



ETUDE COMPARÉE SUR LA DÉCENTRALISATION DES POLITIQUES DE SANTÉ

**AU BÉNIN, BURKINA FASO, EN CÔTE
D'IVOIRE ET AU TOGO**

MAMADOU SEMBENE

FÉVRIER 2022

TABLE DES MATIÈRES

Liste des sigles et abréviations.....	3
Préambule.....	4
RESUME EXECUTIF.....	5
INTRODUCTION.....	8
1. Le contexte socio-économique.....	8
2. Le processus de la décentralisation : historique, évolution.....	9
3. Le transfert de compétences de l'Etat aux collectivités territoriales..	9
4. La décentralisation des politiques sanitaires.....	10
I - L'ETAT DES LIEUX DE LA DECENTRALISATION DU SYSTEME DE SANTE.....	11
1. Le cadre juridique et réglementaire.....	11
2. Le rôle des collectivités locales dans la mise en œuvre des stratégies en matière de santé et de promotion de la planification familiale.....	13
3. La gouvernance dans le secteur de la santé de l'accès et de la promotion de la planification familiale.....	17
4. Le financement des différents secteurs.....	20
5. Participation citoyenne.....	24
II - L'ANALYSE DE L'ETAT DES LIEUX DE LA DECENTRALISATION DU SYSTEME DE SANTE, DE L'ACCES ET DE LA PROMOTION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	27
1. Les points positifs dans la décentralisation du système sanitaire.....	27
2. Les faiblesses dans la décentralisation du système sanitaire.....	28
III - PERSPECTIVES ENVISAGEES EN MATIERE DE DECENTRALISATION DU SYSTEME DE SANTE D'ACCES ET DE PROMOTION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	30
2. Perspectives et initiatives au niveau des collectivités territoriales.....	30
3. Perspectives et initiatives au niveau des OSC.....	31
4. Perspectives et initiatives au niveau des partenaires au développement.....	31
IV - RECOMMANDATIONS ET AXES DE PLAIDOYER EN FAVEUR DE LA DECENTRALISATION DU SYSTEME DE SANTE ET DE L'ACCES ET DE LA PROMOTION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE.....	32
Conclusion.....	34
ANNEXE.....	36
Annexe 1. Bibliographie.....	36

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AIMF	Association Internationale des Maires Francophones
AMBF	Association des Municipalités du Burkina Faso
ANCB	Association Nationale des communes du Bénin
ARBF	Association des Régions du Burkina Faso
ASC	Agent de Santé Communautaire
CA	Conseil d'Administration
CEDEF	Convention pour l'élimination des discriminations envers les femmes
CHD	Centre Hospitalier Départemental
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
COGECS	Comité de Gestion des Centres de Santé
COGES	Comité de Gestion
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CS/ZS	Comité de Santé de la Zone Sanitaire
CT	Collectivité Territoriale
DCS	Dépenses Courantes de la Santé
EPN	Etablissements Publics Nationaux
ESPC	Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts
FADeC	Fonds d'Appui au Développement des Communes au Bénin
INHP	Institut National d'Hygiène Publique
INSP	Institut National de Santé Publique
ISSV	Initiative pour la Santé & la Salubrité en Ville
LNSP	Laboratoire National de Santé Publique
MSHP	Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
ODD	Objectifs de Développement Durable
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
OSC	Organisation de la Société Civile
PANB	Plan d'Action National Budgétisé
PDC	Plan de Développement Communal
PF	Planification Familiale
PNAPF	Plan National d'Accélération de la Planification Familiale
PND	Plan National de Développement
PNDES	Plan National de Développement Economique et Social
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PONADEC	Politique Nationale de Décentralisation et de Déconcentration
PSESH	Plan de Soutien Economique, Social et Humanitaire
PRS	Plan de Riposte Sanitaire
PSESH	Plan de Soutien Economique, Social et Humanitaire
PSS	Politique Sectorielle Santé
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SNSC	Stratégie Nationale de Santé Communautaire
SRAJ	Stratégie Santé Reproductive des Adolescents et Jeunes
SRMNEAJ	Plan Stratégique Intégré Santé de reproduction, de la Mère, du Nouveau-Né, de l'Enfant, de l'Adolescent et du Jeune
SSR	Santé Sexuelle et Reproductive
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine

PRÉAMBULE

L'AIMF a initié un travail d'analyse sur la décentralisation des politiques de santé à travers la réalisation d'études comparées en Afrique de l'Ouest Francophone, au niveau de 4 pays membres du Partenariat de Ouagadougou (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Togo) concernés par l'Initiative pour la Santé et la Salubrité en Ville (ISSV), son partenariat avec la Fondation Bill & Melinda Gates et en particulier son volet de promotion de la Planification Familiale au niveau municipal. Ces études visent à analyser le cadre juridique des pays en matière de services de santé, avec une attention spécifique pour la promotion de la planification familiale, et à proposer des recommandations et mesures correctives en vue de renforcer la place, le rôle, et le pouvoir des collectivités territoriales dans ces domaines.

A partir de synthèses documentaires complétés d'entretiens avec les principaux acteurs concernés, Ministères en charge de la santé et de la décentralisation, maires de collectivités locales, grandes villes et associations nationales œuvrant dans la santé, les études ont conduit à mener : i) Un état des lieux de la décentralisation du système de santé dans chacun des pays, puis son analyse, avec une attention spécifique portée sur la mise en œuvre pratique, les avancées atteintes et les dysfonctionnements rencontrés ; ii) L'identification des perspectives d'évolution à court-moyen terme, aux niveaux nationaux comme locaux ; iii) La production de recommandations et l'identification d'axes de plaidoyer pour les collectivités locales et leurs associations maires en particulier.

Les études ont permis d'analyser les cadres juridiques et réglementaires encadrant la décentralisation du système sanitaire ainsi que les transferts des compétences, effectif en particulier au niveau des communes.

Le présent rapport synthèse qui suit s'appuie sur les résultats de ces 4 études pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Togo) sur la décentralisation des politiques de santé. Il est articulé autour de quatre (4) grandes parties, après l'introduction qui fait un rappel contextuel sur la situation socio politique et économique dans les 4 pays, l'historique et l'évolution du processus de décentralisation, les différents niveaux de décentralisation et le transfert de compétences de l'Etat aux collectivités territoriales :

- i) L'état des lieux de la décentralisation du système de santé.
- ii) L'analyse de l'état des lieux de la décentralisation du système de santé, de l'accès et de la promotion de la planification familiale.
- iii) Les perspectives envisagées en matière de décentralisation du système de santé et de la promotion de la planification familiale.
- iv) Les recommandations et axes de plaidoyer en faveur de la décentralisation du système de santé et de l'accès et de la promotion de la planification familiale.

RESUME EXECUTIF

Le rapport synthèse sur la décentralisation des politiques de santé qui suit s'appuie sur les résultats d'études comparées initiées par l'AIMF, au niveau de 4 pays d'Afrique de l'Ouest Francophone membres du Partenariat de Ouagadougou (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Togo) concernés par l'Initiative pour la Santé et la Salubrité en Ville (ISSV). Il est articulé en quatre grandes parties : i) L'état des lieux de la décentralisation du système de santé ; ii) L'analyse de l'état des lieux de la décentralisation du système de santé ; iii) Les perspectives et initiatives en matière de décentralisation du système de santé ; iv) Les recommandations et axes de plaidoyer.

1. L'état des lieux de la décentralisation du système de santé

- **Le cadre juridique et réglementaire et les politiques de développement sanitaires.** Les différents pays accordent une place importante au développement sanitaire avec l'inscription du droit à la santé des populations dans leurs constitutions. Il se caractérise principalement par : l'adhésion des pays aux principaux textes régionaux et internationaux en matière de la santé, l'adoption de lois, de politiques et de plans, programmes et stratégies nationales qui sont favorables à la décentralisation des politiques de santé et l'implication des collectivités territoriales (CT) dans leur mise en œuvre ; l'adoption de politiques de décentralisation avec un transfert effectif de compétences de l'Etat aux CT, notamment dans le domaine de la santé.

- **Le rôle des collectivités territoriales.** Les CT ont toutes bénéficiées de transfert effectif de compétences en matière de santé et d'hygiène avec une proximité dans les domaines qui portent en règle générale sur i) l'élaboration et la mise en œuvre de politique locale de santé intégrée dans leur plan de développement, en cohérence avec les politiques nationales ; ii) la construction, la gestion et l'entretien des structures sanitaires ; iii) l'adoption de mesures de prévention en matière de Santé et d'Hygiène publique et alimentaire, iv) la participation ou l'émission d'avis sur l'élaboration prospective de la carte sanitaire. Ces compétences sont le plus souvent partagées entre les différents niveaux de CT et avec leurs Etats. Le développement sanitaire occupe une place centrale dans les stratégies de développement des CT qui accompagnent à différents niveaux (financier, humain, matériel), avec leurs ressources propres et celles de leurs partenaires, la réalisation d'investissements et le fonctionnement des formations sanitaires de base. De façon spécifique, elles contribuent aussi à la promotion de la planification familiale sur leur territoire.

- **La gouvernance dans le secteur de la santé.** Le système sanitaire des différents pays est en général similaire et s'appuie sur le découpage administratif et territorial. Le pilotage de la politique nationale de développement sanitaire est assuré par les ministères de tutelle avec leurs directions et services centraux et les projets et programmes. L'organisation administrative sanitaire est de type pyramidal et est le plus souvent structuré en trois niveaux : i) Central ou primaire ; ii) Intermédiaire ou secondaire; iii) Opérationnel, périphérique ou primaire. L'offre de soins est aussi structurée en trois niveaux : i) Tertiaire avec les structures de soins d'envergure nationale ; ii) Secondaire; iii) Primaire avec les centres de santé de base. Le système de santé se caractérise par la prépondérance du secteur public et l'existence d'un secteur privé, en plein essor et surtout concentré en milieu urbain où la demande est plus solvable.

- **Le financement.** En 2021, les budgets des différents Etats sont encore en deçà de l'engagement pris par les Chefs d'Etat à Abuja au Nigeria en 2001 à savoir consacrer au moins 15% des budgets nationaux à la santé. Une part importante des budgets santé est dédiée au fonctionnement au détriment des investissements. Le financement du secteur de la santé épouse le même profil que celui de la plupart des pays en développement. Il s'appuie principalement i) les ménages, souvent première source de financement ii) les apports des PTF iii) le budget des Etats, iv) l'appui des ONG et Fondations internationales, v) le secteur privé (assurances, entreprises). Les transferts des ressources financières des Etats aux CT sont effectifs mais insuffisants et ne leur permettent pas de répondre aux besoins croissants

des populations. De façon spécifique en matière de PF, des ressources sont mobilisées mais de façon encore limitée au plan national par les Etats et aussi au niveau local par les CT (ressources propres, plus celles de l'Etat et des PTF).

Quelques défis majeurs restent encore à relever par les Etats en matière de financement du développement sanitaire au plan national et local et passent, entre autres, par une mobilisation des financements par rapport aux besoins réels, une plus grande efficacité des dépenses en santé et un renforcement du transfert aux CT des ressources financières destinées à couvrir les dépenses de fonctionnement et d'investissement pour les structures sanitaires à la base.

- **Participation citoyenne.** L'ensemble des pays sont partie prenante de l'initiative de Bamako et disposent tous de politique et stratégie de développement de santé communautaire, avec des textes et des dispositifs juridiques et opérationnels. Les comités de gestion (COGES), constituent le dispositif de base pour favoriser l'accès des usagers aux services de santé à la base. Ils jouent un rôle important dans la participation communautaire. Ils dépendent, tout comme les agents de santé davantage de la tutelle administrative de leur ressort territorial, ce qui est souvent l'origine de la dualité observée dans la gestion des structures sanitaires de base avec les communes. La décentralisation des politiques de santé doit favoriser la responsabilisation et le respect du rôle de maîtrise d'ouvrage des CT, qui doivent porter localement le leadership et la coordination dans la gestion des structures sanitaires, tout en favorisant la participation communautaire.

2. L'analyse du cadre juridique et de la pratique du terrain

- **Les points principaux positifs.** On retient la volonté politique des Etats d'accompagner le processus de décentralisation à travers l'autonomie juridique des CT, l'effectivité du transfert de compétences au plan législatif et réglementaire ; la dotation effective de ressources financières de l'Etat aux CT ; la prise en compte par les autorités locales de la santé dans les stratégies, plans, projets et le financement du développement local. Le cadre juridique et réglementaire est aussi favorable à la santé de la reproduction et à la planification familiale en particulier.

- **Les faiblesses.** Elles portent notamment sur les difficultés à opérationnaliser le transfert en l'absence de textes d'application et la poursuite de la réalisation des investissements dévolus aux CT par les services centraux des Etats. La territorialisation des politiques publiques sanitaires reste encore un chantier à réaliser du fait de la faible responsabilisation des autorités locales et de la dualité qui continue de subsister entre la décentralisation et la déconcentration. A noter également, malgré les progrès réalisés, les principaux indicateurs des engagements nationaux et internationaux en matière de santé restent toujours en deçà de leurs cibles

3. Perspectives et initiatives.

- **Au niveau des Etats.** Les orientations et interventions nationales doivent i) respecter de l'esprit des politiques de décentralisation et les approfondir, ii) s'inscrire dans une logique de territorialisation des politiques publiques nationales ; iii) et être engagées au niveau local sous le leadership des autorités locales, ceci de façon participative, concertée et inclusive. Les défis à relever pour les Etats avec la décentralisation, portent, entre autres, sur : i) l'amélioration et le renforcement de l'autonomie financière des CT ; ii) le renforcement de la maîtrise d'ouvrage locale des CT, iii) et une meilleure déconcentration de l'administration accompagnée du renforcement des capacités des structures déconcentrées.

- **Au niveau des collectivités territoriales.** Les interventions doivent i) s'inscrire dans la mise en œuvre des orientations politiques nationales de développement (santé, décentralisation, etc.) ; ii) s'appuyer sur un transfert effectif des compétences grâce à l'adoption des décrets d'application et la mise à disposition des moyens (financiers, humains et matériels) pour l'exercice des compétences transférées, iii) et privilégier leur responsabilisation en termes de maîtrise d'ouvrage directe des projets et programmes sur leurs territoires

- **Au niveau des OSC.** Leurs interventions doit s'inscrire principalement en appui et accompagnement des CT à différents niveaux : l'élaboration et le montage de plans d'action, projets et programmes de développement sanitaire et de promotion de la PF et la mobilisation des ressources (financières, matérielles, etc.) nécessaires à leur mise en œuvre; L'élaboration et la mise en œuvre du plaidoyer pour une décentralisation sanitaire effective ; l'organisation de la sensibilisation et de la mobilisation citoyenne.

- **Au niveau des partenaires au développement.** A l'image de la coopération décentralisée et non gouvernementale, il s'agit de mettre en place en lien avec les Etats des mécanismes permettant de soutenir directement les CT (au plan financier et technique) dans l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action locaux de développement sanitaire.

4. Principales recommandations

▪ **A l'attention des Etats.**

- Appuyer les CT pour une meilleure prise en compte de la santé dans leurs documents de planification et dans l'élaboration de leur stratégie de développement local ;
- Respecter le transfert de compétence et opérationnaliser les décrets d'application
- Augmenter les ressources financières allouées aux CT ;
- Mieux articuler la déconcentration et la décentralisation du système sanitaire et clarifier les rôles entre les services de l'Etat et les CT ;
- Renforcer les capacités des CT en ressources humaines ;
- Mettre en pratique la Déclaration d'Abuja et consacrer 15% du budget national à la santé ;
- De façon spécifique en matière de PF, travailler à une meilleure implication des autorités locales dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques et programmes .

▪ **A l'attention des autorités locales**

- Engager l'élaboration de documents de politique sanitaire locale simples et accessibles ;
- Afficher une volonté politique réelle à promouvoir le développement sanitaire et la PF ;
- S'approprier leur rôle de maître d'ouvrage du développement sanitaire ;
- Appuyer l'élaboration participative et concertée de plans de plaidoyer ;
- Renforcer leurs capacités en termes de mobilisation des ressources financières ;
- S'impliquer dans les organes de gestion des infrastructures sanitaires de base ;
- Renforcer la mobilisation de la société civile locale (OSC, secteur privé, etc.).

▪ **A l'attention de la société civile**

- Accompagner les collectivités territoriales dans l'élaboration la mise en œuvre de leurs politiques et programmes locaux de développement sanitaire et de planification familiale ;
- Appuyer les communes dans la sensibilisation des populations et la participation citoyenne aux actions de développement sanitaire ;
- Favoriser l'appropriation du concept de la décentralisation par les populations.

▪ **A l'attention des Partenaires Techniques et financiers**

- Apporter un appui technique et financier direct aux CT et inscrire dans leurs plans de travail annuel des actions de soutien en faveur du développement sanitaire local ;
- Mobiliser d'avantages de ressources pour accompagner directement les politiques locales de développement sanitaire et de planification collectivités.

INTRODUCTION

1. Le contexte socio-économique

Le contexte socio-économique des 4 pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Togo) est à l'image de celui des pays de l'espace UEMOA, marqué par la gestion de la pandémie de COVID 19 et de ses effets sur l'activité économique et les populations au niveau national et local. L'activité économique connaîtrait une reprise avec un taux de croissance de 6,1% en 2021, après 1,8% en 2020, en lien avec la reprise des activités au niveau de tous les secteurs de l'économie suite à la nette atténuation des effets négatifs de la crise sanitaire COVID-19. En 2021, le taux d'inflation est estimé à 3,4% contre 2,1% en 2020. Pour 2022, un taux de croissance de 6,5% est attendu au sein de l'UEMOA, avec l'hypothèse de la poursuite de la relance après la crise sanitaire.

Année 2021	Bénin	Burkina Faso	Côte d'Ivoire	Togo
Superficie en km ²	112 622	274 222	322 462	56 785
Population (en millions)	11,8	20,2	25,5	7,4
PIB Nominal/habitant (FCFA)	712,4	403,8	1336,3	403,5
Taux d'inflation annuel (%)	1,7	3,2	0,8	0,9
Taux de croissance PIB (%)	7,0	5,7	6,9	4,9

Source UEMOA 2021

Les 4 pays (Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire et Togo) ont un taux de croissance en 2021, qui se présente comme suit : Bénin (+7,0%), Burkina Faso (+7,1%), Côte d'Ivoire (+6,5%), et Togo (+5,3%). Le taux d'inflation est le suivant : Bénin (+1,7%), Burkina Faso (+3,6%), Côte d'Ivoire (+3,9%), et Togo (+4,4%). A l'image des autres pays de l'UEMOA, les 4 pays ont poursuivi la mise en œuvre des plans de riposte à la COVID-19 et de relance économique pour contenir les effets négatifs sur l'activité économique et les populations. Ainsi, pour 2022, leur taux de croissance s'afficherait comme suit : Bénin (+7,0%), Burkina Faso (+6,8%), Côte d'Ivoire (+7,1%), et Togo (+6,1%). L'encours de la dette publique totale de l'Union en 2021 représenterait 53,3% du PIB nominal contre 50,1% en 2020. Le taux d'endettement des 4 pays se présente comme suit : Bénin (49,2%), Burkina Faso (52,6%), Côte d'Ivoire (51,1%), et Togo (60,4%).

Face à la pandémie de COVID-19, les Etats membres de l'Union ont, dans un premier temps, pris des mesures urgentes pour limiter sa propagation, et dans un second temps, élaboré des plans de riposte et de relance économique dont le coût global est estimé à près de 5.776,5 milliards, pour la prise en charge des dépenses du secteur sanitaire (1.142,5 milliards), les interventions d'assistance sociale (1.047,5 milliards) et surtout, la relance économique (3.586,4 milliards). L'évaluation financière des plans de riposte contre la COVID-19 des 4 pays se présente comme suit : Bénin, environ 240 milliards ; Burkina Faso près de 488,9 milliards ; Côte d'Ivoire, 95,88 milliards¹ et 1 700,9 milliards² ; Et Togo : 400 milliards. Le niveau d'exécution de ces plans a été variable par pays.

On peut relever le contexte socio-économique particulier du Burkina, marqué par la crise sécuritaire qui affecte depuis 2015 la sous-région du Sahel et qui touche plusieurs régions du pays (Sahel, Centre-Nord, Est, Boucle du Mouhoun, Nord Centre-Est, etc.). Cela a un impact sur la situation sanitaire nationale et affecte le fonctionnement du système de santé, particulièrement dans ces zones qui sont devenues inaccessibles (perturbation de l'offre de soins aux populations, entrave des stratégies avancées, des gardes, des évacuations, rupture fréquente de produits de santé). L'Etat pour faire face au défi sécuritaire, a élaboré i) une stratégie de résilience du système de santé en zone de sécurité précaire, ii) un plan d'urgence

¹ Plan de Riposte Sanitaire (PRS)

² Plan de Soutien Economique, Social et Humanitaire (PSESH)

pour la continuité des soins, iii) et un plan national d'approvisionnement en produits de santé dans les situations d'urgence et de catastrophe.

2. Le processus de la décentralisation : historique, évolution

Les expériences de décentralisation dans les 4 pays (Bénin, Burkina, Côte d'Ivoire, Togo), à l'image de celles des autres pays de l'UEMOA, trouvent leur origine dans la période coloniale. Démarrées au XIXe siècle (Sénégal), elles se sont étendues progressivement au XXe à tous les territoires coloniaux, ont ensuite été maintenues et renforcées à l'aube des Indépendances, puis ont connu une accélération au début des années 1990. Dans les années 2000, une place plus importante est donnée à la décentralisation dans les nouvelles orientations de développement adoptées par les Etats. Les contenus des politiques de décentralisation sont globalement fortement influencés par les contextes historiques qui leur ont donné naissance et par la tradition administrative héritée de la période coloniale. La décentralisation est effective dans l'ensemble des 4 pays (Côte d'Ivoire, Burkina Faso, Bénin, Togo) qui ont adopté une politique et une stratégie nationale en la matière et disposent d'une législation relativement fournie avec un certain nombre de textes d'application (décrets, arrêtés...). Elle est inscrite dans les différentes Constitutions de ces pays qui font référence aux collectivités territoriales (CT) comme niveau à part entière de gouvernance publique au niveau local.

Son évolution se caractérise sur le terrain par : i) Une croissance sensible et continue au plan quantitatif, du nombre des CT couvrant ainsi l'ensemble des territoires urbains et ruraux (communalisation intégrale) ; ii) la consolidation de la substance de la décentralisation en tant que politique, avec l'élaboration dans tous les pays de stratégies et politiques nationales dans le domaine. Le processus a évolué de façon variable en fonction des pays, chacun suivant son rythme ; le Togo étant le dernier pays à concrétiser la décentralisation politique, avec l'organisation des élections communales dans les 117 communes en 2019.

L'organisation territoriale est variable selon les pays, le Burkina Faso et la Côte d'Ivoire disposent de deux ordres de collectivités, tandis que le Bénin et le Togo disposent d'un seul ordre de collectivités. La mise en place des CT se caractérise par trois constats majeurs : i) la commune constitue le dénominateur commun de la décentralisation au sein des 4 pays, comme dans l'espace UEMOA ; ii) le niveau intermédiaire de CT correspondant souvent au département, province, n'existe pas³ ; iii) la collectivité région est une réalité au Burkina Faso et en Côte d'Ivoire et sa mise en place est prévue dans les textes au Togo et au Bénin.

3. Le transfert de compétences de l'Etat aux collectivités territoriales

Le transfert des compétences aux CT est une réalité, tout comme l'élargissement et l'accroissement de leurs responsabilités en matière de gestion et fourniture de services publics. Les CT assurent ou participent à la fourniture de plusieurs services essentiels (assainissement ; urbanisme ; traitement des ordures ménagères ; gestion des équipements marchands ; accès à l'eau potable ; l'éducation de base, etc.), dont la santé de base. Mais la fourniture de ces services en milieu urbain et surtout rural, demeure globalement peu satisfaisante. Le transfert de la maîtrise d'ouvrage et des ressources (financières, humaines, etc.) liées aux compétences transférées est encore partiel et inabouti. L'amélioration quantitative et qualitative de l'offre de services aux populations et la gestion de la continuité du service public au niveau local demeure un défi majeur pour les CT, dont les responsabilités doivent être renforcées grâce, entre autres, au transfert effectif des compétences et des ressources financières afférentes, à la mobilisation d'un personnel administratif et technique

³ La Côte d'Ivoire a supprimé l'échelon intermédiaire que constituait le Conseil général et institué la collectivité Région

minimum de qualité, à la mise en place de services techniques propres et à l'expérimentation de coopération inter-collectivités et intercommunalité.

4. La décentralisation des politiques sanitaires

Le cadre juridique et réglementaire et les politiques de développement dans les différents pays accordent une place privilégiée au droit à la santé qui est constitutionnalisé. Le développement sanitaire est un axe important des référentiels nationaux de développement et est opérationnalisé à travers des plans nationaux pluriannuels qui servent de boussole.

Le système sanitaire est en général calqué sur le découpage administratif et territorial et est le plus souvent structuré en trois niveaux (niveau central, intermédiaire et opérationnel). Le système de santé est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en essor.

Les politiques de décentralisation ont aussi permis un transfert de compétences aux CT dans domaine de la santé (construction réhabilitation et gestion des formations sanitaires de base ; approvisionnement pharmaceutique ; mesures de prévention des maladies, d'hygiène et de salubrité ; contrôle de l'application des règlements sanitaires, etc.). Toutefois cela n'a pas donné l'occasion à une territorialisation effective des politiques publiques de développement sanitaire. On peut enfin relever que l'implication des Communes dans la prévention de la pandémie de Covid-19 a été un facteur important de reconnaissance de leur rôle en matière de santé de proximité.

Que ce soit à travers les textes de décentralisation et/ou les documents de politiques et de planification, il existe des dispositifs juridiques et opérationnels permettant de favoriser la participation communautaire et l'implication effective des populations et de la société civile à dans la mise en œuvre des politiques sanitaires et en particulier la promotion de la PF à l'échelle locale. Et l'ensemble des pays sont partie prenante de l'initiative de Bamako (IB) qui visait à améliorer l'accès aux soins de santé primaires en améliorant la qualité, en s'appuyant sur la recherche de viabilité financière et de l'équité des services de santé. L'IB a été adoptée à la suite d'une réunion de ministres de la santé africains à Bamako en 1987 (37e comité régional de l'OMS) et traduisait une volonté de décentralisation de la gestion des systèmes de santé publique avec, entre autres, la participation communautaire avec la création de comités de gestion.

I - L'ETAT DES LIEUX DE LA DECENTRALISATION DU SYSTEME DE SANTE

1. Le cadre juridique et réglementaire

Le cadre juridique et réglementaire et les politiques de développement dans les différents pays accordent une place privilégiée aux problématiques de la santé des populations. Le droit à la santé y est un enjeu fondamental évoqué dans les constitutions de ces différents pays (la Constitution du 11 décembre 1990 du Bénin met en relief en ses articles 8 et 26 le droit à la santé comme un enjeu majeur pour le développement du pays, au Togo, le droit à la santé du citoyen est relevé dans la constitution de la IVème République du 14 octobre 1992 en son article 34, etc.).

Le développement sanitaire est un axe important des référentiels de développement au plan national (le PNDES 2021-2025 au Burkina, le PND 2018-2025 au Bénin, etc.) et est opérationnalisé à travers des plans nationaux pluriannuels qui servent de boussole (Plan National de Développement Sanitaire-PNDS 2018-2022 au Bénin, le nouveau PNDS (2021-2030 au Burkina Faso).

De façon spécifique, l'ensemble des pays ont adopté des plans et programmes tendant à renforcer les politiques de planification familiale (au Bénin le Plan d'Action National Budgétisé de la Planification Familiale du Bénin 2019-2023 (PANB 2019 - 2023), au Burkina, le nouveau PNPF 2021-2025, en Côte d'Ivoire mise en place du PANB 2015-2020, ...).

La Côte d'Ivoire est le seul pays de l'Afrique de l'ouest à ne pas avoir adopté une loi sur la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR). Au Bénin, nous avons la loi 2003-03 relative à la santé sexuelle et à la reproduction, au Burkina Faso, la loi 049-2005 -AN portant Santé de la Reproduction, au Togo la loi n°2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction et le Code de la Santé Publique (loi n°2009-007 du 15 mai 2009).

Les politiques de décentralisation ont permis aussi un transfert de compétences aux collectivités territoriales dans le domaine de la santé, même si elles n'ont pas donné l'occasion une territorialisation effective des politiques publiques de développement sanitaire.

▪ Bénin

Textes en matière de politiques de santé

La Loi n° 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin : elle précise les compétences des communes en matière de la promotion de la santé des populations notamment en ses articles 82, 95, 100 et 108.

La Loi N° 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales en République du Bénin.

Le décret N°2019-396 du 05 septembre 2019 portant création, composition et organisation de la santé primaire.

Le Décret N°2018-225 du 13 juin 2018 portant attribution, organisations de la politique de l'Etat en matière de santé.

La Politique Nationale de Santé (PNS) : son but est de contribuer au bien-être des populations.

Le Plan National de Développement Sanitaire 2018-2022 (PNDS) : son objectif général est d'assurer à chacun et à tous un bon état de santé selon le cycle de vie d'ici 2022 avec leur participation.

Le Plan de Décentralisation et de Déconcentration (Plan 2D) 2019-2023 du Ministère de la Santé : son but est de renforcer la déconcentration et la décentralisation dans le secteur de la santé pour une offre de service de qualité.

La Politique Nationale de Santé Communautaire : son but est de contribuer à l'amélioration du bien-être de l'ensemble de la population avec la pleine participation de celle-ci.

Textes pour le domaine spécifique de la Planification familiale

La loi N°2003-03 relative à la santé sexuelle et à la reproduction qui abroge ainsi celle de 1920.

La Loi n°2002-07 du 24 août 2004 portant code des personnes et de la famille en République du Bénin) qui précise l'Age au mariage qui est de 18 ans.

La Politique Nationale de Promotion du Genre pour la période 2010-2025.

Le Plan Stratégique National 2017-2021 de Sécurisation des Produits de Santé de la Reproduction et de Programmation Holistique des Préservatifs au Bénin.

Le Plan Stratégique Intégré Santé de reproduction, de la Mère, du Nouveau-Né, de l'Enfant, de l'Adolescent et du Jeune 2017 – 2021 (SRMNEAJ) : l'objectif stratégique du

Le Plan d'Action National Budgétisé pour le Repositionnement de la Planification Familiale 2014-2018.

Le Plan d'Action National Budgétisé de la Planification Familiale du Bénin_2019-2023 (PANB 2019 – 2023) : il a objectif de développement de « promouvoir la santé des populations

La loi N° 2021-12 modifiant et complétant la loi 2003-04 du 3 mars 2003 relative à la santé sexuelle et à la reproduction en République du Bénin. Adoption d'une batterie de mesures pour sécuriser et encadrer la pratique de l'interruption volontaire de grossesse.

▪ Burkina Faso

Textes sur les politiques de santé t planification familiale et de décentralisation

La loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994 portant code de la santé publique au Burkina Faso.

La loi n° 055-2004/AN du 21 décembre 2004 portant code général des collectivités territoriales au Burkina Faso, ensemble ses modificatifs.

La loi n°022-2005/AN du 24 mai 2005 portant code de l'hygiène publique au Burkina Faso.

Le décret n°2009-109/PRES/PM/MFPRE/MATD/MEF du 03 mars 2009 portant modalités de mise à disposition des agents de la fonction publique auprès des collectivités territoriales et de gestion de leur carrière.

Le décret n° 2014-934/PRES/PM/MATD/MS/MEF/ MFPTSS du 10 octobre 2014 portant modalités de transfert des compétences et des ressources de l'Etat aux communes dans le domaine de la Santé et de l'hygiène.

Le décret n°2006-325/PRES/PM/MFB/MATD/SECU/MRA /MJ du 06 juillet 2006 portant attributions, organisation et fonctionnement de la police de l'hygiène publique.

L'arrêté interministériel n°2010-429/MS/MATD/MEF du 29 décembre 2010 portant statut des comités de gestion des centres de santé et de promotion sociale et des centres médicaux ;

L'arrêté interministériel n°2010-430/MS/MATD/MEF du 29 décembre 2010 portant modalités de gestion financière des centres de santé et de promotion sociale et des centres médicaux.

Le protocole d'opérations du transfert des compétences et des ressources de l'Etat à la région dans le domaine de la santé et de l'hygiène qui est signé entre le gouverneur de région représentant de l'Etat et le maire.

La politique sectorielle santé PSS (2018-2027).

Le nouveau plan national de développement sanitaire (PNDS 2021- 2030) : Le document a été élaboré et un atelier de consensus organisé le 28 juillet 2021.

Le plan national d'accélération de la planification familiale (PNAPF) -2017-2020.

Le nouveau plan de planification familiale (PNPF 2021- 2025)

La stratégie nationale de santé communautaire (SNSC) 2019-2023, validée le 28 décembre 2018

▪ Côte d'Ivoire

Textes sur les politiques de santé et planification familiale et de décentralisation

Le Décret n° 2005-264 du 21 juillet 2005 fixant les modalités d'application en matière de promotion de la famille, de la femme et de l'enfant.

La loi n° 2003-208 du 7 juillet 2003 portant transfert et répartition de compétences de l'Etat aux Collectivités Territoriales.

Le Décret n° 2005-264 du 21 juillet 2005 fixant les modalités d'application en matière de promotion de la famille, de la femme et de l'enfant ;

Le Projet de Loi sur la Santé Sexuelle et Reproductive (SSR).

L'Arrêté n° 309 MSHP/CAB du 2 octobre 2007.

La Note de service du 28 avril 2017 relative à la contraception en postpartum immédiat.

Le Plan stratégique de la santé communautaire 2017-2021.

Le Plan d'Action National Budgétisé de Planification Familiale 2015-2020 (PAN).

▪ Togo

Textes sur les politiques de santé et planification familiale et de décentralisation

La Loi N°98-006 du 11 février 1998, portant sur la décentralisation au Togo.

La Loi n°2019-006 du 26 juin 2019 relative à la décentralisation et aux libertés locales qui précise que le système de santé au Togo est réorganisé en communes sanitaires autour des 117 Communes.

La loi n°2007-005 du 10 janvier 2007 sur la santé de la reproduction

Le Code de la Santé Publique (loi n°2009-007 du 15 mai 2009

Le document sur les Normes sanitaires du Togo » adopté en 2013.

En résumé, le cadre juridique et réglementaire et les politiques de développement des différents pays accordent une place importante au développement sanitaire avec l'inscription du droit à la santé des populations dans leurs constitutions. Le cadre juridique et réglementaire se caractérise principalement par :

- L'adhésion des pays aux principaux textes régionaux et internationaux pertinents pour la promotion de la santé.

- L'adoption de lois, de politiques, de plans, programmes et stratégies nationales de santé publique qui sont favorables à la décentralisation des politiques de santé et à l'implication des CT dans leur mise en œuvre au niveau local.

- L'adoption et la mise en œuvre de politiques de décentralisation qui ont permis un transfert effectif de compétences de l'Etat aux CT, notamment dans le domaine de la santé.

2. Le rôle des collectivités locales dans la mise en œuvre des stratégies en matière de santé et de promotion de la planification familiale

Les collectivités territoriales ont des compétences qui recouvrent en général dans leur ressort territorial les domaines suivants : la construction et la réhabilitation des formations sanitaires de premiers niveaux (à la base de la pyramide médicale) ; l'organisation de l'approvisionnement pharmaceutique ; la prise de mesures relatives à la prévention des maladies, de mesures d'hygiène et de salubrité; le contrôle de l'application des règlements sanitaires.

Leur rôle de maître d'ouvrage assigné à travers les textes de décentralisation les amène à agir à l'échelle de leur territoire en s'impliquant dans l'élaboration et la mise en œuvre de programmes locaux de développement en matière de santé, d'hygiène publique et de contrôle de qualité, en cohérence des politiques nationales de leur pays.

Le développement sanitaire occupe une place centrale dans les stratégies de développement des CT. La santé occupe en général la seconde place dans les politiques locales, derrière l'éducation qui est le principal domaine de compétences effectivement pris en charge. Les CT participent et contribuent à l'application et à la mise en œuvre des politiques nationales de développement sanitaire à l'échelle de leur territoire. Elles ont un rôle majeur à jouer aux côtés de leurs Etats et des différents partenaires et affichent une ambition réelle à accompagner la territorialisation des politiques publiques de santé. Elles agissent déjà, sur la base des compétences qui leur ont été transférées, à différents niveaux (financier, humain, matériel, etc.) en accompagnement des formations sanitaires de base dans la réalisation d'investissements et leur fonctionnement. Les actions qu'elles engagent en matière de santé, d'hygiène publique et de contrôle de qualité le sont grâce à l'inscription dans leur budget de ligne budgétaire pour la santé et au soutien de leurs divers partenaires. De façon spécifique, elles contribuent aussi à la promotion de la PF sur leur territoire.

▪ Bénin

La Loi n° 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin précise les compétences des communes en matière de la promotion de la santé des populations notamment au niveau de plusieurs de ses articles :

- i) Article 82 : la commune dispose de compétences qui lui sont propres en tant que collectivité territoriale décentralisée, exerce en outre, sous le contrôle de l'autorité de tutelle, d'autres attributions qui relèvent des compétences de l'Etat et concourt avec l'Etat et les autres collectivités au développement sanitaire et à l'amélioration du cadre de vie ;
- ii) Article 95 : la Commune joue le rôle de veille pour la préservation des conditions d'hygiène et de la salubrité publique ;
- iii) Article 100 : la commune a la charge de la réalisation de l'équipement et des réparations des centres publics de santé au niveau de l'arrondissement du village ou du quartier de ville. Elle assure en outre l'entretien de ces centres et infrastructures. A cet effet, l'Etat lui transfère les ressources nécessaires ;
- iv) Article 108 : la commune exerce ses compétences en conformité avec les stratégies sectorielles, les réglementations et normes en vigueur. Elle peut, dans ce cadre, solliciter en cas de besoin, le concours des services techniques de l'Etat. La commune peut créer ses propres services techniques. En outre, dans l'exécution des opérations qui en découlent et sous sa maîtrise d'ouvrage, elle peut déléguer, se faire assister, concéder, affermer, sous-traiter ou passer contrat.

▪ Burkina Faso

L'Etat a transféré un certain de compétences en matière de développement sanitaire au CT qui en assumant déjà la maîtrise d'ouvrage, ceci de façon variable en fonction des 2 niveaux de collectivités.

- **Pour les communes.** Le transfert de compétences est effectif avec un champ de compétences qui est relativement précis. Les communes ont des compétences dans les domaines suivants: la construction et la gestion des formations sanitaires de base ; l'organisation de l'approvisionnement pharmaceutique et la prise de mesures relatives à la prévention des maladies ; la prise de mesures d'hygiène et de salubrité dans leur ressort territorial ; le contrôle de l'application des règlements sanitaires ; la participation à la résolution

des problèmes de santé ; la participation à l'établissement de la tranche communale de la carte sanitaire nationale (cf. CGCT; décret n°2014-934).

Les communes assument déjà de façon effective leurs compétences en matière de santé et bénéficient également de transfert de ressources financières du ministère de la santé.

- Le patrimoine est aussi transféré dans le domaine de la santé et de l'hygiène. L'Etat a en effet cédé aux communes les biens meubles (matériel) et immeubles (bâtiments) suivants : les centres médicaux ; les centres de santé et de promotion sociale (CSPS) ; les dispensaires ; les maternités ; les centres de santé maternelle et infantile (SMI). Font également partie des biens meubles et immeubles transférés : les dépôts de médicaments essentiels génériques ; les infrastructures ; les puits et forages rattachés aux infrastructures ; les latrines ; les logements ; le mobilier et le matériel roulant ; les équipements et matériels médicaux techniques ; les autres infrastructures et biens non inventoriés rattachés (décret 2014-934).

- Les ressources humaines ont aussi été mises à la disposition des communes dans le domaine de la santé et de l'hygiène. Il s'agit du personnel de l'Etat exerçant dans les formations sanitaires de base (Centres médicaux, CSPS, dispensaires, maternités, centres de santé maternelle et infantile) (décret n°2009-109).

- **Pour les régions.** Les compétences sont également transférées au plan législatif en matière de développement sanitaire. Mais le transfert n'est pas encore effectif sur le terrain. En effet, les régions ne bénéficient pas encore de transfert de ressources financières, de patrimoine et de ressources humaines, en accompagnement des compétences transférées. Cependant, l'article 93 du CGCT précise les compétences des régions dans le domaine de la santé et de l'hygiène.

▪ Côte d'Ivoire

L'Etat a transféré un certain nombre de compétences aux CT :

- La région est chargée de l'élaboration et la mise en œuvre du plan régional en matière de santé, d'hygiène publique et de contrôle de qualité en harmonie avec le plan national, l'émission d'avis sur l'élaboration prospective de la carte sanitaire nationale, la construction, la gestion et l'entretien des centres hospitaliers régionaux, l'adoption de mesures régionales de prévention en matière d'hygiène.
- La commune s'occupe de l'élaboration et la mise en œuvre du programme de développement communal en matière de santé, d'hygiène publique et de contrôle de qualité en harmonie avec le plan de développement de la ville, du district ou du département, la construction, la gestion et l'entretien des centres de santé, des formations sanitaires et des établissements d'hygiène publique et alimentaire, l'adoption des mesures communales de prévention en matière de Santé et d'Hygiène publique et alimentaire, l'émission d'avis sur l'élaboration prospective de la carte sanitaire.
- Le district a pour mission l'élaboration et la mise en œuvre du plan du district en matière de santé, d'hygiène publique et de contrôle de qualité en harmonie avec le plan national, l'émission d'avis sur l'élaboration prospective de la carte sanitaire, la construction, la gestion et l'entretien des hôpitaux généraux et des établissements d'hygiène publique et alimentaire dans le périmètre du District, l'adoption et la mise en œuvre de mesures de prévention en matière de santé, d'Hygiène publique et alimentaire au niveau du District.

▪ Togo

En matière de santé les compétences sont partagées entre l'Etat et la commune (Article 83 Loi n°2019-006 du 26 juin 2019 portant modification de la loi n°2007-011 du 13 mars 2007 relative à la décentralisation et aux libertés locales modifiée par la loi n°2018- 003 du 31 janvier 2018).

Les rôles des collectivités locales dans la mise en œuvre des stratégies nationales en matière de santé et promotion de la Planification Familiale au Togo sont de :

- Appuyer les formations sanitaires dans leur zone de responsabilité en recrutant du personnel de santé qualifié et en Agents de Santé Communautaire.
- Créer des centres de santé si l'intérêt communal le justifie dans l'offre des services de santé, notamment les services de planification familiale.
- Réhabiliter des structures sanitaires locales.
- Accorder des subventions aux formations sanitaires de leur zone de responsabilité.
- Appuyer les formations sanitaires en logistique (ambulance...).
- Sensibiliser les communautés sur les problèmes de santé.
- Assurer une gestion saine et efficace de l'hygiène environnementale (dépotoirs sauvages, pollution de la nature...) et assainissement de base.
- Appuyer le renforcement de la chaîne d'approvisionnement des médicaments de première nécessité, etc.
- Promouvoir le partenariat public-privé et avec les OSC

De façon spécifique, en matière de PF, les communes interviennent à différents niveaux pour :

- Être des parties prenantes dans le plaidoyer pour la mobilisation des ressources ;
- Inscrire une ligne budgétaire avec l'allocation d'au moins 5% du budget par an dans les plans de travail des communes en faveur de la PF ;
- Accompagner la création des services de planification familiale.

En résumé, les CT ont toutes bénéficiées de transfert effectif de compétences en matière de santé et d'hygiène dans les 4 pays, dont le Togo qui a concrétisé en dernier son processus de décentralisation avec l'organisation d'élections municipales en 2019. Il existe une proximité dans les compétences transférées qui portent en règle générale au niveau de leur ressort territorial sur les principaux domaines suivants :

- i) l'élaboration et la mise en œuvre de politique locale de santé intégrée dans leur plan de développement, en cohérence avec les politiques nationales ;
- ii) la construction, la gestion et l'entretien des structures sanitaires ;
- iii) l'adoption de mesures de prévention en matière de Santé et d'Hygiène publique et alimentaire,
- iv) la participation ou l'émission d'avis sur l'élaboration prospective de la carte sanitaire.

Ces compétences sont le plus souvent partagées entre les différents niveaux de CT et avec leurs Etats. Le développement sanitaire occupe une place centrale dans les stratégies de développement des CT qui accompagnent à différents niveaux (financier, humain, matériel), avec leurs ressources propres et celles de leurs partenaires, les formations sanitaires de base dans la réalisation d'investissements et leur fonctionnement. De façon spécifique, elles contribuent aussi à la promotion de la planification familiale sur leur territoire.

3. La gouvernance dans le secteur de la santé de l'accès et de la promotion de la planification familiale

Le système sanitaire des différents pays est en général similaire et s'appuie sur le découpage administratif et territorial. Il comporte une organisation administrative et une organisation de l'offre de soins. Le pilotage de la politique nationale de développement sanitaire est assuré par les ministères de tutelle qui s'appuient sur des directions centrales et des services déconcentrés dans chaque pays.

L'organisation administrative est de type pyramidal et est le plus souvent structurée en trois niveaux :

- i) Un niveau central ou primaire, sous la responsabilité des ministères de la santé et de leurs directions et services centraux.
- ii) Un niveau intermédiaire ou secondaire ou départemental, avec les directions départementales de la santé (Bénin), les directions régionales de la santé (Burkina).
- iii) Un niveau opérationnel, périphérique ou primaire, avec les zones sanitaires (Bénin), les directions provinciales de la santé et les districts sanitaires (Burkina, Côte d'Ivoire).

L'organisation de l'offre de soins est aussi composée de 3 niveaux :

i) Le niveau primaire avec les centres de santé appuyés par un hôpital de première référence dénommé Hôpital de Zone (Bénin), les CSPS⁴, CM ou CMA (Burkina), les Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC) en Côte d'Ivoire.

- ii) Le niveau secondaire avec les centres hospitaliers départementaux (CHD au Bénin), les établissements sanitaires de recours pour la première référence (Côte d'Ivoire).
- iii) Le niveau tertiaire avec les structures de soins d'envergure nationale ou établissements publics nationaux (Bénin, Burkina, Côte d'Ivoire) ;

L'organisation du système de santé est dominée par un secteur public prépondérant. Le secteur privé, en plein essor dans les différents pays, joue aussi un rôle important. Il est surtout libéral (parfois confessionnel), et est concentré dans les grands pôles urbains principalement dans les grandes villes où l'on enregistre une plus grande solvabilité de la demande. Les synergies d'actions et l'articulation des initiatives entre les services publics de santé et les structures sanitaires privées constituent des enjeux majeurs pour les Etats. A côté du secteur public et privé se développe également la médecine traditionnelle.

A l'échelle locale, les CT à s'organiser de mieux en mieux pour prendre en charge, coordonner et financer les actions dans le domaine de la santé. Le développement sanitaire local occupe une place de plus en plus importante dans leurs stratégies locales de développement.

▪ Bénin

Le système sanitaire est calqué sur le découpage administratif et territorial du Bénin. Il est structuré en trois niveaux (niveau central, intermédiaire et opérationnel).

- Le niveau central ou national est administré par le Ministre de la Santé qui assure la mise en œuvre de la politique sanitaire définie par le gouvernement. A ce niveau, on retrouve les structures de soins d'envergure nationale⁵.

- Le niveau intermédiaire ou départemental est administré par les Directions Départementales de la Santé. Les activités sanitaires se font à ce niveau dans les hôpitaux

⁴ Centre de santé et de promotion sociale, centre médical, centre médical avec antenne chirurgicale

⁵ : Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) Hubert Koutoukou MAGA, Centre National de Pneumo-Phtisiologie (CNPP), Centre National de Psychiatrie (CNP), Centre National de Gériatrie (CNG) et centre Hospitalier Universitaire Mère, Enfant, Lagune (CHUMEL).

départementaux. Le CHD constitue le centre de référence pour les cas référés par les hôpitaux de zone ou par les centres de santé.

- Le niveau périphérique ou opérationnel est constitué des Zones Sanitaires qui sont au nombre de 34 et réparties sur toute l'étendue du territoire national. La Zone Sanitaire représente l'entité opérationnelle la plus déconcentrée du système de santé. Elle est constituée d'un réseau de services publics de premier contact et des formations sanitaires privées, le tout appuyé par un hôpital de première référence public ou privé dénommé Hôpital de Zone.

- La gouvernance locale du système de santé s'articule autour des missions dévolues aux communes par les textes juridiques et réglementaires ainsi que les dispositions définies dans les plans et stratégies du secteur de la santé en général et de la PF en particulier. On relève également l'existence des organes de gestion du système de santé à la base, notamment des Comités de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS), organe de représentation et de décision de la zone sanitaire et des comités de gestion de centre de santé (COGECS), organe de décision et d'orientation relative à la gestion de la santé au niveau de chaque Centre de Santé d'Arrondissement. Le ministère de la santé et le ministère de la décentralisation et de la gouvernance locale ont mis en place un dispositif d'accompagnement de l'exercice des compétences qui favorise l'implication des communautés locales, des élus locaux, des OSC et du secteur privé dans la gestion des structures sanitaires publiques à travers la mise en place et l'animation des organes de cogestion.

▪ **Burkina Faso**

Dans le domaine spécifique de la santé, le pilotage et la coordination sont articulés autour de différents organes structurés à plusieurs niveaux (politique, stratégique, opérationnel) et qui ont des missions spécifiques et complémentaires impliquant l'ensemble des acteurs actifs dans le secteur (Etat, Collectivités territoriales, secteurs public et privé, société civile, partenaires techniques et financiers).

L'importance prise par la politique sanitaire dans les stratégies locales de développement pousse les CT à mieux s'organiser pour prendre en charge et coordonner les actions dans le domaine. L'essentiel des communes urbaines disposent d'un directeur ou d'un chef de service santé chargé d'appuyer les autorités locales dans la définition et le pilotage de la mise en œuvre des actions et projets.

L'organisation actuelle du système de santé au Burkina Faso est basée sur le district sanitaire. Elle comporte une organisation administrative et une organisation de l'offre de soins. L'organisation administrative du système de santé s'articule autour de trois niveaux : le niveau central (cabinet du Ministre, le secrétariat général, les directions générales, etc.), le niveau intermédiaire avec 13 directions régionales de la santé et le niveau périphérique avec environ 70 district sanitaires qui sont les entités opérationnelles d'administration des services de santé).

L'organisation de l'offre de soins concerne les soins de base, les soins de référence et les soins d'urgence. L'offre de soins de base est essentiellement assurée par le CSPS et le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA). En 2020, on recensait au niveau des structures de santé d'envergure nationales 6 Centres Hospitaliers Universitaires (CHU), au niveau intermédiaire 9 Centres hospitaliers régionaux (CHR) et au niveau périphérique 46 CMA, 71 CM et 2 041 CSPS⁶.

Le système de santé est dominé par le secteur public avec un secteur privé en croissance. La médecine traditionnelle qui se développe est également reconnue par la loi portant Code de la santé publique (Loi n°23/94/ADP du 19 mai 1994).

⁶ CMA (centre médical avec antenne chirurgicale), CM (centre médical), CSPS (centre de santé et de promotion sociale)

▪ Côte d'Ivoire

Dans sa structuration administrative, le système national de santé comprend trois niveaux :

- i) Le niveau central avec le ministère et les Directions et Services centraux, chargés de la définition de la Politique, de l'appui et de la coordination globale de la santé.
- ii) Le niveau intermédiaire avec 20 Directions Régionales de la Santé qui ont une mission d'appui aux districts sanitaires pour la mise en œuvre de la politique sanitaire.
- iii) Le niveau périphérique composé de 82 Directions Départementales de la Santé ou Districts Sanitaires, divisés en aires de santé, chargés de coordonner l'action sanitaire dépendant de leur ressort territorial et de fournir un support opérationnel et logistique aux services de santé.

L'organisation de l'offre de soins est de type pyramidal avec trois niveaux :

- Le niveau primaire ou périphérique représenté par les Etablissements Sanitaires de Premiers Contacts (ESPC), dont les centres de santé ruraux, les centres de santé urbains, les centres de santé urbains spécialisés et les formations sanitaires urbaines.
- Le niveau secondaire constitué des établissements sanitaires de recours pour la première référence, composé des Hôpitaux Généraux, des Centres Hospitaliers Régionaux, des Centres Hospitaliers Spécialisés (Hôpitaux psychiatriques de Bingerville et de Bouaké) ;
- Le niveau tertiaire comprend les établissements sanitaires de recours pour la deuxième référence, il est essentiellement composé d'établissements Publics Nationaux (EPN) avec 5 Centres Hospitaliers Universitaires, 5 Instituts Nationaux Spécialisés⁷ et 4 autres Etablissements Publics Nationaux d'appui⁸

Dans son versant d'offre de soins, le système de santé ivoirien est dominé par un secteur public prépondérant et un secteur privé en plein essor, à côté desquels existe la médecine traditionnelle.

▪ Togo

L'organisation du système de santé au Togo est de type pyramidal à trois niveaux d'administration dont la configuration est superposable au découpage administratif. Le Togo fait partie des rares pays de la sous-région à disposer au niveau périphérique d'une administration sanitaire de district à part entière. Celle-ci est matérialisée par une direction préfectorale de la santé (DPS).

L'organisation administrative : i) le niveau central avec Ministère de la santé et de la protection sociale et ses directions et services centraux ; ii) le niveau intermédiaire constitué par les régions sanitaires (6 directions régionales) ; iii) et le niveau opérationnel basé sur le district sanitaire avec (40 directions préfectorales de la santé/Directions de district sanitaire).

Le système de soins est organisé selon trois niveaux : primaire, secondaire, tertiaire.

- Au niveau tertiaire, les structure d'envergure nationale avec les centres hospitaliers universitaires (3 CHU) et les hôpitaux spécialisés de référence
- Au niveau secondaire, les Hôpitaux régionaux (CHR)
- Au niveau primaire, les structures de soins de santé relevant de la DPS sont l'Agent de Santé Communautaire (ASC) qui assure par délégation les soins au niveau familial et des communautés, les Unités de Soins Périphériques (USP) et l'hôpital de District, situé au chef-lieu de la préfecture.

⁷ Institut National de Santé Publique (INSP), Institut National d'Hygiène Publique (INHP), Institut Raoul Follereau (IRF), Institut Pierre Richet (IPR), Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA).

⁸ : Centre National de Transfusion Sanguine (CNTS), Laboratoire National de Santé Publique (LNSP), Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP), Service d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU).

Les soins de santé sont fournis aux populations dans des structures publiques (59%) et privées, libérales et confessionnelles (41%) en 2015.

En résumé, le système sanitaire des différents pays est en général similaire et s'appuie sur le découpage administratif et territorial. Le pilotage de la politique nationale de développement sanitaire est assuré par les ministères de tutelle qui s'appuient sur des directions centrales, des services déconcentrés et des projets et programmes dans chaque pays.

L'organisation administrative sanitaire est de type pyramidal et est le plus souvent structuré en trois niveaux : i) Central ou primaire, sous la responsabilité des ministères de la santé et de leurs services centraux ; ii) Intermédiaire ou secondaire ou départemental, avec les directions départementales ou régionales de la santé ; iii) Opérationnel, périphérique ou primaire, avec les Zones Sanitaires ou les districts sanitaires.

L'organisation de l'offre de soins est aussi composée de 3 niveaux : i) Tertiaire avec les structures de soins d'envergure nationale ou établissements publics nationaux ; ii) Secondaire avec les centres hospitaliers départementaux ; iii) Primaire avec les centres de santé de base.

Enfin, l'organisation du système de santé se caractérise par la prépondérance du secteur public et l'existence d'un secteur privé, en plein essor et surtout concentré en milieu urbain (grandes villes) où la demande est plus solvable. La médecine traditionnelle se développe également et est reconnue par les Etats.

4. Le financement des différents secteurs

En matière de financement du système sanitaire, les budgets des différents Etats sont encore en deçà de l'engagement pris par les Chefs d'Etat à Abuja au Nigeria en 2001 à savoir consacrer au moins 15% des budgets nationaux à la santé. Le Burkina Faso est le pays qui est le plus proche de ce ratio avec un budget prévisionnel santé en 2021 de 266,080 milliards FCFA (soit 13,51% du budget de l'Etat⁹), le Bénin 91, 84 milliards (soit 3,7%), la Côte d'Ivoire 415, 254 milliards FCFA (soit 5%) et le Togo 77,9 milliards (4,5%).

Budget de la santé dans les différents pays en 2021 (en milliard FCFA)		
Pays	Budget santé (en milliard)	% par rapport budget national
Bénin	91, 84	3,7
Burkina Faso	266,080	13,51
Côte d'Ivoire	415, 254	5,1
Togo	77,9	4,5

Globalement, une part importante des budgets santé des différents pays est dédiée au fonctionnement au détriment des investissements. En 2021, en Côte d'Ivoire 80,45 % était destiné au fonctionnement contre 19,55 % pour les investissements.

Le financement du secteur de la santé dans les 4 pays épouse le même profil que celui de la plupart des pays en développement. Il s'appuie sur plusieurs types d'acteurs principalement i) les ménages, ii) les apports extérieurs de la coopération internationale (bilatérale et multilatérale), iii) le budget des Etats, iv) l'appui des ONG et Fondations internationales, v) le secteur privé avec les assurances et les entreprises.

Les apports des ménages constituent souvent la première source de financement du système de santé. C'est le cas en Côte d'Ivoire, en 2017, les paiements directs des ménages représentaient 39% des dépenses de santé, au Togo cela représentait 54,5% des dépenses courantes de la santé (DCS) en 2015 et 50,4% en 2016.

Les transferts des ressources financières des Etats aux Communes pour l'exercice de leurs compétences dans la santé sont effectifs. C'est le cas notamment au Bénin depuis 2007, à travers le Fonds d'Appui au Développement des Communes au Bénin (FADeC), au Burkina Faso, à partir de 2010 pour la « santé et de l'hygiène ». Ces transferts de ressources financières aux communes pour la santé sont toutefois insuffisants et ne leur permettent pas de répondre aux besoins des populations qui se sont considérablement accrus. Malgré la décentralisation et le transfert de compétences dans le domaine de la santé, les ministères de la santé continuent toujours de gérer et engager directement certaines ressources pour des investissements au profit des communes ce qui constitue un frein à la décentralisation des politiques de santé.

Rôle important des CT dans le financement du développement sanitaire local : Exemple de la ville de Bobo-Dioulasso au Burkina Faso

Au Burkina au cours des quatre dernières années (2018 à 2020), le montant cumulé des ressources financières transférées par l'Etat aux 351 communes, s'élève à 25 134 911 739 FCFA, dont 15 999 289 228 FCFA pour les investissements et 9 135 622 511 FCFA pour les charges récurrentes des CSPS¹⁰. Que ce soit pour les investissements ou le fonctionnement le montant annuel des allocations est resté constant et n'a pas connu de variations sensibles. Au cours de la même période, on relève l'effort important fait par les CT, en termes de mobilisation de ressources pour accompagner leur politique sanitaire locale. A titre d'exemple pour la ville de Bobo Dioulasso entre 2018 et 2021, la part du budget communal (fonds propre) allouée aux actions de santé a été multipliée par 10. Elle est passé de 25 000 000 FCFA (38 112 euros) à 238 565 122 FCFA (363 690 euros). Ces ressources mobilisées ont permis à la commune de i) construire de nouvelles infrastructures (CSPS, maternité, etc.), ii) réhabiliter des infrastructures existantes, iii) et surtout améliorer l'équipement des FS. Cet engagement financier fort confirme la volonté des autorités politiques municipales de mieux prendre en compte les questions sanitaires locales et de réaffirmer leur rôle de maître d'ouvrage dans la mise en œuvre de la décentralisation de la politique de santé à l'échelle communale.

Evolution de la contribution du budget communal au développement sanitaire dans la ville de Bobo-Dioulasso					
Année	Budget commune	Ligne budget santé	Fonds propres	Ressources transférées	Ligne budget santé PF
2018	11 468 845 658	70 077 884	25 000 000	45 077 884	20 000 000
2019	10 706 651 099	127 077 884	82 000 000	45 077 884	
2020	9 136 400 953	165 666 729	120 588 845	45 077 884	20 000 000
2021	9 276 528 199	256 406 502	238 565 122	17 841 380	20 000 000

De façon spécifique en matière de planification familiale, de 2018 à 2021, à l'exception de l'année 2019, la commune a inscrit régulièrement une subvention annuelle de 20 millions de FCFA, correspondant à sa contribution globale pour l'exécution de différents projets avec l'AIMF puis avec TCI.

¹⁰ Sources : Arrêté interministériel N°2018 - 113/MINEFID/MATD/MS ; N°2018 - 114/MINEFID/MATD/MS ; N°2019 - 069/MINEFID/MATDC/MS ; N°2019 - 070/MINEFID/MATDC/MS ; N°2020 - 036/MINEFID/MATDC/MS ; N°2020 - 037/MINEFID/MATDC/MS ; N°2020 - 038/MINEFID/MATD/MS, N°2020 - 039/MINEFID/MATD/MS.

De façon spécifique en matière de PF, au plan national les ressources mobilisées sont variables par pays. En Côte d'Ivoire, entre 2015 et 2020, le coût global du Plan d'Action National Budgétisé de la PF est estimé à 33,6 milliards de FCFA, soit 5,6 milliards FCFA en moyenne par année. Au Bénin, en 2018, une ligne spéciale de 250 millions a été inscrite dans le budget de l'Etat pour acquérir les produits contraceptifs.

Au niveau local, toutes les communes s'activent pour la promotion de la planification familiale sur leurs territoires respectifs. La PF est prise en compte dans leurs plans de développement PDC et Plans Annuels d'Investissement avec l'inscription progressive dans leur budget d'une ligne affectée aux actions dans le domaine. Les communes interviennent avec leurs ressources propres, celles de l'Etat et des PTF.

En termes de mobilisation de ressources domestiques pour la PF, propres aux Communes, les stratégies nationales de planification familiale prévoient toutes un encouragement à l'implication des collectivités locales sur ce thème. Nous pouvons illustrer leur implication financière avec l'exemple du projet ISSV, partenariat entre l'AIMF et la Fondation Bill & Melinda Gates. Dans ce cadre : en Côte d'Ivoire, le District d'Abidjan a mobilisé plus d'un quart du budget de son projet (avec 75 000 €), au Burkina, la ville de Bobo-Dioulasso près de 12% du budget de son projet (avec 30 412€), au Togo, la Fatière des Communes du Togo et les 5 communes pilotes ont mobilisé 14% du budget (avec 32 083€) et au Bénin, l'Association Nationale des Communes du Bénin et les 5 communes pilotes 8% du budget (16 400€).

Plus globalement, les défis majeurs à relever par les Etats en matière de financement du développement sanitaire au plan national et local portent, entre autres, sur :

- La mobilisation des financements par rapport aux besoins réels.
- L'efficacité des dépenses en santé et la mise en œuvre des engagements concernant l'assurance maladie universelle;
- La problématique de la réduction progressive du poids des dépenses faites par les ménages aux dépenses de santé ;
- La consolidation au niveau local, du transfert aux CT des ressources financières qui sont destinées à couvrir les dépenses de fonctionnement et d'investissement pour les structures sanitaires à la base.

▪ Bénin

Le budget du ministère de la santé est de 91,84 milliards (3,7% budget général Etat) en 2021, contre 109, 47 milliards en 2020 (5,1%). Entre 2017 et 2019, il a connu une baisse de 15% en passant de 81,0 milliards en 2017, à 63, 52 milliards (4,6%) en 2019. Avec un ratio de 3,7% du budget de la santé par rapport au budget général de l'Etat en 2019, le Bénin loin de l'atteinte de l'accord d'Abuja qui stipule que le ratio doit avoisiner 15% du budget général de l'Etat.

Depuis 2007, l'Etat transfère aux Communes des ressources financières pour l'exercice de leurs compétences dans la santé à travers le Fonds d'Appui au Développement des Communes au Bénin (FADeC). Le FADeC est alimenté par des ressources nationales et extérieures (venant des PTF) et intervient via différents guichets (Investissement- Entretien et réparation des infrastructures sanitaires ; Appui aux COGECS ; Santé communautaire, et récemment COVID-19 à partir de 2020. Il représentait 7,12% du Budget de la santé en 2019, contre 10,97% en 2021. Cette hausse est surtout liée à l'ouverture du guichet FaDeC Covid 19 à partir de 2020. Puisque dans le même temps les ressources transférées aux communes pour la réalisation des investissement et l'entretien et la réparation des infrastructures sanitaires ont connu une baisse.

Quant à la PF, elle est financée par différentes sources : Etat, communes, PTF, ressources propres aux OSC, et ressources propres aux ménages. En 2018, une ligne spéciale de 250 millions a été inscrite dans le budget de l'Etat pour acquérir les produits contraceptifs.

▪ Burkina Faso

Le budget du secteur de la santé en 2021, s'élève à 266,080 milliards FCFA, des prévisions budgétaires, contre 234,502 milliards de francs CFA en 2020 et 211,568 milliards de francs CFA en 2019, ce qui montre un effort de l'Etat pour renforcer ce secteur. Il est pour une grande destiné au fonctionnement (dépenses courantes en particulier de personnel) au détriment des investissements qui sont restés en dessous de 30% du budget du ministère au cours des dernières années. La santé occupe 13,51% du budget de l'État pour l'exercice 2021. Elle a représenté en moyenne 10,32% du budget total de l'Etat, entre 2017 à 2021¹¹, avec une moyenne la plus faible en 2018 (9,46%) et la plus élevée en 2021 (11,21%), du fait de la survenue de la COVID-19 qui a nécessité une augmentation plus importante des ressources du ministère de la Santé.

Les textes en matière de financement de la politique de développement sanitaire au niveau des CT s'appuient sur le code général des collectivités territoriales (CGCT). Le repérage des lignes budgétaires dédiées aux compétences transférées depuis 2009, concerne uniquement les communes. Les ressources financières transférées sont destinées à couvrir les dépenses de fonctionnement et d'investissement. Parmi les quatre domaines prioritaires concernés, on a celui de la « santé et de l'hygiène » dont le transfert des ressources est effectif à partir de 2010.

Le financement du secteur de la santé au Burkina repose principalement sur cinq principaux acteurs constitués par des i) les ménages, ii) les apports extérieurs (bilatéraux et multilatéraux), iii) le budget de l'Etat, iv) les ONG et Fondations internationales, v) les assurances et les entreprises.

▪ Côte d'Ivoire

Le budget du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique (MSHP) est de 415 254 898 441 Fcfa en 2021. De 2011 à 2018, il a augmenté, en terme nominal en passant de 106,8 milliards à 245,5 milliards de FCFA (soit un taux d'accroissement annuel moyen de 18 %). Toutefois, le budget de la santé stagne depuis de nombreuses années entre 5% et 6% du budget total de l'État et était l'un des plus faibles de la sous-région.

Les modalités de financement de la santé sont multiples. En 2017, les paiements directs des ménages constituent la première source de financement à 39% (au-delà de la norme de 25% de l'OMS), suivi des ressources publiques (28% - essentiellement composées des recettes fiscales, la part des cotisations de santé étant encore très faible), puis des autres dépenses privées (19%), et de la coopération internationale (13%).

L'Etat alloue annuellement aux collectivités locales comme le prévoit la loi¹² des dotations inscrites au budget national pour la prise en charge de leur fonctionnement et la réalisation de leurs investissements. En l'absence d'informations sur les budgets locaux de santé au cours des trois dernières années, on peut relever pour la période 2012-2014 que les collectivités territoriales ont bénéficié d'une allocation globale de 76,4 milliards FCFA au titre du budget d'investissement public de l'Etat, dont 13,4% allouées à la santé. Les réalisations ont concerné des constructions de centres de santé et de logements du personnel médical, la réhabilitation des centres de santé l'acquisition en matériels biomédicaux et d'ambulances pour les centres

¹¹Selon une étude réalisée par le Centre d'études et de recherche appliquée en finances publiques (CERA-FP) en partenariat avec OXFAM

¹² N° 2003-489 du 26 décembre 2003 portant régime financier, fiscal et domanial des collectivités territoriales

▪ Togo

Depuis l'initiative de Bamako, le financement du Système de Santé repose sur les ménages compte tenu de la décroissance du budget alloué à la santé par l'Etat et de la diminution des aides extérieurs. Le financement du Système de Santé est alors attribué à l'Etat, à la population et aux partenaires nationaux et internationaux.

Le Comité de Gestion issu de l'initiative de Bamako est lié à la volonté de contrôler la contribution des ménages constituée par le paiement de l'acte et l'achat des médicaments essentiels par les patients. Depuis belle lurette, la situation est marquée par un très fort désengagement de l'Etat dans le financement du Système de Santé. Les paiements directs des ménages représentent 54,5% des dépenses courantes de la santé (DCS) en 2015 et 50,4% en 2016.

En 2021, les budgets des différents Etats sont encore en deçà de l'engagement pris par les Chefs d'Etat à Abuja au Nigeria en 2001 à savoir consacrer au moins 15% des budgets nationaux à la santé. Le Burkina Faso est le pays qui est le plus proche de ce ratio (soit 13,51% du budget de l'Etat), le Bénin le plus loin (soit 3,7%) et la Côte d'Ivoire 415, 254 milliards FCFA (soit 5%). Une part importante des budgets santé est dédiée au fonctionnement au détriment des investissements.

Le financement du secteur de la santé dans les 4 pays épouse le même profil que celui de la plupart des pays en développement. Il s'appuie principalement i) les ménages, souvent première source de financement ii) les apports des PTF iii) le budget des Etats, iv) l'appui des ONG et Fondations internationales, v) le secteur privé (assurances, entreprises).

Les transferts des ressources financières des Etats aux CT sont effectifs mais insuffisants et ne leur permettent pas de répondre aux besoins croissants des populations. Les ministères de la santé continuent toujours de gérer et engager directement au niveau central les investissements pour le niveau local, ce qui constitue un frein à la décentralisation des politiques de santé.

De façon spécifique en matière de PF, au plan national les ressources mobilisées sont encore limitées et variables par pays, de même qu'au niveau local, où les CT s'activent plus pour la promotion de la PF sur leurs territoires avec leurs ressources propres, celles de l'Etat et des PTF.

Quelques défis majeurs restent encore à relever par les Etats en matière de financement du développement sanitaire au plan national et local et passent, entre autres, par une mobilisation des financements par rapport aux besoins réels, une plus grande efficacité des dépenses en santé et un renforcement du transfert aux CT des ressources financières destinées à couvrir les dépenses de fonctionnement et d'investissement pour les structures sanitaires à la base.

5. Participation citoyenne

Les documents de politique et de planification et les textes de décentralisation des différents pays prévoient des dispositifs juridiques et opérationnels permettant l'implication des populations et de la société civile dans les politiques de développement sanitaire et de promotion de la PF. L'ensemble des pays sont partie prenante de l'initiative de Bamako et disposent tous de politique et stratégie de développement de santé communautaire. C'est le cas du Bénin (Politique Nationale de Santé Communautaire) du Burkina Faso (stratégie nationale de santé communautaire - SNSC 2019-2023), de la Côte d'Ivoire (Plan stratégique

de la santé communautaire 2017-2021) et du Togo (stratégies nationales des interventions à base communautaire 2015).

Le cadre juridique pour faciliter la gestion et l'accès des usagers aux différents services de santé de base au niveau local, s'appuie principalement sur les comités de gestion (COGES), qui dépendent, tout comme les agents de santé davantage de la tutelle administrative de leur ressort territorial. Les COGES jouent un rôle important dans la participation communautaire et ne sont pas toujours fonctionnels sur le terrain.

Les CT qui agissent déjà sur le terrain à travers des initiatives concrètes doivent jouer un rôle plus important dans la planification, le financement et la mise en œuvre des activités en matière de santé et de façon spécifique de PF dans les limites de leurs territoires. Cependant, dans la pratique, niveau local elles n'assurent pas toujours le leadership des initiatives et ont une faible maîtrise de la gestion des structures sanitaires de base. De fait dans les différents pays, il subsiste encore une dualité commune/COGES alors que la décentralisation responsabilise les CT qui doivent assurer la maîtrise d'ouvrage des infrastructures sanitaires de base mais ne sont pas responsabilisées dans la gestion.

▪ Bénin

Les ministères de la santé et de la décentralisation et de la gouvernance locale ont mis en place un dispositif d'accompagnement des communes dans l'exercice des compétences transférées. Les textes adoptés prévoient ainsi l'implication des communautés, des élus locaux, des OSC et du secteur privé dans la gestion des structures sanitaires publiques à travers la mise en place et l'animation des organes de cogestion.

Ainsi, par Arrêté interministériel, les attributions, la composition, l'organisation et le fonctionnement du Comité de Gestion des Centres de Santé (COGECS) ont été définis et précisés. Le COGECS est l'organe suprême de décision et d'orientation relative à la gestion de la santé au niveau de chaque Centre de Santé d'Arrondissement. Il est présidé par le représentant des élus locaux de l'arrondissement ou du village, seul membre.

Le Comité de Santé de la Zone Sanitaire (CS/ZS) constitue quant à lui l'organe suprême de représentation et de décision de la zone sanitaire. Il a pour mission d'assurer le développement socio-sanitaire de la zone sanitaire qui est composée d'une ou de plusieurs communes en fonction de la taille de celles-ci.

▪ Burkina Faso

Le Burkina Faso dispose d'une stratégie nationale de santé communautaire (SNSC) 2019-2023, validée le 28 décembre 2018. Le cadre juridique prévu pour faciliter la gestion et l'accès des usagers aux différents services concernés au niveau local, s'appuie principalement sur le COGES. Le COGES est un organe de gestion et de concertation, chargé d'assurer le fonctionnement du CSPS.

Sur le terrain, on note que la dynamique de participation communautaire est effective mais encore insuffisante. Les COGES existent et sont toujours en place mais ils rencontrent des dysfonctionnements. Les modalités et conditions de gestion des structures de santé de base ne sont pas appréciées par les communes qui ont une faible maîtrise de la gestion assurée par les COGES.

▪ Côte d'Ivoire

L'examen des textes sur la décentralisation montre que des dispositions juridiques et opérationnels ont été proposées pour favoriser l'implication des communautés locales et de la

société civile dans le développement sanitaire local, ceci à travers les COGES et les organisations de la société civile.

Les COGES assurent l'interface entre les services de santé et la communauté de l'aire de responsabilité de la formation sanitaire, la gestion des dépôts de médicaments essentiels et veillent au recouvrement des coûts. Toutefois, ils ne sont pas tous fonctionnels sur le terrain dans les établissements sanitaires,

Les organisations de la société civile jouent un rôle important dans le plaidoyer et sont associées par l'Etat à toutes les concertations et à l'élaboration de toutes les politiques en matière de santé et de PF comme dans les organes locaux de gestion des structures de santé de 1er niveau.

▪ Togo

La participation des citoyens au développement local est un droit fondamental inscrit dans le code de travail. La participation citoyenne à la gouvernance locale s'organise par le biais des organisations de la société civile, des comités de développement villageois, des comités de développement de quartiers ou encore des comités de développement cantonaux.

La décentralisation du système de santé au niveau du district, met l'accent sur la participation communautaire des populations dans la planification et la gestion des activités et des ressources consacrées à leur santé. Le ministère de la santé pour favoriser la participation citoyenne a appuyé la mise en place des Comités de gestion (COGES) au niveau des formations sanitaires non autonomes et des Conseils d'Administration (CA) au niveau des structures autonomes. Ce sont des instances de proximité qui permettent de développer une relation d'écoute et de coopération avec les communautés. Par ailleurs, la mobilisation des agents de santé communautaire (ASC) qui sont des émanations de la communauté, facilite la participation citoyenne.

L'ensemble des pays sont partie prenante de l'initiative de Bamako et disposent tous de politique et stratégie de développement de santé communautaire. Les textes et les dispositifs juridiques et opérationnels sont favorables à la participation communautaire dans les politiques locales de développement sanitaire et de façon spécifique de promotion de la PF. Les comités de gestion (COGES), constituent le dispositif de base pour favoriser l'accès des usagers aux services de santé au niveau local et jouent un rôle important dans la participation communautaire. Ils dépendent, tout comme les agents de santé de la tutelle administrative de leur ressort territorial, ce qui est souvent l'origine de la dualité observée dans la gestion des structures sanitaires de base avec les communes.

La décentralisation des politiques de santé doit favoriser la responsabilisation et le respect du rôle de maîtrise d'ouvrage des CT, qui doivent jouer un rôle de leader et de coordination dans la gestion des structures sanitaires de base, tout en accordant une place importante à la participation communautaire.

II - L'ANALYSE DE L'ETAT DES LIEUX DE LA DECENTRALISATION DU SYSTEME DE SANTE, DE L'ACCES ET DE LA PROMOTION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

L'analyse du cadre juridique et de la pratique du terrain dans les différents pays concernés a permis de relever les forces et faiblesses du processus de décentralisation du système de santé, et de façon spécifique la promotion de la planification familiale.

1. Les points positifs dans la décentralisation du système sanitaire

L'ensemble des pays partagent en commun les points positifs suivants :

- La volonté politique de l'Etat d'accompagner le processus de décentralisation à travers :
 - o L'autonomie juridique des collectivités territoriales au moyen de textes réglementaires (lois), des documents normatifs (politiques, plans) relatifs à la décentralisation ;
 - o L'effectivité du transfert de compétences en matière de santé au plan législatif et réglementaire ;
 - o La dotation effective de ressources financières de l'Etat aux CT, bien que jugées insuffisantes par les autorités locales pour faire face aux besoins croissants en investissements et équipements des structures sanitaires à la base.
- La prise en compte de la santé dans les stratégies locales de développement et la mise en place par les autorités locales de plans et programmes locaux consacrant une part de plus en plus importante au développement sanitaire avec une mobilisation financière croissante dans le domaine.
- L'appui des PTF pour le développement des interventions à base communautaire.
- La contribution financière effective des CT au financement du développement sanitaire local.

Quelques chiffres sur les dotations financières des Etats aux CT Dans le domaine de la santé

Au Burkina Faso, au cours des quatre (4) dernières années (2018 à 2020), le montant cumulé des ressources financières transférées par l'Etat aux 351 communes, s'élève à 25 134 911 739 FCFA, dont 15 999 289 228 FCFA pour les investissements et 9 135 622 511 FCFA pour les charges récurrentes des CSPA¹³.

Au Bénin, depuis 2007, l'Etat transfère aux Communes des ressources financières pour l'exercice de leurs compétences à travers le Fonds d'Appui au Développement des Communes au Bénin (FADeC). De 2007 à 2021, pour la santé 37 072 568 FCFA ont été mobilisés.

En Côte d'Ivoire, au cours de la période la période 2012-2014, les collectivités territoriales ont bénéficié d'une allocation globale de 76,4 milliards FCFA au titre du budget d'investissement public de l'Etat, dont 13,4% allouées à la santé.

¹³ Sources : Arrêté interministériel N°2018 - 113/MINEFID/MATD/MS ; N°2018 - 114/MINEFID/MATD/MS ; N°2019 - 069/MINEFID/MATDC/MS ; N°2019 - 070/MINEFID/MATDC/MS ; N°2020 - 036/MINEFID/MATDC/MS ; N°2020 - 037/MINEFID/MATDC/MS ; N°2020 - 038/MINEFID/MATD/MS, N°2020 - 039/MINEFID/MATD/MS.

▪ Le cas spécifique de la planification familiale

La plupart des Etats ont ratifié la quasi-totalité des textes régionaux et internationaux dans le domaine et disposent d'un cadre juridique et réglementaire en matière de développement sanitaire favorable à la santé de la reproduction et à la planification familiale en particulier.

Les compétences des CT leur permettent d'agir en faveur de la promotion de la planification familiale à l'échelle de leur territoire. Les CT mettent déjà en œuvre sur le terrain un certain d'actions et accompagnent les politiques, stratégies et programmes nationaux. Elles ont ainsi un rôle important à jouer pour l'atteinte des ambitions affichées par leurs Etats en termes d'accélération de la transition démographique.

2. Les faiblesses dans la décentralisation du système sanitaire

Dans l'ensemble des pays, il existe des lois, notamment en matière de décentralisation, qui visent à faire des CT des acteurs clés du développement local pour accompagner l'amélioration des conditions de vie des populations. Ces lois consacrent le transfert d'un certain nombre de pouvoirs aux collectivités dans un certain nombre de domaines dont celui de la santé et, par extension, celui de la planification familiale. Et précisent clairement que tout transfert de compétences entre l'Etat et les collectivités territoriales s'accompagne de l'attribution de ressources financières pour l'exercice de ces compétences. Dans la pratique, les transferts de ressources financières demeurent encore très faibles.

Aussi, au regard des textes sur le transfert des compétences, la réalisation au niveau local des constructions ou des investissements dans le domaine sanitaire incombent aux CT qui doivent en assumer la maîtrise d'ouvrage. Mais dans la réalité, ce n'est pas toujours le cas, puisque les Etats continuent de réaliser en direct les investissements à la place des CT.

De nombreuses autorités locales dénoncent des difficultés de territorialisation des politiques publiques sanitaires avec une faible responsabilisation des CT et la dualité qui continue de subsister entre la décentralisation et la déconcentration qui doivent plutôt aller de pair pour une meilleure cohérence et synergie d'action au niveau local.

On relève enfin, malgré les progrès réalisés dans les pays, que les principaux indicateurs des engagements nationaux et internationaux en matière de santé restent toujours en deçà de leurs cibles

Résumé des forces et faiblesses par pays		
Pays	Forces	Faiblesses
Bénin	- Accent mis sur la gouvernance locale dans le secteur de la santé y compris la PF avec un focus sur l'implication réelle des communes - Attention particulière à la mise en œuvre de la Stratégie Santé Reproductive des Adolescents et Jeunes (SRAJ) et la promotion de la santé communautaire	- Incapacité des CT à mobiliser les ressources financières propres - Difficultés des communes à consommer dans les délais les ressources transférées par l'Etat souvent en retard - Difficulté des ménages à mobiliser des ressources du fait de la précarité - Faible connaissance de la PF par les adolescents et jeunes femmes en particulier

Burkina Faso	- Réforme dispositif de financement décentralisation et autonomisation financière des CT (loi de programmation financière des ressources à transférer) - Résorption du déficit de déconcentration des services de la santé et renforcement des capacités des structures déconcentrées de la santé - Adoption et mise en œuvre stratégie de renforcement des capacités des CT pour la gestion du système de santé au niveau local	- Insuffisance des personnels de santé dans les formations sanitaires de base - Faiblesse des investissements et du maillage des formations sanitaires sur le territoire national - Stagnation du niveau de transfert des ressources du ministère de la santé aux CT
Côte d'Ivoire	- Transfert effectif de compétences en matière de santé au plan législatif et réglementaire - Implication des collectivités dans les organes de gouvernance de la santé - Prise en compte de la santé dans les stratégies locales de développement	- Articulation difficile entre les textes en matière de décentralisation et développement sanitaire - Transfert des compétences sans les ressources - Insuffisance des ressources matérielles et financières des CT pour les investissements dans la santé - Absence de mécanismes pérennes de mobilisation de ressources ou de partenariats extérieurs.
Togo	- Existence dans les communes de comité de Jeunes Leaders Transformationnels pour accompagner les Maires et les Responsables des Formations Sanitaires dans la mise en œuvre des plans - Application de la politique de délégation des tâches surtout aux Agents de Santé Communautaire - Appui des PTF pour le développement des interventions à base communautaire	- Forte dépendance des communes vis-à-vis de l'Etat et des PTF en matière de financement - Existence d'écarts entre la décentralisation du système de santé et la décentralisation territoriale ; - Absence d'un protocole entre l'union des associations des collectivités locales et le ministère de la santé pour une meilleure prise en compte de la santé publique dans les politiques et programmes de développement local

III - PERSPECTIVES ENVISAGEES EN MATIERE DE DECENTRALISATION DU SYSTEME DE SANTE D'ACCES ET DE PROMOTION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

1. Perspectives et initiatives au niveau des Etats

Les perspectives en matière de décentralisation du système sanitaire dans les différents pays sont contenues dans les différents documents (plans et politiques) adoptés ou en cours d'adoption, qu'il s'agisse i) de plans et politiques en faveur de la santé et de la planification familiale ; ii) et de nouvelles orientations politiques en matière de décentralisation, avec notamment la prise des textes d'application.

Pour les Etats, les orientations et interventions nationales en matière de développement sanitaires, pour être cohérentes et efficaces doivent i) aller dans le sens du respect de l'esprit des politiques de décentralisation et de son approfondissement, ii) s'inscrire dans une logique de territorialisation des politiques publiques nationales ; iii) et être engagées sous le leadership des autorités locales dans une logique participative, concertée et inclusive, mobilisant toutes les composantes du développement territorial.

Les autorités locales ont en effet un rôle à jouer dans i) l'élaboration et le suivi évaluation des politiques et programmes nationaux de santé, en lien avec leurs plans locaux de développement, dont les formats doivent être revisités pour être davantage participatifs, concertés et inclusifs ; ii) l'animation des cadres de concertation locaux avec les différents acteurs iii) et la promotion de la culture de la participation et de la responsabilité citoyenne.

Pour les Etats, les défis à relever avec la décentralisation qui est effective dans tous les pays, doivent porter, entre autres, sur : i) l'amélioration et le renforcement de l'autonomie financière des CT à travers des réformes des dispositifs de financement de la décentralisation ; ii) le renforcement de la maîtrise d'ouvrage locale des CT, iii) et une meilleure déconcentration de l'administration accompagnée du renforcement des capacités des structures déconcentrées. L'enjeu est de s'inscrire de façon résolue dans une logique de territorialisation des politiques publiques de santé.

2. Perspectives et initiatives au niveau des collectivités territoriales

Les CT jouent un rôle important au niveau local dans l'opérationnalisation des stratégies et politiques de développement sanitaire à l'échelle de leurs territoires. La santé occupe une place importante dans leurs stratégies de développement territorial et elles mènent, malgré leurs capacités limitées d'investissements, de nombreuses actions sur le terrain (réalisation et réhabilitation d'infrastructures sanitaires, approvisionnement pharmaceutiques, sensibilisation des communautés sur les problèmes de santé, recrutement du personnel qualifié et mis à la disposition des structures sanitaires de base, etc.). Les initiatives qui sont engagées par les autorités locales, se font en lien avec leurs différents partenaires (coopération décentralisée, ONG, fondations) ou avec le soutien de l'Etat à travers les services déconcentrés de la santé.

En matière de PF, au plan national les CT interviennent à travers leurs faïtières qui contribuent à la réflexion et à la définition des orientations nationales. Au Burkina, l'Association des municipalités du Burkina Faso (AMBF) a participé aux échanges sur le bilan du PNAPF 2017-2020 et le lancement de l'élaboration du nouveau PNPF 2021-2025, tandis que l'Association des régions du Burkina Faso (ARBF) est partie prenante de façon effective dans l'élaboration du PNDS 2021-2030. Au Bénin et au Togo, l'ANCB et la Faïtière des Communes du Togo sont directement porteuses de la mise en œuvre de projets et programmes PF au profit des communes. Au niveau des communes, la PF est prise en compte progressivement dans leurs plans locaux de développement avec l'inscription progressive dans leur budget d'une ligne affectée aux actions dans le domaine. Ainsi de nombreuses actions sont réalisées par les CT

avec leurs ressources propres, celles de l'Etat et des PTF, notamment en termes de sensibilisation des communautés locales, d'aménagement d'espaces dédiés aux jeunes, et de dotation de matériels et produits PF au profit des populations locales

En perspective, les interventions des CT au niveau local doivent i) s'inscrire dans la mise en œuvre des orientations politiques nationales de développement, des politiques de développement sanitaire et de décentralisation ii) s'appuyer sur un transfert effectif des compétences aux CT avec l'adoption des décrets d'application et la mise à disposition des moyens (financiers, humains et matériels) pour l'exercice des compétences transférées, iii) et privilégier davantage leur responsabilisation en termes de maîtrise d'ouvrage directe des projets et programmes sur leurs territoires.

3. Perspectives et initiatives au niveau des OSC

Quatre axes ont été identifiés :

- L'accompagnement des communes l'élaboration des plans d'action et le montage de projets et programmes de développement sanitaire et de promotion de la planification familiale.
- L'appui dans la mobilisation des ressources (financières, matérielles, etc.) nécessaires à la mise en œuvre des plans locaux de développement sanitaire ;
- L'engagement et soutien aux CT en matière de plaidoyer pour la décentralisation effective des politiques de développement sanitaires ;
- L'appui aux CT dans l'organisation de la sensibilisation des populations et la mobilisation citoyenne en faveur du développement sanitaire local.

4. Perspectives et initiatives au niveau des partenaires au développement

Les partenaires (coopérations bi ou multilatérales) interviennent en règle générale en appui budgétaire à l'Etat mais aussi à travers des projets et programmes touchant les CT et les populations locales. L'essentiel des ressources qu'ils mobilisent transitent par les Etats. L'enjeu est, à l'image de la coopération décentralisée et non gouvernementale, de mettre en place en lien avec les Etats des mécanismes permettant de soutenir directement les autorités locales (au plan financier et technique) dans l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action locaux de développement sanitaire.

IV - RECOMMANDATIONS ET AXES DE PLAIDOYER EN FAVEUR DE LA DECENTRALISATION DU SYSTEME DE SANTE ET DE L'ACCES ET DE LA PROMOTION DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

Au niveau des 4 pays d'étude

▪ A l'attention des Etats

- Appuyer les CT pour une meilleure prise en compte du secteur social santé dans leurs documents de planification (plans locaux de développement, etc.) et dans l'élaboration de stratégie locale de développement sanitaire.
- Respecter le transfert de compétence et opérationnaliser les décrets d'application pour permettre un approfondissement de la décentralisation du système de santé et relever le niveau des transferts.
- Augmenter les ressources financières allouées aux collectivités locales et renforcer leurs capacités de mobilisation de ressources pour la réalisation des investissements pour le développement sanitaire.
- Mieux articuler la déconcentration et la décentralisation du système sanitaire et clarifier les rôles entre les services de l'Etat et les CT, en renforçant les responsabilités et l'autonomie des CT dans le respect des compétences transférées.
- Renforcer les capacités des CT en ressources humaines par l'affectation de personnels qualifiés capable de les aider de les aider à planifier, animer et gérer leurs politiques locales et projets de développement sanitaires. Dans le cas du Togo, avec l'effectivité de la décentralisation il est demandé à l'Etat, après la nomination de Médecins Chef dans les 13 communes sanitaires du Grand Lomé, de poursuivre le processus dans les 104 autres communes sanitaires restantes.
- Mettre en pratique la Déclaration d'Abuja qui recommande de consacrer 15% du budget national à la santé.

En matière de planification familiale, les Etats doivent notamment :

- Travailler à une meilleure implication des autorités locales dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques et programmes de PF.
- Veiller à ce que les autorités locales soient des porte flambeau et puissent assurer la coordination des projets à l'échelle locale.
- S'appuyer davantage sur les autorités locales qui constituent un bon canal de communication au niveau local, pour promouvoir la sensibilisation des communautés sur la PF sur leurs territoires.

▪ A l'attention des autorités locales

L'amélioration de la décentralisation du système de santé doit passer pour les CT et les autorités locales qui les dirigent par l'adoption de quelques principes d'action :

- S'engager dans l'élaboration de documents de politique sanitaire locale simples et accessibles, selon une approche concertée, participative et inclusive permettant une appropriation de l'outil par l'ensemble des acteurs locaux mobilisés dans le secteur de la santé.
- Afficher une volonté politique réelle à promouvoir les actions en faveur du développement sanitaire et de la PF, à travers un engagement politique, financier et technique.

- S'approprier leur rôle de maître d'ouvrage du développement sanitaire à l'échelle de leur territoire et sur la base des compétences transférées par l'Etat.
- Elaborer de façon participative et concertée des plans de plaidoyer pour la mobilisation de ressources internes et externes.
- Renforcer leurs capacités en termes de mobilisation des ressources financières et dans le montage de projets bancables susceptibles d'être soumis aux différents partenaires (coopération bi et multilatérale, coopération décentralisée, secteur privé, etc.) ;
- Se mobiliser et s'impliquer de façon effective dans les organes de gestion des infrastructures sanitaires de base ;
- Renforcer la mobilisation de la société civile locale (OSC, secteur privé, etc.).

Quelques principes d'actions et recommandations issues des comités de pilotage et du colloque international de 2021 sur la planification familiale, à partir de l'expériences des villes et des échanges entre elles :

- Prendre en compte la PF et la SSR dans les schémas et plans de développement communaux, compte tenu des enjeux de santé publique qu'elles soulèvent et de l'impact de la croissance démographique sur le développement d'une commune.
- Eviter la prise en compte de façon cloisonnée des enjeux de la PF et de la contraception, mais plutôt favoriser leur intégration à la Santé Sexuelle et Reproductive, incluant les enjeux de VIH, et de la lutte contre les violences basées sur le genre.
- Veiller à ce que les interventions municipales soient complémentaire de celle des Etats, dans le respect des compétences et budgets transférés.
- Favoriser la mobilisation durable des acteurs sur le terrain, grâce à une meilleure articulation entre les actions de renforcement des capacités et de plaidoyer pour un environnement habilitant avec la mise à œuvre effective de services de PF de proximité.
- Appuyer la mise en place de dispositifs d'échange d'expérience sud-sud entre collectivités locales engagées sur le sujet en Afrique de l'Ouest qui peuvent jouer un rôle important d'émulation et d'inspiration réciproque entre villes.

▪ A l'attention de la société civile

- Accompagner les collectivités territoriales dans l'élaboration la mise en œuvre de leurs politiques et programmes locaux de développement sanitaire et de planification familiale.
- Appuyer les communes dans la sensibilisation des populations et leur participation - citoyenne aux actions de développement sanitaire.
- Favoriser l'appropriation du concept de la décentralisation par les populations.

▪ A l'attention des Partenaires Techniques et financiers

- Apporter un appui technique et financier direct aux CT et inscrire dans leurs plans de travail annuel des actions de soutien en faveur du développement sanitaire local.
- Mobiliser d'avantages de ressources pour accompagner les politiques locales de développement sanitaire et de planification collectivités.

CONCLUSION

Le processus de décentralisation du système de santé au Bénin, Burkina Faso, en Côte d'Ivoire et au Togo est en marche avec une évolution variable en fonction des pays mais aussi un certain nombre de constances et tendances lourdes. Des améliorations progressives ont été apportées par les Etats en matière de gouvernance et locale et de décentralisation et ont un impact dans le secteur de la santé, avec des évolutions positives constatées au plan quantitatif et qualitatif.

Le transfert des compétences dans le domaine de la santé est effectif recouvre en général les domaines suivants : construction et gestion des formations sanitaires de premiers niveaux (à la base de la pyramide médicale) ; organisation de l'approvisionnement pharmaceutique ; prise de mesures relatives à la prévention des maladies, de mesures d'hygiène et de salubrité dans leur ressort territorial ; contrôle de l'application des règlements sanitaires.

En termes d'amélioration des infrastructures et du personnel de santé dans les structures sanitaires de base, les Etats ont porté cette dynamique au plan national, tandis que les CT à leur échelle ont aussi apporté leurs contributions parfois sur ressources propres et aussi avec le soutien de leurs différents partenaires. L'implication récente des autorités locales dans la prévention et la riposte contre la pandémie de Covid-19 a été un facteur important de reconnaissance de leur rôle en matière de santé de proximité.

Le processus de décentralisation du système sanitaire est globalement partiel et est inabouti avec un certain nombre de contraintes qui demeurent notamment i) les lenteurs et difficultés d'adoption des textes d'application ; ii) le faible niveau de transfert des ressources des budgets des Etats aux CT ; iii) une faible déconcentration des administrations doublée de la faiblesse des capacités des structures déconcentrées à accompagner le développement local.

En effet, si les **textes sont explicites sur leurs compétences transférées, l'application est trop souvent partielle** du fait de conflits de compétences, de résistances au changement et de lacunes dans les dispositifs de transfert. Cela rejoint un constat plus large dans la Sous-Région que les Etats peinent souvent à aller au bout des logiques de décentralisation. Au-delà de l'enjeu du transfert des ressources financières, une difficulté chronique dans de nombreux cas, le transfert des ressources humaines illustre bien les enjeux rencontrés.

On identifie ainsi régulièrement une forme de « double tutelle » des agents de santé de premier niveau, entre tutelle administrative effectuée par les Communes et tutelle technique conservée par l'Etat déconcentré. En revanche, **les transferts de patrimoine sont généralement effectifs au niveau des communes**, qui ont en charge l'entretien et la réalisation des infrastructures de santé de base (centres médicaux, dispensaires, maternités ... et équipements liés).

La place importante du développement sanitaire dans les stratégies locales de développement. Au niveau des communes, le développement sanitaire arrive généralement en seconde position (après l'éducation) dans les politiques locales de développement social. La plupart des grandes villes disposent ainsi de services dédiés à la santé. Par ailleurs et bien que les données soient complexes à agréger, les études ont également pu noter **un accroissement des niveaux d'investissement en fonds propres des communes en matière de santé**. Cependant **la majorité des investissements**, même pour des infrastructures relevant de compétences transférées, **restent pilotés directement par les Ministères**.

Des capacités d'investissements limitées des communes. Alors que la capacité d'investissement des Communes est souvent réduite, l'effectivité du transfert des ressources dédiées à la santé pourrait jouer un rôle central pour permettre un pilotage communal de ces investissements de proximité, pour une optimisation et une rationalisation des interventions, avec un maillage plus cohérent sur le territoire. On note également qu'au-delà de leurs

services propres, les Communes ont rarement prise sur les mouvements de personnels des centres de santé qui sont soumis à ces « doubles tutelles ».

Les mécanismes de collecte des données occultent régulièrement le rôle et la place des collectivités locales, ce qui pose des enjeux de pilotage et de stratégie municipale du secteur. Face à ces enjeux, apparaissent comme des priorités la nécessité de i) **monter ou de réactiver au niveau des Ministères de la santé des cellules dédiées au dialogue avec les autorités locales**, et **d'impliquer les faitières de collectivités locales dans le partage d'information entre Communes et Etat**. Les faitières ont également intérêt à s'appuyer sur les parlementaires pour soutenir l'opérationnalisation des transferts de compétences et l'autonomisation financière des collectivités. La nécessité de clarifier les compétences apparaît dans l'essentiel des cas, pour effectivement différencier entre compétences exclusives et partagées.

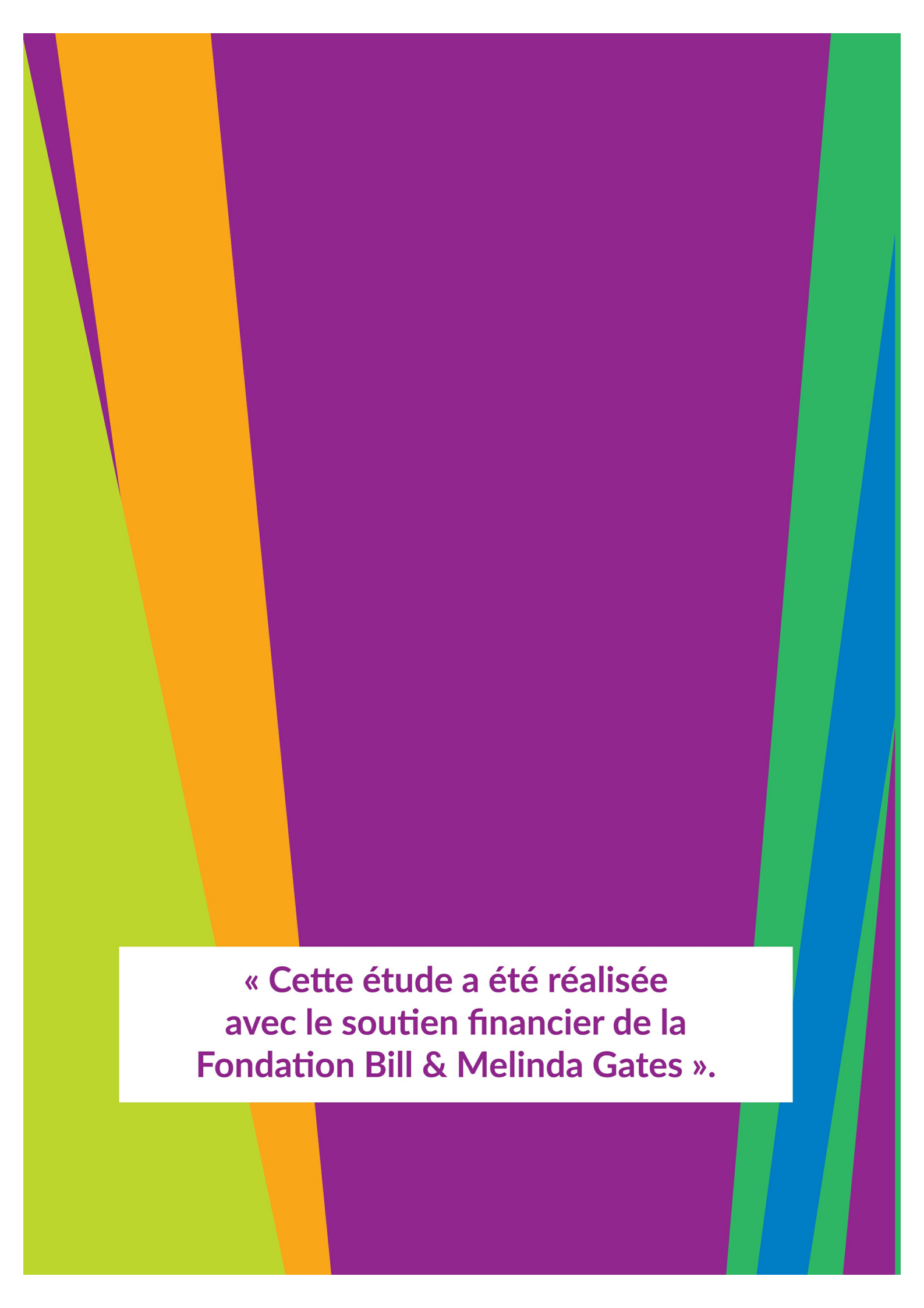
Finalement, ces études ont permis d'identifier les opportunités et perspectives favorables au renforcement du rôle des communes dans la mise en œuvre des politiques de santé, en particulier communautaire et de proximité. La mise en place de mécanismes unifiés et efficaces en matière de ressources transférées, accompagnées de lois de programmation financière de ces ressources pour assurer une visibilité, ainsi que les besoins de réformes du cadre de la fiscalité locale, sont des axes partagés de réformes de la décentralisation au niveau de la Sous-Région.

De façon spécifique, sur le sujet de la planification familiale en particulier, on note son apparition progressive dans les stratégies communales (plans de développement communaux), permettant de territorialiser la politique nationale et de faire face aux défis locaux liés aux tensions démographiques. Le rôle moteur de projets municipaux PF, en particulier engagés avec l'ISSV et TCI, est également apparu clairement. Ces villes ont pu mobiliser des ressources domestiques et internationales non négligeables relativement aux engagements nationaux en la matière, et l'implication des faitières a joué un rôle dans la prise en main de ce sujet au niveau local. En termes de plaidoyer national, il a été reconnu de façon commune aux différents pays qu'une meilleure implication des collectivités locales est nécessaire dans l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi des politiques et programmes de PF, compte tenu de leurs atouts en termes de communication pour soutenir la demande et de leurs compétences en santé communautaire et de proximité.

ANNEXE

Annexe 1. Bibliographie

- Etude sur la décentralisation des politiques de santé au Togo ; N'GANI Simtokina, ZEKPA Apoté Tovinyéawu, ADAM Abdouh-Moumouni ; AIMF ; mai 2021 ;
- Etude sur la décentralisation des politiques de santé en Côte d'Ivoire, Kouyaté Souleymane ; AIMF ;
- Etude sur la décentralisation des politiques de santé au Bénin ; Isséré Joseph DOSSOU et Dr Cyriaque DOSSOU ; AIMF ; juin 2021
- Etude sur la décentralisation des politiques de santé au Burkina Faso ; Mamadou Sembene ; juin 2021 ;Rapport semestriel d'exécution de la surveillance multilatérale Décembre 2021, Commission de l'UEMOA ;
- Notes de conjoncture économique régionale dans l'UEMOA N°53 3^{ème} trimestre 2021, Commission de l'UEMOA



« Cette étude a été réalisée
avec le soutien financier de la
Fondation Bill & Melinda Gates ».