur le renforcement des districts sanitaires basés sur les soins de santé primaires.

Hôpital de jour, CHU Ouagadougou, 2009



## LES INDICATEURS DE SANTÉ

INDICATEURS DE SANTÉ (SOURCE OMS ET BANQUE MONDIALE)	MALI	BAMAKO	BURKINA FASO	OUAGADOUGOU
POPULATION TOTALE	15 839 538	18 09 106	16 967 845	2 043 945
% POPULATION URBAINE	33,0	NA	22,7	NA
TAUX DE CROISSANCE DÉMOGRAPHIQUE	3,2	NA	3,1	NA
IDH	0,359 175 <sup>e</sup> RANG	NA	0,331 181 <sup>e</sup> RANG	NA
% DE LA POPULATION VIVANT AVEC – DE 1\$ US SELON LA PARITÉ DU POUVOIR D'ACHAT	51.4	NA	46	NA
DÉPENSES DE SANTÉ % PIB	5.0 %	NA	6.7%	NA
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE (ANS)	51	X	55	X
PART DE LA POPULATION DE MOINS DE 15 ANS (EN %)	47	X	45	39,7
INDICE DE FÉCONDITÉ	6,3	4,8	6,2	3,6
TAUX MORTALITÉ DES – 5 ANS POUR 1000 VIVANTS	178	X	176	55,0
RATIO DE MORTALITÉ MATERNELLE POUR 100 000 NAISSANCES VIVANTES	540	X	300	X
COUVERTURE DES CONSULTATIONS ANTÉNATALES (MIN 4 VISITES) EN %	44	50	22,3	21,7

12



Centre de santé et de promotion sociale (CSPS), Nongremassom, Ouagadougou, 2012

# LA DÉFINITION DES STRATÉGIES MUNICIPALES

Il était devenu indispensable de faire un état des lieux de la situation sanitaire à Bamako et Ouagadougou pour ensuite réfléchir aux besoins des deux villes. Le projet PBO a donc engagé les études et réunions nécessaires à la planification des politiques municipales à mettre en œuvre.

## LE RECENSEMENT DE L'OFFRE DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES ET LA CRÉATION D'UNE BASE DE DONNÉES INFORMATISÉE ET ÉVOLUTIVE DES FORMATIONS SANITAIRES

À Ouagadougou, la ville dispose à la fois de structures de soins modernes (267 dont 57 publics) et traditionnels (1134) qui complètent l'offre de l'État. La principale faiblesse de ce dispositif repose sur la disparité de l'offre de soins entre les arrondissements et l'insuffisance des équipements biomédicaux, des infrastructures, des commodités de base (électricité, eau courante, téléphone) et de la gestion des ressources humaines.

C'est dans ce cadre que sont définies les priorités suivantes :

- > Renforcer les formations sanitaires et le respect des normes (seuls 53,7% des CSPS respectent les normes en personnel) pour une meilleure répartition et allocation des ressources humaines.
- > Améliorer les conditions de travail pour le personnel de santé, de la médecine traditionnelle, le renforcement de la qualité des soins et des services disponibles.
- > Renforcer la gouvernance des établissements de santé, la transparence de leur gestion des ressources humaines et la consolidation de la participation effective des collectivités territoriales dans la gestion de la santé.
- > Améliorer le recouvrement des recettes propres pour financer les établissements de santé et faciliter l'accessibilité financière de la santé pour les populations.

	ARRONDISSEMENTS					VILLE DE OUAGADOUGOU
	BASKUY	BOGODOGO	BOULMIOUGOU	NONGREMASSOM	SIG-NONGHIN	
<b>PUBLICS</b>	14	17	9	10	7	57
ÉTABLISSEMENT PUBLIC	12	16	9	10	7	54
PARAPUBLIC	2	1	0	0	0	3
<b>PRIVÉS À BUT LUCRATIF</b>	38	49	39	20	15	161
<b>PRIVÉS À BUT NON LUCRATIF</b>	10	10	12	9	8	49
CONFESIONNEL	2	5	6	5	3	21
ONG	6	5	5	4	5	25
COMMUNAUTAIRE	2	0	1	0	0	3
<b>ENSEMBLE</b>	62	76	60	39	30	267

source : recensement de l'offre de soins à Ouagadougou, CEPSI

Une base de données qui prend en compte l'ensemble des informations issues du recensement de l'offre des soins de santé primaires a été créée. Cette base est accessible sur le site web de la mairie de Ouagadougou : [www.mairie-ouaga.bf](http://www.mairie-ouaga.bf) et offre ainsi à la population un service d'information et d'orientation vers les centres de soins les plus proches. Elle constitue pour la Commune un outil de planification stratégique.

À **Bamako**, le recensement a mis en évidence les principales disparités entre les structures publiques et privées. Les établissements privés sont les plus présents mais ont néanmoins besoin de soutien tant en termes d'équipement que de formations aux normes et procédures nationales.

Les structures publiques sont moins nombreuses et nécessitent un travail de fond conséquent : une réorganisation pour optimiser l'emploi des ressources humaines et financières.

COMMUNES	STRUCTURES PUBLIQUES	STRUCTURES PARA PUBLIQUES	STRUCTURES PRIVÉES	THÉRAPEUTES	TOTAL
COMMUNE I	12	2	37	1	52
COMMUNE II	6	3	35	1	45
COMMUNE III	9	11	19	1	40
COMMUNE IV	10	1	42	1	54
COMMUNE V	11	1	48	2	62
COMMUNE VI	13	4	41	1	59
BAMAKO	61	22	222	7	312

source : recensement de l'offre de soins à Bamako, CERFAD

#### Quatre grands axes stratégiques ont été dégagés :

- > Le renforcement des structures de soins : mettre en place des formations de supervision régulières des établissements privés, augmenter les capacités d'accueil des centres publics et les rénover avec le soutien des collectivités.
- > L'accessibilité et l'efficacité du système de référence : renforcer les capacités de financements du système de référence par les ASACO (associations de santé communautaires qui gèrent les CSCOM) et les mairies et réviser le cadre conceptuel de la référence-évacuation avec une forte intégration des structures privées.
- > La définition du rôle d'un hôpital régional à Bamako dans le système de santé (coexistence avec les CSREF et les EPH nationaux).
- > La gestion adéquate des déchets biomédicaux : remplacer tous les incinérateurs Mont Ford des CSREF par des incinérateurs électriques, former les utilisateurs et en assurer la supervision.

Désormais, la ville de Bamako dispose elle aussi d'une base de données accessible sur le site web de la Mairie ou directement avec le lien suivant : <http://offredesoins.bamako.net.ml>. Elle permet à l'utilisateur de se repérer dans l'offre de soins disponible dans la ville de Bamako : structures existantes, localisation, coût de la consultation, soins proposés, etc.

#### UNE AVANCÉE DE L'USAGE DES TIC (TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION)

Le projet a voulu inscrire résolument les mairies dans l'usage des nouvelles technologies. La réalisation des bases de données informatiques des infrastructures et autres ressources est une première pierre en ce sens. L'accroissement des compétences en TIC fait envisager une évolution des plateformes vers des usages de partage d'informations et de documentation pour faciliter et potentialiser le travail des professionnels et organiser d'autres formes de participation citoyenne.

## LES CONFÉRENCES LOCALES DE SANTÉ

Afin de profiter de l'expérience et de la grande diversité d'acteurs (élus, cadres administratifs, médecins, etc.), des conférences locales de santé ont été mises en place. Elles ont permis l'identification et l'analyse consensuelle des acquis et des difficultés vécues par les populations et un début d'appropriation de la mise en œuvre du futur plan de développement sanitaire.



Travaux de groupe lors des conférences locales à Bamako, 2011



À **Ouagadougou**, elles ont été organisées en groupes de travail.

Les problèmes identifiés lors des ateliers ont été classés en quatre catégories :

- > La gouvernance et le leadership
- > L'organisation des services de soins
- > La lutte contre les maladies et les comportements à risques
- > Les risques environnementaux

À **Bamako**, les conférences locales ont permis d'identifier cinq thématiques et d'amorcer une ébauche de stratégie de planification sanitaire :

- > Environnement, hygiène et assainissement
- > Alimentation et accès à l'eau potable
- > Gouvernance des structures socio-sanitaires et gestion des médicaments
- > Éducation
- > Sécurité

Pour la première fois, les différentes structures de santé – institutionnelles, privées et publiques – se sont réunies pour dialoguer et définir ensemble des stratégies afin de renforcer les partenariats autour du développement et améliorer les conditions de vie, sanitaires et sociales de leur commune, répondant aux priorités de chacune d'elles.

### UNE APPROCHE PARTICIPATIVE ET COMMUNAUTAIRE

Dans les deux villes, la gestion des centres de santé de premier niveau était déjà confiée à la communauté, comités de gestion des CSPS burkinabè, associations de santé communautaire maliennes. Grâce à l'implication des élus locaux, la participation des communautés à la définition des priorités et des actions à mener, la microplanification et le recours aux conseils municipaux, l'offre de soins et de santé publique a pu se rapprocher des besoins des populations, permettant aux différentes ressources d'être plus facilement mobilisables.

## LE PLAN DE DÉVELOPPEMENT SANITAIRE

Dans les deux villes partenaires, les plans communaux de développement sanitaire (PCDS), requis par l'État, ont été élaborés dans le cadre du projet PBO, à partir des résultats du recensement de l'offre de soins et des conférences locales. Ces plans définissent les stratégies et objectifs en matière de santé dans les communes en cohérence avec leurs plans nationaux.



Maternité du Secteur 20, Ouagadougou, 2012

### À Bamako, le nouveau plan régional

Sept plans de développement sanitaire ont été programmés à Bamako : six pour les communes du District et, nouveauté, un plan régional.

Les plans communaux sont élaborés en parallèle et en cohérence avec le plan décennal national. Une première version du Plan décennal de développement sanitaire et social (PDDSS) est actuellement en cours de validation. Ses grandes orientations stratégiques visent à réduire la mortalité, promouvoir un environnement sain, augmenter l'offre des services de qualité, améliorer le système de financement et renforcer la gouvernance du système de santé.

Ces plans consolideront le réseau de structures de soins, permettront une standardisation du système de gestion pour faciliter les échanges entre centres, étendront le réseau des centres de santé à celui des hôpitaux et coordonneront les structures privées et publiques.

Pour la première fois, un plan régional consolidé est élaboré dans une approche multi-acteurs et un esprit de coordination entre les trois niveaux de décision : local, régional et national. Ce plan confortera le rôle que la Mairie du District de Bamako doit désormais occuper au sein des nouvelles stratégies d'implication des collectivités régionales. Document solide et reconnu, il orientera les actions du District visant à l'amélioration de la santé de la population, en lien avec la Direction régionale de la santé et le Ministère de la santé.

## À Ouagadougou, le renforcement du plan local

Afin de jouer pleinement son rôle suite au transfert des ressources et des compétences dans le domaine de la santé, la Commune de Ouagadougou a élaboré un Plan communal de développement sanitaire (PCDS) 2013-2017.

Ce plan a été défini collectivement et voté à l'unanimité lors du conseil municipal du 23 juillet 2012. Les actions prioritaires du PCDS ont été planifiées en fonction de six axes stratégiques du PNDS (développement du leadership et de la

gouvernance, renforcement des infrastructures, des équipements sanitaires et des produits de la santé, lutte contre la maladie et la promotion de la santé, développement des ressources humaines dans la santé, accroissement du financement et amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé, l'amélioration des prestations des services de santé).



Comité de pilotage, Ouagadougou, 2011

### La Commune de Ouagadougou a souhaité mettre en exergue dans son plan le renforcement des points suivants :

- > Les capacités managériales de la direction en charge de la santé et un meilleur fonctionnement de tous les COGES (comités de gestion).
- > La coordination des actions mises en œuvre par les différents acteurs en matière de santé.
- > Les activités de prévention, de dépistage et de prise en charge des IST/VIH/SIDA.
- > La qualité et la motivation des ressources humaines qui travaillent dans le domaine de la santé.

### La stratégie de mise en œuvre du PCDS prévoit :

- > La création d'un organe d'orientation et de décision (présidé par le maire de Ouagadougou) en charge d'assurer une synergie d'actions de tous les acteurs intervenant dans la mise en œuvre du PCDS, de donner des orientations pour la réalisation des activités prioritaires du PCDS, de mobiliser les financements et d'assurer le suivi et l'évaluation de façon périodique du niveau d'exécution du PCDS.
- > La mise en place d'un organe de coordination et de suivi : ce rôle sera assuré par la direction en charge de la santé de la Commune.

Une stratégie de financement, basée sur la contribution de l'État et les ressources de la Commune, qui devra également faire appel à des fonds extérieurs, a été définie. Le budget global du PCDS représente 9 608 633 000 FCFA, soit environ 14 650 000 €.

Un bilan annuel sera présenté lors des réunions du conseil municipal. Sont prévues deux évaluations : l'une à mi-parcours (2015) et une autre en fin d'exécution du plan (2017) qui permettra l'élaboration du prochain plan de développement.

## AGIR SUR LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

La décentralisation va permettre de mettre en évidence l'impact sur la santé des actions menées par d'autres secteurs : transports, hygiène, éducation, action sociale et économiques. Ces aspects ont été abordés lors des formations et de la planification (priorités de santé et axes d'intervention). La nouvelle organisation des mairies renforcera ce travail intersectoriel.

# LE RENFORCEMENT DES COMPÉTENCES ET DES SAVOIR-FAIRE

Les compétences des acteurs locaux ont été améliorées par le biais des stages pratiques, des échanges Sud-Sud et des formations en politique de santé, en décentralisation et développement de partenariats.



Centre de santé communautaire (CSCOM) de Dravela, Bamako, 2011



Centre de santé communautaire (CSCOM) de Banconi, Bamako

18

## LES STAGES NORD-SUD

Les stages Nord-Sud ont eu pour objectif le renforcement des compétences professionnelles et opérationnelles des fonctionnaires et élus sur les moyens de la décentralisation, les partenariats entre État et collectivités, le pilotage des structures de soins, la gestion hospitalière et la prise en compte des besoins sociaux et environnementaux ayant un impact sur le projet local de santé.

Quatre personnes de Ouagadougou et quatre autres de Bamako ont été choisies en fonction de leur niveau de responsabilités pour effectuer un stage à Paris. La Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (DASES) de la Mairie de Paris et l'EHESP ont mis leur expertise et réseaux à disposition des participants. Des visites et des échanges à Paris et à Rennes, puis une phase d'immersion dans des centres de santé à Paris ont constitué les deux temps forts du stage.

L'objectif principal consistait à s'inspirer de l'expérience parisienne et rennaise afin d'imaginer les conditions de transposition d'un système local de santé publique dans le contexte spécifique du Mali et du Burkina Faso.

**Cette réflexion a été organisée autour de quatre axes principaux :**

- > La notion de déterminants de la santé autres que l'accès aux soins
- > Le principe d'une approche communautaire et territorialisée de la santé
- > L'aspect pratique de la gestion générale d'une structure de soins de premiers recours
- > Les éléments constitutifs d'une politique globale de santé locale

Ces stages pratiques en France ont permis d'anticiper la réflexion sur la mise en place de services capables de mettre en œuvre une politique de santé au niveau local, objectif final du projet.

## LES ÉCHANGES D'EXPÉRIENCES SUD-SUD

Les élus des villes de Bamako et de Ouagadougou ont eu l'occasion de se rencontrer et d'appréhender les expériences, réalités et actions propres à leur contexte, à quatre reprises tout au long du projet. Ces échanges d'expériences Sud-Sud ont réaffirmé le lien de coopération entre Bamako et Ouagadougou et permis de confronter les similitudes et/ou particularités de chacune des deux municipalités dans le domaine de la santé et de l'organisation communale.

Cette activité fut riche en enseignements pour les Bamakois, venus s'imprégner de la réussite de Ouagadougou en matière d'assainissement et de gestion des déchets, mais aussi pour les Ouagalais curieux de découvrir l'organisation sanitaire de la ville de Bamako et l'avancée malienne en matière d'assurance maladie universelle et de fonctionnement des mutuelles de santé.

Les élus participants ont pu rendre compte à leur conseil municipal de leurs acquis. À leur retour, certains ont initié de nouvelles actions auprès de la population de leur arrondissement.

> **À Ouagadougou**, des séances de sensibilisation autour de l'adhésion aux mutuelles de santé ont été organisées dans l'arrondissement de Sig-Nonghin.

> **À Bamako**, l'expérience ouagalaise en matière d'assainissement et de gestion des déchets va inspirer la nouvelle politique communale.

Ces échanges ont permis de mener une réflexion croisée entre le Mali et le Burkina Faso et ont mis en lumière l'importance de l'engagement politique des autorités comme facteur essentiel à la réussite de tout projet.

« L'intérêt d'un échange Sud-Sud est qu'il se fait à niveau de développement et de technologie égal. Les enseignements sont donc facilement transposables »

Un élu de la commune VI de Bamako.

« Après mon retour de Bamako, j'avais un aperçu de la situation sanitaire de nos pays plus large. En tant qu'élu, j'ai pu apporter des informations sur la manière de gérer la santé et proposer des actions au niveau de mon arrondissement »

Un élu de l'arrondissement de Sig-Nonghin, Ouagadougou.



Campagne de sensibilisation, Bamako, 2011



Salle de perfusions et d'injections du Centre de santé de référence (CSREF) de la Commune III, Bamako, 2011

« Les échanges d'expériences Sud-Sud permettent de développer des liens entre les gens, de connaître d'autres réalités et de s'inspirer éventuellement d'autres modèles. Par exemple, cela a permis de mettre en contact des femmes organisées en association à Bamako avec d'autres femmes à Ouagadougou. Des liens se sont créés »

Un élu de l'arrondissement de Bogodogo, Ouagadougou.

« Ça a été une bonne chose de rencontrer nos collègues élus du Burkina Faso, de voir que la curiosité est partagée, mais aussi de se rendre compte des différences entre nos deux villes. La rigueur de Ouagadougou m'a frappé. Cet échange d'expériences a permis aussi de prendre conscience de l'objectif principal du projet, qui est formidable »

Un élu membre du conseil du District de Bamako.

## LES FORMATIONS

Le transfert de compétences de l'État vers les communes dans le domaine de la santé donne à ces dernières de nouvelles responsabilités. Pour que les élus, les cadres des collectivités et les acteurs privés dispensateurs de soins disposent de toutes les capacités et connaissances nécessaires à l'exercice de leurs nouvelles compétences, des formations ont été réalisées. Elles ont concerné tant les acteurs de soins de santé primaires au niveau des communes et des districts sanitaires que les élus, les membres des comités de gestion ou les associations communautaires, les agents municipaux et fonctionnaires étatiques (médecins chefs, infirmiers chef de poste, etc.) et les acteurs privés de la santé.

Au préalable, un comité pédagogique, présidé par l'EHESP et composé des acteurs locaux (Directions régionales de la santé, services de la décentralisation dans le domaine de la santé) et des différents partenaires associés au projet (GIP Esther, GPSP, Metis Partners) a été constitué. Ce comité a élaboré un projet pédagogique servant de cadre de référence pour la définition du programme de formation qui a tenu compte des différents besoins des deux villes. Des réunions téléphoniques mensuelles ont permis des échanges réguliers constructifs sur la conception des programmes et sur leur mise en œuvre.

À Ouagadougou, les besoins de formation ont d'abord été recensés auprès de chaque type d'acteurs. Dix modules de formation ont ainsi pu être élaborés. Des personnes ressources du Ministère de la santé (Direction de la décentralisation du système de santé), du Ministère de l'administration territoriale, du comité pédagogique et de l'ensemble des acteurs du projet ont été impliquées dans la mise en pratique du programme.

CIBLES DES FORMATIONS	MODULES
Élus locaux, membres des COGES, cadres administratifs de la mairie	Organisation du système de santé, planification sanitaire, santé communautaire, décentralisation, transfert des compétences et des ressources, comité de gestion, monitoring, gestion des stocks, gestion budgétaire, base de données
Professionnels de santé du secteur public et structures privées confessionnelles	Organisation du système de santé, décentralisation, transfert des compétences et des ressources, base de données

Au total, quelques **425** personnes ont été formées au cours de quatorze sessions de trois jours chacune. Des réflexions ont été lancées pour que celles-ci soient intégrées dans les programmes de formation de l'École nationale de santé publique et de l'Unité de formation et de recherches en sciences de la santé.

À **Bamako**, le contenu des formations a été défini lors d'un atelier d'identification des besoins.

CIBLES DES FORMATIONS	MODULES
Élus de la ville de Bamako en charge des questions de santé et les cadres administratifs des collectivités territoriales et de l'État	<p>Module1 : Caractéristiques du système de santé au Mali</p> <p>Module 2 : Décentralisation du secteur de la santé, atouts et limites de l'approche communautaire</p> <p>Module 3 : Gestion et financement du secteur de la santé au Mali</p>

Au total, **243** personnes ont été formées lors de six sessions de trois jours. Les formations, très interactives, ont conduit les participants, particulièrement motivés, à émettre des recommandations sur la santé municipale et à susciter la mise en place d'un groupe de suivi.

Ces formations ont permis de donner les outils juridiques, réglementaires, organisationnels et de gestion nécessaires pour encadrer les nouvelles compétences de la décentralisation.



SMI du Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA), Nongremasson, Ouagadougou, 2012

## LES FORMATIONS : VERBATIM

« Les formations sont toujours les bienvenues, notamment dans le contexte de transfert de compétences aux collectivités. Les agents de santé doivent mieux comprendre le système. Les formations m'ont éclairé sur la question de la hiérarchisation, dans le nouveau contexte où les responsabilités changent, on doit apprendre à travailler directement avec la Mairie d'arrondissement pour l'administration. Grâce à la formation que j'ai suivie, je pourrai travailler efficacement, en partenariat avec la Mairie. Aussi, sur la gestion des ressources, qui est une inquiétude des agents de santé, avant on travaillait de façon autonome, les ressources et le plan d'action étaient soumis au district qui finançait. Maintenant, la Mairie va valider et prendre en compte notre plan d'action dans son plan global. Enfin, l'aspect positif de ces formations a été la présence de la communauté avec les agents de santé pendant les sessions. Avec les élus, les membres des COGES et les agents de santé, on a pu échanger et les débats étaient intéressants. Surtout, ils ont pu prendre conscience que l'aspect communautaire est important dans la gestion des centres de santé, ils n'en avaient pas vraiment conscience »

Un agent de santé, coordonnateur d'un centre médical urbain, Ouagadougou.

« J'ai assisté à la formation avec le COGES sur la gestion, l'entretien et la sensibilisation. À la formation, on a compris le fonctionnement du comité de gestion (COGES). On assistait déjà à l'élection des membres du COGES mais on ne connaissait pas sa composition et son fonctionnement, par exemple on a appris que des conseillers devaient en faire partie, notamment qu'un des commissaires aux comptes doit être un élu. On a appris beaucoup sur ça et aussi sur les relations entre COGES et personnel de santé. Si un jour je suis choisie pour être membre du COGES, je saurai quel est mon rôle. En tant qu'élue, la formation sur la santé communautaire nous apporte beaucoup, on nous a sensibilisés aux maladies comme le paludisme, la tuberculose, le sida. S'il y a une épidémie, je sais comment sensibiliser les gens, je peux avoir maintenant des mots convaincants auprès de la population. Si j'avais eu ces formations au début de mon mandat, j'aurais pu mieux jouer mon rôle. Il faut après les prochaines élections former rapidement les nouveaux élus »

Une élue de l'arrondissement de Sig-Nonghin depuis 2006, Ouagadougou.

« De façon générale il faut dire que cette formation est la bienvenue, elle est indispensable. Elle permet à chaque acteur de reconnaître sa place et son rôle dans l'exercice des compétences. Quant au secteur privé sanitaire, il s'est senti impliqué dans le processus depuis la rédaction du Plan de développement de la commune jusqu'à la formation des acteurs. Le plus souvent le privé n'est pas associé à certaines décisions au niveau des autorités, ce qui ne favorise pas une bonne collaboration. L'utilité de cette formation n'est plus à démontrer ; au niveau du transfert de compétences le Maire devient un interlocuteur et un collaborateur dans le secteur privé. Nous ne pouvons pas également signer un certificat de repos à un agent de santé publique sans passer par le Maire. Le thème sur la planification sanitaire nous a été utile car dans toute activité il faut savoir s'autoévaluer »

Victor Zongo, Président des Promoteurs de cabinets de soins privés au Burkina Faso.

# L'ÉMERGENCE DE SERVICES MUNICIPAUX DÉDIÉS À LA SANTÉ

La pérennisation des activités du projet PBO était l'un de ses objectifs principaux. Les trois ans qui se sont écoulés ont permis d'impulser une dynamique dans les deux capitales africaines. Toutefois, la réorganisation municipale requiert un grand nombre de conditions, tant techniques que politiques, et s'évalue à plus long terme.



Centre de santé et de promotion sociale (CSPS), Nongremassom, Ouagadougou, 2012

23

À Ouagadougou, une direction de l'action sanitaire est déjà en place mais ne possède pas les moyens nécessaires pour mettre en œuvre la politique nationale de la santé au niveau de la Commune.

Des concertations entre la Commune, la Direction régionale de la santé du Centre, les districts sanitaires et la Direction de la décentralisation du système de santé du Ministère de la santé ont permis d'adopter une nouvelle organisation de la direction en charge de la santé à Ouagadougou, à valider par le Conseil municipal.

Parmi ses prérogatives, la Direction devra, en lien avec l'ensemble des acteurs, mettre en œuvre le plan de développement et en assurer les révisions afin qu'il soit toujours en adéquation avec les besoins en santé des populations locales. En procédant ainsi, le projet a donné à Ouagadougou les moyens de conforter sa place dans la décentralisation et de gérer ses nouvelles responsabilités.

L'enjeu de la réorganisation de la Direction de la santé est de l'articuler avec les stratégies nationales et de la légitimer auprès des pouvoirs locaux, nationaux et de la société civile pour en assurer la pérennité.



Équipe du bloc opératoire du Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA), Nongremassom, Ouagadougou, 2012

À Bamako, à la suite des événements survenus lors du coup d'État du 22 mars 2012, la création d'une direction de la santé et de l'action sociale opérationnelle a été ajournée. Une cellule de préfiguration est néanmoins mise en place : elle aura la responsabilité de créer la nouvelle structure avec l'approbation du Conseil du District, lorsque toutes les conditions seront à nouveau réunies.

#### Cette structure de la santé et de l'action sociale à Bamako s'organisera autour des priorités suivantes :

- > La sensibilisation des élus sur l'importance de la santé dans le développement socio-économique.
- > L'intégration de la santé dans l'agenda politique des maires du District.
- > La mise en place d'un groupe d'élus ambassadeurs.
- > L'accompagnement des collectivités, avec la Direction régionale de la santé.
- > La conception des plans de développement sanitaire : conformément au cadre du Plan décennal national, elle assurera la prévention et promotion de la santé dans le District de Bamako et développera l'action sociale et la solidarité en faveur des personnes défavorisées.

Le découpage territorial de Bamako étant complexe, il ne facilite pas le processus de décentralisation. L'enjeu de la future Direction de la santé et de l'action sociale est d'assurer sa complémentarité avec la Direction régionale de la santé et de définir clairement les responsabilités.

Le défi à Bamako sera de trouver la bonne répartition des compétences entre les différents niveaux hiérarchiques qui coexistent, notamment entre les six communes et le District, indépendants les uns des autres. La Mairie du District pourra s'inspirer du système mis en place par son « service assainissement » géré en collaboration avec les communes.

#### DE NOUVEAUX PARTENARIATS ÉTAT - COLLECTIVITÉS LOCALES

PBO a fait travailler ensemble les responsables de l'État et des mairies. La démarche mise en œuvre a fondé un partenariat voué à perdurer. De la co-construction du projet aux réflexions sur l'avenir, en passant par les temps de stage conjoints, les deux parties se sont approprié le programme et l'objectif commun de réussir dans la mise en place du nouveau système de santé municipal.

# LA DÉCENTRALISATION COMME PERSPECTIVE FINALE

Les transformations aiguës à l'œuvre dans les cités africaines – explosion démographique, nouvelles pathologies accompagnant la transition socioéconomique, modifications des relations sociales, problèmes et potentiels liés à la modernité – ont fait de la santé urbaine un défi majeur pour les États. C'est dans ce contexte que la décentralisation est devenue le nouveau paradigme des systèmes de santé africains, la stratégie retenue pour améliorer l'offre de soins (toute la chaîne de soins, du promotionnel à la réadaptation) et la mettre en adéquation avec les besoins des populations.



Centre de santé de référence (CSREF), Commune I, Bamako

Or, depuis le début des années 1990, l'initiative de Bamako et la mise en place des districts sanitaires, aucune refonte des stratégies de gouvernance et d'administration du système de santé n'avait toutefois été entreprise. Le projet PBO y a donc remédié et permis d'accélérer les processus mis en place par les États. En appuyant la mise en œuvre de la décentralisation des soins de santé primaires dans deux grandes capitales africaines, ce programme de coopération est venu apporter des réponses concrètes – développement

d'une politique municipale concertée, renforcement des capacités des acteurs pour en assurer une meilleure gestion – au défi de rendre opérationnelle la décentralisation pour répondre aux enjeux de santé urbaine.

## DES TENDANCES LOURDES EN MATIÈRE DE GESTION DES SERVICES DE SANTÉ

Pour la grande majorité des systèmes de santé, les politiques de décentralisation se sont affirmées à la fois comme une nécessité et une exigence dont témoignent les orientations de la plupart des politiques nationales – orientations confortées tant par les recommandations des organismes internationaux que par les démarches d'évaluation mises en place. Dans de nombreux pays, le constat a pu être fait des difficultés rencontrées aux plans à la fois politique, technique, économique et humain. Qu'il s'agisse de décentralisation ou de déconcentration, quelles que soient les caractéristiques sanitaires ou socio-culturelles, des plans ambitieux voient leur déroulement souvent entravé et/ou retardé, limitant l'impact attendu du changement.

Devant ce constat, le projet PBO peut apporter un double éclairage sur la mise en place et le déroulement du programme, mais aussi sur les perspectives qu'il ouvre pour ses différents acteurs. Grâce au dialogue permanent, PBO a permis de trouver une identité partagée entre acteurs, partenaires et financeurs avec pour ambition de devenir un véritable « projet de démonstration » du rôle prédominant que doivent désormais jouer les collectivités territoriales dans le déploiement des politiques nationales et dans le contexte des projets Nord-Sud.

---

## DES PRINCIPES ET DES VALEURS CLAIREMENT AFFICHÉS

---



Centre de santé communautaire (CSCOM) de Ouolofobougou, Bamako, 2011

Dans les trois pays des capitales associées pour le projet, les politiques nationales en matière de santé se sont engagées dans un processus de décentralisation, avec des degrés et des modalités adaptés aux caractéristiques des besoins des citoyens et des systèmes en place. Au-delà de la volonté de s'inscrire dans le cadre des politiques nationales au Burkina Faso comme au Mali, les acteurs du projet ont eu la préoccupation

permanente de rechercher cohérence et synergie avec les évolutions nationales, chaque fois que cela a été possible. Tant dans la conception et la mise en œuvre que dans la réalisation des différentes phases du projet, un dialogue constant centré sur les besoins locaux et les critères de faisabilité a été institué et maintenu entre les différentes parties prenantes. La qualité et la continuité de ces échanges ont été les piliers du déroulement du projet et ont permis d'en conserver le sens tout en surmontant les obstacles rencontrés.

Cela a impliqué le respect des règles et principes de fonctionnement acceptés par tous et adaptés de façon pragmatique tout en restant conforme aux exigences institutionnelles de chacun, notamment des bailleurs de fonds. On peut retrouver à tous les niveaux du projet cette triple exigence : responsabiliser les acteurs, promouvoir une logique de démocratie sanitaire participative, développer et pérenniser les compétences et l'expérience aux différents niveaux du système. Pour cela, un équilibre permanent a été recherché au niveau des organes de gouvernance et de pilotage, des dimensions administratives et de l'appui technique commandité au service du projet, permettant ainsi d'atteindre les objectifs annoncés en début de programme : améliorer la coordination des politiques de santé et promouvoir l'appropriation d'un savoir-faire. Le travail accompli dans le cadre de PBO est incontestablement de qualité, tant sur le plan structurel qu'opérationnel.

---

## UNE DÉMARCHE D'APPRENTISSAGE PORTEUSE D'UNE FERTILISATION CROISÉE

---

La place importante de l'acquisition d'information et de savoir-faire était traduite à plusieurs niveaux de la conception du programme : atelier d'écriture comme socle de l'architecture du projet, missions exploratoires de cadrage, étapes de diagnostic et d'inventaire des données et des ressources, ateliers d'échanges de pratiques, processus de formation diversifié et multilatéral, conférence de partage élargi. Au sein de chacune de ces étapes, les différents acteurs ont eu l'opportunité d'atteindre les objectifs d'acquisition et de développement de leurs compétences.

Mais il est indispensable de souligner que ce processus a comporté des niveaux supplémentaires : un modèle d'organisation apprenante, notamment en capitalisant sur les pratiques avec une logique de co-construction. Cet apprentissage ne s'est pas cantonné aux processus formels prévus dans le programme, mais s'est également installé à beaucoup d'autres niveaux : entre les capitales de façon réciproque, entre équipes projet, équipes de coordination et de pilotage et équipes d'appui technique, entre élus et de personne à personne. C'est globalement un processus de « transformation » qui a émergé, fertilisation croisée entre villes, cultures, institutions et métiers. Autour de cette coopération a pu se constituer un réseau de femmes et d'hommes partageant une même vision du projet et forts de leurs différences.



Marché, Bamako, 2011

## DES INTERROGATIONS MAIS SURTOUT DES PERSPECTIVES

Les principales interrogations à l'issue du projet PBO reposeraient sur la capacité des partenaires à pérenniser le dispositif mis en place et ses acquis, l'importance des ressources à mobiliser pour renforcer l'offre de services en soins de santé primaires et sa qualité, la transmission des acquis d'individus appelés à changer de responsabilité.

Les perspectives de PBO ne se limitent pas à l'analyse des résultats obtenus en conformité avec les objectifs spécifiques du projet : équipes projet opérationnelles, bases de données, orientations des conférences locales de santé, impact des formations... Elles doivent prendre en considération les effets induits, à commencer par la préfiguration et la programmation d'agences municipales de santé, la formalisation et le chiffrage de plans de développement sanitaire municipaux, la création de dynamiques nouvelles en soins de premiers recours articulées avec les institutions de santé nationales et régionales.

Entre Paris, Bamako et Ouagadougou, le projet PBO a permis de réaffirmer et d'illustrer l'importance sanitaire et socio-économique de volets municipaux innovants et proactifs des politiques de santé. À cet égard les problématiques convergent, qu'il s'agisse de systèmes de santé hérités de dispositifs de protection sociale déjà établis mais en mutation, ou de systèmes en émergence ou en consolidation.

La voie à suivre compte autant que le but à atteindre. Les trois années du projet PBO ont été pleines d'échanges, d'enrichissement mutuel, d'innovation et d'adaptation, de découvertes en tout genre, de transformations implicites. Les enseignements de la mise en œuvre du projet PBO ont pour but d'être dupliqués et adaptés par les collectivités locales et autorités étatiques qui vont démarrer la décentralisation en santé dans les deux pays et d'autres pays de la sous-région.

Le processus initié par le projet PBO est à son début. Il apparaît nécessaire d'accompagner ponctuellement les deux villes dans un suivi et une évaluation de la mise en œuvre de la décentralisation pour se rendre compte des transformations majeures induites par cette aventure.

Dans une perspective plus large, le projet PBO est aussi un message modeste mais affirmé de la priorité à donner aux soins de santé primaires dans la consolidation structurelle des systèmes de santé. Elle est devenue une composante essentielle, voire un prérequis, de l'ambition des agences et programmes internationaux de réussir la conduite de politiques thématiques contre les grands fléaux de santé publique.



Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA), Nongrelassom, Ouagadougou, 2012

# LE PROJET VU DU TERRAIN



FANTA SIBY DIALLO,  
Directrice régionale de la  
santé du District de  
Bamako



MAHAMANE TOURÉ,  
Directeur du jumelage et de la  
coopération décentralisée,  
Mairie du District de Bamako

« La première fois que l'on m'a parlé du projet PBO, il n'était qu'en gestation. Ses prémices m'ont paru ambitieuses et nécessaires pour améliorer les systèmes de santé au Mali, au cœur du processus de décentralisation. C'est pour cette raison que j'y ai apporté tout mon soutien et me suis impliquée personnellement dans sa rédaction et son implémentation.

Beaucoup d'activités ont été réalisées pendant les trois dernières années, les acquis sont indéniables, mais la durabilité de PBO repose sur plusieurs conditions. Le financement qui sera accordé au nouveau Plan de développement sanitaire me paraît essentiel puisqu'il déterminera la capacité à bien mettre en œuvre les stratégies développées. L'implication des maires en tant que présidents des conseils de gestion et des médecins chefs dans la résolution des problèmes de santé, selon les normes fixées par les textes en vigueur, semble également indispensable pour assurer la viabilité du Plan.

Le projet PBO a également permis de créer une base de données regroupant l'offre de soins disponible à Bamako. Cet outil indispensable pour les populations bamakoises est logé sur le site Internet de la Mairie du District. Sa mise à jour efficace, en coordination avec les mairies des six communes, sera un enjeu important pour assurer la pérennité des acquis du programme.

La DRS doit quant à elle jouer un rôle de soutien et d'appui aux CSREF, animer un espace de concertation, identifier des indicateurs de suivi clés et enfin capitaliser les expériences. Tout ce travail permettra alors de mettre en évidence l'expérience de Bamako et de l'étendre aux autres régions ».

« Le principal objectif de cette initiative qu'est le PBO consiste à renforcer la capacité des acteurs du secteur de la santé et particulièrement des autorités locales afin de leur permettre de mieux assumer leur rôle, quant à l'assurance des services socio-sanitaires de base aux populations.

Conformément à cet objectif, les « fruits ont tenu la promesse des fleurs ». En plus des acquis, c'est-à-dire la constitution de la base de données, la formation des acteurs et les plans de développement sanitaire, les activités du PBO ont permis de créer une synergie entre les intervenants. Ainsi, la communication entre eux s'est renforcée et les suspicions et antagonismes dissipés.

Le maintien de cette dynamique est une des recommandations fortes des acteurs ayant pris part aux différentes activités du PBO. À cet effet la création d'une unité propre en charge des questions de santé à la Mairie du District de Bamako est plus que pertinente pour, non seulement la pérennisation des acquis, mais également pour la mise en œuvre des plans de développement sanitaire. Par conséquent, tout en intégrant la politique nationale de santé, nous apportons en tant que collectivité notre contribution à la réussite de l'irréversible processus de décentralisation et à l'atteinte des OMD ».



**BENOÎT KAFANDO,**  
Responsable du projet  
PBO à Ouagadougou



**DR. AMÉDÉE PROSPER  
DJIGUEMDÉ,** Directeur général de  
la santé de la famille – Ministère  
de la santé au Burkina Faso

« Les résultats du projet sont innovants et serviront à renforcer les processus de décentralisation dans notre pays.

L'élaboration participative d'un plan communal de développement sanitaire permet à la Commune de Ouagadougou de prendre sa place conformément à l'esprit du transfert des ressources et des compétences dans le domaine de la santé.

La mise en œuvre des conférences locales comme stratégies de diagnostic participatif des problèmes de santé a permis d'engager chaque acteur dans le rôle qui est le sien dans le processus de décentralisation.

Les modules de formation, élaborés à l'intention de l'ensemble des acteurs de la santé dans le cadre du transfert des ressources et des compétences, seront mis à disposition du Ministère de la Santé au profit des autres communes du pays.

La mise en place d'une direction de la santé au sein de la Commune permet d'accompagner efficacement le processus en cours.

Pour une durabilité, il faut :

- Un financement du Plan communal de développement 2013-2017 qui contient toutes les activités nécessaires pour le renforcement du processus déjà enclenché.
- Un accompagnement de la Commune par le Ministère de la santé.
- La documentation de l'expérience, valorisation et diffusion.

Le projet PBO est une innovation qui demande à être accompagnée et évaluée afin d'utiliser les résultats pour l'ensemble du pays. »

« Le projet PBO a été initié pour répondre à une question précise : comment organiser les collectivités territoriales afin qu'elles puissent jouer efficacement leur rôle dans le cadre du transfert des ressources et des compétences dans le domaine de la santé ? Aujourd'hui nous pouvons dire que PBO a donné les réponses à cette question. Cette expérience réussie pourrait être organisée dans les autres communes du pays.

Les apports de l'expérience du projet PBO pour le système de santé sont énormes. On peut citer : la planification sanitaire au niveau communal, impliquant l'ensemble des acteurs de la santé ; l'organisation type d'une direction de la santé au niveau communal ; le renforcement des compétences des acteurs.

Le projet PBO a intégré en lui-même les mécanismes de pérennisation. En effet, le Ministère de la santé a participé à l'ensemble du processus à travers la Direction de la décentralisation du système de santé, la Direction régionale de la santé et les districts sanitaires de la Région du Centre. »

# LES STRUCTURES ASSOCIÉES

## L'AIMF

Association Internationale  
des Maires Francophones



## Le GIP Esther

Groupement d'Intérêt Public « Ensemble  
pour une Solidarité Thérapeutique  
Hospitalière en Réseau »



## L'EHESP

École des Hautes Études  
en Santé Publique



## Le Groupe Pivot Santé Population



31

Le projet PBO a bénéficié des conseils et de l'expérience du consultant Metis Partners



Crédits photos : © Benaroch/SIPA (p. 2), © Mairie du District de Bamako (p. 3), © Jessica Nardone (p. 4, 9, 17, 30), © Mairie de Ouagadougou (p. 5), © Olivier Pacteau (p. 6), © Union européenne (p. 7), © DRS Bamako (p. 8, 10, 19, 29), © Jean-Loup Thery (p.11), © ASM (p. 13, 16, 21, 23, 25, 28), © CADP (p. 15), © Mahamane Touré (p.18, 24, 29), © Association Pesinet (p. 18, 20, 26, 27), © Ministère de la santé au Burkina Faso (p. 30).

Remerciements à : Siaka Bagayoko, Delphine Benoist, Hamidou Berthé, Pierre Beziz, Sophie Boulé, Mathilde de Calan, Yohann Chaigneau, Antoine Chausson, Valérie Conchodon, Fanta Siby Diallo, Prosper Djiguemdé, Saïda Djoudi, Régine Ducos, Philippe Duprat, Lila Durix, Eric Force, Lorraine Gallagher, Andréa Goulet, Anne Hermier, Laurence Houari, Elsa Jacquemin, Boureïma Kaboré, Benoît Kafando, Salifou Konfé, Julian Lamarre, Stéphane Legros, Véronique Levieux, Michel Marquis, Anne-Sophie Monceau, Jessica Nardone, Christiane Ouedraogo, Jérôme Perdreau, François Petitjean, Muriel Petitalot, Bernard Pignerol, Stéphanie Rasse, Pascal Salagnac, Béatrice Sampagnay, Amadou Sy, Jean-Loup Thery, Mahamane Touré, Bakary Traoré, Chantal Vieyres, Caroline Weill-Giès, Adama Zerbo.

Couverture - haut : Centre de Santé Communautaire (CSCOM) de Sabalébougou, Bamako, mai 2006 © Laëtitia Boudaud / Image nomade  
Couverture - bas : Centre de santé et de promotion sociale (CSPS) du secteur 16, Ouagadougou, juillet 2011 © Jessica Nardone  
Maquette : Anne-Claire Onillon / Parution : novembre 2012

