



ASSOCIATION DES
MUNICIPALITÉS DU MALI
(AMM)

Guide Pratique pour l'amélioration de la Gestion Municipale de la Santé Communautaire



« Décret n°02-314/P-RM du 4 Juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'état aux collectivités territoriales des niveaux commune en matière de santé »

Janvier 2016

© Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP)
C/ Beatriz de Bobadilla, 18
28040 Madrid
www.fiiapp.org



APIA | APOYO A LAS
POLÍTICAS PÚBLICAS
INCLUSIVAS EN
ÁFRICA SUBSAHARIANA



Cet ouvrage a été élaboré avec le soutien de la Coopération Espagnole. Le contenu relève de la seule responsabilité de l'auteur et ne reflète pas nécessairement la position de la Coopération Espagnole. La Coopération Espagnole dégage toutes responsabilités par rapport au contenu.

Préface

La présente guide est le résultat d'un appui technique dans le cadre du Programme de soutien aux politiques publiques inclusives en Afrique sub-saharienne (APIA) réalisé par la Fondation Internationale et pour l'Amérique latine d'administration et des politiques publiques (FIIAPP) et l'Agence Espagnole pour la Coopération Internationale au Développement (AECID) à l'Association des municipalités du Mali (AMM)

L'objectif général de cette intervention est de contribuer au processus de réconciliation, la stabilisation et la paix dans le Mali pour un développement équitable, et équilibré. D'une manière plus spécifique, cette contribution permettra renforcer l'actuel processus de décentralisation à l'égard de la prestation des services de santé de base à travers le renforcement des compétences transférées aux municipalités.

Le renforcement de capacité des communes pour une gestion administrative, financière efficace et efficiente, fait partie des axes prioritaires d'intervention de l'AMM, ainsi que déclinée dans son plan stratégique 2010-2015, objectif spécifique 2 : 'Amener les élus locaux à renforcer leurs connaissances et compétences afin de promouvoir la gouvernance locale et l'administration communale', et aussi dans le nouveau plan stratégique 2016-2020 actuellement en voie de formulation.

Dans tout cet arsenal de renforcement de capacité et de fourniture de services à ses membres, l'une des formes d'intervention privilégiée de l'AMM est la production et mise à disposition de guides, ouvrages et manuels sur différentes thématiques. C'est ainsi que l'AMM a eu à éditer un certain nombre de documents avec l'appui de ses partenaires, dont entre autres : 'Le maire officier de police judiciaire', 'Le maire officier d'Etat Civil', 'Guide pratique de lotissement', 'Guide de la Coopération Décentralisée' etc.

Mais force est de constater que malgré ces efforts de renforcement de capacité, les élus locaux au Mali font toujours face à des problèmes de management communal, de compréhension de leurs rôles ou de ceux-ci par d'autres acteurs, qui affectent la qualité des services offerts aux populations et la qualité de certains investissements, sources souvent de conflits avec la tutelle, la société civile, la justice, la sécurité publique, population, prestataires de services privés, etc., allant jusqu'à justifier un certain incivisme fiscal .

L'AMM est à cet égard fortement sollicitée par différents canaux par ses membres (correspondances écrites, appels téléphoniques, visites dans les locaux ou lors de rencontres), pour apporter un conseil et une assistance ponctuelle soit technique, juridique, administrative, économique ou financière, sur des questions qui ont fait pourtant l'objet de formation ou de mise à disposition d'outils, de documents et ou de supports didactiques ou pédagogiques.

Il ressort de différents constats faits par l'AMM, de l'analyse des expériences tirées de sa pratique d'accompagnement des communes, que la persistance de cette faiblesse de l'administration communale, est due pour une bonne part, en plus du facteur déontologique, éthique professionnelle évoqué plus haut, à la méthodologie appliquée, qui ne tient pas souvent compte de la problématique de l'appropriation, de la mise en œuvre, de la réactualisation et du suivi des leçons apprises.

Les principaux objectifs assignés au guide sont les suivants :

- Mettre à la disposition des acteurs locaux de la santé un outil pédagogique pratique et facile à assimiler sur la gestion de la compétence transférée de la santé.
- Assurer une meilleure compréhension des missions et responsabilités des acteurs de la santé au niveau local
- Améliorer les relations professionnelles et hiérarchiques entre le responsable de l'exécutif communal et les autres acteurs de la commune ;
- Améliorer les relations entre l'administration communale et les autres acteurs ;
- Améliorer la relation communicationnelle au sein de l'administration communale pour assurer l'offre de santé aux populations locales
- Proposer des solutions et alternatives pratiques aux maires dans la gestion quotidienne ;

C'est le lieu de remercier la FIIAPP et la AECID dans le cadre de son Programme APIA pour l'accompagnement technique réalisé au cours de cette intervention qui a donné comme résultat la présente guide qui vise à apporter des réponses aux difficultés rencontrées par les différents acteurs dans la mise en œuvre de leurs rôles et responsabilités dans l'exercice des compétences transférées aux communes.

Sommaire

Signification des sigles et abreviations	7
Introduction	9
1. Rappel des principaux constats de l’atelier	12
2. Propositions d’amélioration des pratiques des acteurs dans l’exercice des compétences au niveau communal	15
2.1. L’élaboration et la mise en œuvre du plan communal de développement sanitaire	15
2.2. La signature de la convention d’assistance mutuelle avec les associations de santé communautaires (ASACO)	19
2.3. L’allocation de subventions pour le financement des activités de santé selon les critères définis annuellement :	22
2.4. La mise en place de fonds de roulement (stock initial de médicaments essentiels) :	25
2.5. Subventions financières aux travaux de construction et à l’équipement des CSCOM	29
2.6. Suivi et le contrôle de la gestion des asaco ;	32
2.7. La contribution pour la prise en charge du salaire de certains agents	37
2.8. La lutte contre la vente illicite des médicaments ;	39
2.9. La lutte contre les épidémies et catastrophes	41
2.10. Suivi et le contrôle de la transmission effective des données d’information y compris les données financières aux médecins chefs des services de santé de cercles	44
3. Rappel du rôle des autres acteurs institutionnels dans la mise en œuvre des Compétences	47
Conclusion	50
Bibliographie et documents consultés	51
Annexes	52
Annexe 1	52
Annexe 2	54
Annexe 3	61

Signification des sigles et abréviations

SIGLES	DEFINITIONS
AECID	Agence Espagnole pour la Coopération Internationale au Développement
AMM	Association des Municipalités du Mali
APIA	Programme de soutien aux politiques publiques inclusives en Afrique subsaharienne
ASACO	Association de santé communautaire
CA	Conseil d'administration
CADD	Cellule d'Appui à la Décentralisation et Déconcentration du secteur santé
CAM	Convention d'Assistance Mutuelle
CC	Conseil communal
CDESES	Centre de développement social et d'économie solidaire
CFCT	Centre de formation des collectivités territoriales
CS	Centre de santé
CSCOM	Centre de Santé Communautaire
CSREF	Centres de Santé de Référence
CT	Collectivité territoriale
DCI	Dénomination Commune Internationale
DGCT	Direction Générale des collectivités territoriales
DNDESES	Direction Nationale du Développement Social et de l'Economie Solidaire.
DNS/DRS	Direction nationale de la Santé/ Directions Régionales de la Santé
DTC	Directeur Technique du Centre
EPH	Etablissement Public Hospitalier
FELASCOM	Fédération locale des associations de santé communautaire

FENASCOM	Fédération nationale des associations de santé communautaire
FERASCOM	Fédération régionale des associations de santé communautaire
FIIAPP	Fondation Internationale et pour l'Amérique latine d'administration et des politiques publiques
INPS	Institut National de Prévoyance Sociale
HCC	Haut conseil des collectivités
ONG	Organisation non gouvernementale
OSC	Organisation de la société civile
PDS	Plan de développement de la santé
PDSC	Plan de Développement Socio sanitaire de la Commune
PDSEC	Plan de Développement Economique, Social et Culturel
PF	Planning familial
PMA	Paquet Minimum d'activité
PRODESS	Programme de Développement de la Santé et de l'Action Sociale
PTF	Partenaires Techniques et Financiers
PV	Procès - verbal
SDSES	Services de Développement Social et de l'Economie Solidaire
TDR	Termes des références

Introduction

Le gouvernement du Mali, avec l'appui de ses partenaires techniques et financiers a adopté la politique de décentralisation administrative en 1993 pour soutenir le processus démocratique. Certains secteurs comme la santé et l'éducation ont développé des approches de développement visant à rapprocher les prestations le plus près possible des populations bénéficiaires. Cette approche a permis au secteur de la santé de développer un système de santé décentralisé basé sur l'approche populationnelle.

Pour une prise en charge des problèmes de santé par les élus, le gouvernement a décidé de transférer certaines compétences de l'Etat aux collectivités territoriales des niveaux Commune et Cercle en matière de santé.

C'est ainsi que dans le cadre de la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé et de population, une carte sanitaire a été élaborée. Elle comprend la création des structures de santé de premier contact, notamment les CSCOM en raison d'un CSCOM par aire de santé, le développement des Centres de Santé de Référence, et des EPH. Les CSCOM sont propriété des ASACO et les CSREF et EPH sont des structures publiques.

Avec l'avènement de la démocratie et pour développer la gouvernance locale, le Mali s'est lancé dans un processus de décentralisation administrative et politique. Dans ce cadre les textes législatifs suivants ont été adoptés :

- La loi n°93-008 du 11 février 1993, modifiée, déterminant les conditions de la libre administration des Collectivités Territoriales
- La loi n° 95-034 du 12 avril 1995 (modifiée par la loi n° 98-066 du 30 décembre 1998) portant code des collectivités territoriales

Face à la complexité du processus de décentralisation, trois secteurs prioritaires dont la santé ont été retenus pour démarrer le transfert des compétences et des ressources. Ainsi la mise en œuvre du transfert de compétences de l'Etat aux Collectivités Territoriales en matière de santé a entraîné la mise en place d'outils d'accompagnement nécessaires permettant à l'ensemble des acteurs impliqués de mieux collaborer en vue d'une amélioration continue de la santé des populations aux niveaux commune et cercle. Ces outils sont :

- Le décret n°02-314 P-RM du 04 juin 2002 fixant le détail des compétences transférées de l'Etat aux communes et cercles en matière de santé précise davantage les responsabilités de la commune et du cercle en matière de santé.

- Le décret n°05- 299 / P-RM du 28 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des centres de santé communautaire
- La convention d'assistance mutuelle commune/ASACO précise les obligations réciproques des parties prenantes pour la gestion des CSCOM

Pour aider les différents acteurs dans la mise en œuvre de leurs rôles, en décembre 2008, la Cellule d'Appui à la Décentralisation/Déconcentration du Ministère de la Santé a élaboré un guide de mise en œuvre du décret n°02-314 P-RM du 04 juin 2002 fixant le détail des compétences transférées de l'Etat aux communes et cercles en matière de santé.

De 2008 à nos jours, ce guide a fait l'objet d'une large diffusion. Aussi, plusieurs sessions de formations ont été organisées à l'intention des acteurs communaux (les élus) et les acteurs communautaires (les ASACO).

1. Justification du présent guide

Malgré tous les efforts d'accompagnement fournis aux acteurs communaux et aux ASACO par les différents acteurs, à l'issue de l'étude que vient de réaliser l'AMM en partenariat avec la Fondation FIIAPP d'Espagne et dont les résultats ont été partagés avec les différents acteurs concernés par la gestion communautaire de la santé et venant de toutes les régions du pays, plusieurs constats d'insuffisances ont été relevés à tous les niveaux dans la mise en œuvre effective de certaines dispositions du décret.

L'étude rentre dans le cadre d'un appui à l'AMM dans le processus de décentralisation au Mali. Cet appui est orienté vers un renforcement et une application effective de compétences décentralisées en matière de santé communautaire que les municipalités disposent dans le cadre réglementaire actuel.

L'étude a consisté à faire la collecte d'informations de bureau et sur le terrain afin de permettre d'identifier les lacunes, les irrégularités, les meilleures pratiques, etc. au niveau de la responsabilité municipale basée sur l'identification claire des responsabilités en matière de santé des différentes parties prenantes (commune, associations de santé communautaire, services de santé au niveau central et déconcentrés, population, personnel de santé, ...)

Le présent document qui est une suite de l'atelier n'a pas pour objet de remettre en cause les démarches d'opérationnalisation des compétences de l'Etat transférées aux Collectivités telles que proposées dans le guide de la CADD, mais d'apporter des réponses aux difficultés

constatées dans leur mise en œuvre en opérationnalisant les recommandations faites lors de l'atelier de restitution de l'étude.

2. **But du guide**

Le présent guide vise à apporter des réponses aux difficultés rencontrées par les différents acteurs dans la mise en œuvre de leurs rôles et responsabilités dans l'exercice des compétences transférées aux Communes.

3. **Cibles du guide**

Le guide est destiné essentiellement au **niveau commune** : maires, membres des conseils communaux, présidents des ASACO, directeurs techniques des CSCOM, sous-préfets.

1. Rappel des principaux constats de l'atelier

A l'issu de la présentation des résultats de l'étude et des débats, les constats suivants ont été dégagés :

- **La confusion entretenue par la duplication du Décret 02-314/P-RM relatif au transfert des compétences et la Loi N° 02- 0 49 / du 22 juillet 2002** : cette confusion vient de l'interprétation faite par chaque partie (Maires, structures étatiques, FENASCOM et ASACO). En effet, le décret transfère la gestion de la santé aux communes alors que la loi stipule que les ASACO sont des structures privées et à gestion autonome. Cette confusion se prolonge jusque dans le suivi et le contrôle que la commune doit faire de la gestion des CSCOM par les ASACO. Plusieurs interventions ont été faites mais sans pour autant convaincre les uns et les autres. Ce qui veut dire qu'il y a un point d'ombre qu'il faut clarifier.
- **La démarche de décaissement des subventions allouées aux CSCOM, mais dont les fonds sont mobilisés par les maires auprès des percepteurs.** En effet, la procédure de mobilisation comme décrite par les uns et les autres s'avère très compliquée. Aussi, il y a un malentendu sur le fonds. Pour les ASACO, il s'agit de fonds qui leur sont destinés, alors qu'en réalité, il s'agit de fonds destinés à couvrir des prestations en faveur des CSCOM, lesquelles prestations sont fournies par des prestataires. Les fonds ne peuvent être mobilisés auprès des percepteurs que sur présentation de factures fournies par les prestataires des services concernés. Les fonds sont donc mobilisés par les maires. La gestion des fonds, une fois décaissés sera faite entre les prestataires qui ont fourni les factures, la mairie et l'ASACO. Il est apparu au cours des débats que les pratiques sont différentes d'une commune à une autre et dépendent très généralement des relations (bonnes ou mauvaises) entre maires et ASACO. Toutefois, il s'avère nécessaire de clarifier la démarche pour tous, d'autant plus que certaines ASACO les ont toujours reçues, contrairement à d'autres. D'ailleurs, il a été constaté que certaines communes ont été même omises dans l'affectation de ces subventions par l'Etat. En tout état de cause, les capacités des communes doivent être renforcées dans la mobilisation de ces fonds auprès des perceptions.

- **L'appropriation du décret par les élus communaux** : les débats ont permis de comprendre que plusieurs élus ignorent le contenu du décret et même leurs engagements signés dans la CAM. La signature de la CAM s'est avérée plutôt protocolaire par les élus, sans parfois savoir son contenu et leurs capacités à les mettre en œuvre. Toujours par rapport à la signature de la CAM, la démarche normale voudrait que les communes délibèrent d'abord lors d'une session sur les engagements avant de signer la CAM. Mais le constat est que plusieurs communes ont signé la CAM avant même de délibérer là-dessus.

- **La gestion du CSCOM par l'ASACO** : les débats ont montré qu'à cause du faible niveau des membres des ASACO, très généralement, l'ASACO se réduit à deux personnes qui gèrent effectivement le CSCOM (le président et le trésorier). Aussi, certains ASACO n'ont pas de compte ni dans une banque, ni dans une caisse d'épargne et crédit. La recommandation a été faite que les ressources financières issues du fonctionnement des CSCOM doivent toujours être déposées dans une banque ou une CEC, d'autant plus qu'au Mali, il n'existe pas de cercle où il n'y a pas de banque ou de CEC.

- **L'insuffisance de fonctionnement des commissions de santé des communes** : Ceci est essentiellement due au niveau des élus communaux. Il s'est alors avéré nécessaire de former les membres sur la mise en œuvre de chacune des obligations, malgré les innombrables formations données par la CADD, les FELASCOM et les ONG. L'un des handicaps révélés est aussi l'instabilité des élus. En effet les anciens élus ne transfèrent pas leurs connaissances aux nouveaux. Aussi, il se pose un problème de motivation des membres.

- **Le problème d'élaboration des plans communaux de santé et la participation des ASACO à son élaboration** : Les débats ont montré que les maires trouvaient que le volet santé dans le PDSEC était suffisant, d'autant plus que les communes n'ont pas suffisamment de ressources financières pour les mettre en œuvre. Il a été recommandé de renforcer les capacités des élus en planification, en plaidoyer et en mobilisation de ressources. Aussi, il a été recommandé aux communes de faire participer les membres des ASACO aux prises de décisions, d'autant plus que les plans d'opération des ASACO sont tirés du plan de développement de la commune en matière de santé.

- **Le renouvellement des mandats des ASACO** : il a été constaté qu'il n'y a pas une uniformité dans les durées des mandats des ASACO. Pendant que dans certaines

régions, la durée est de 3 ans, elle est de 5 ans chez les autres. Mais à l'issue des débats il s'est avéré que la durée normale est de 5 ans. Aussi, le constat a été fait que dans certaines communes, le renouvellement des ASACO se fait directement par les équipes sortantes, alors que la procédure est que les FELASCOM sont responsabilisées pour ces renouvellements, en présence des services du développement social, du maire et du médecin du CSREF. Aussi, la politisation des bureaux d'ASACO constitue un sérieux problème pour leur fonctionnement.

2. Propositions d'amélioration des pratiques des acteurs dans l'exercice des compétences au niveau communal

2.1. L'élaboration et la mise en œuvre du plan communal de développement sanitaire

❖ **Définition** : Le plan communal de développement sanitaire est le document résultant d'un processus de planification. Il contient l'ensemble des objectifs, des stratégies, des activités et des moyens à mettre en œuvre au niveau de la commune sur une période de cinq ans pour améliorer l'état de santé des populations.

Il constitue le volet santé du plan de développement socio-économique et culturel de la commune (PDSEC).

❖ **Objectif** : Disposer de document qui sert de cadre de référence dans la mise en œuvre des activités de santé dans l'espace communal prenant en compte les besoins prioritaires de santé en vue d'une utilisation rationnelle des ressources.

❖ **Démarche initiale proposée et acteurs impliqués** :

➤ Phase d'élaboration du plan

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Mettre en place une commission de travail pour l'élaboration du projet de plan de développement sanitaire de la commune	Le Maire	Conseil communal, ASACO	Equipe technique santé (CSCOM et CSREF)
Rédiger le projet de plan	La commission de travail	Conseil communal, ASACO	Sous préfet, Services techniques (Santé, éducation, agriculture hydraulique, élevage ...), ASACO PTF, ONG, Associations

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Valider le projet de plan par le conseil de gestion de l'aire de santé	Le Maire	Commission santé Equipe technique CSCOM ASACO	PTF, ONG, CSREF Associations
Délibérer en session du conseil communal sur le projet de plan	Le Maire	Conseil communal,	Equipe technique santé
Approuver le plan par la tutelle	Le Préfet	Conseil communal	Services techniques, FELASCOM

➤ **Phase de mise en œuvre du plan**

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Elaborer le plan annuel	Commission de travail	Commission santé mairie Equipe technique CSCOM ASACO	Conseil de gestion des ASACO, PTF, ONG, Associations
Valider la tranche annuelle du plan par le conseil de gestion de l'aire de santé	Le Maire	Commission santé et commission de travail mairie Equipe technique CSCOM ASACO	PTF, ONG, Associations
Délibérer sur la tranche annuelle du plan en session du conseil communal	Le Maire	Conseil communal	

Approuver la tranche annuelle du plan par la tutelle	Le préfet	Le Sous-préfet, le Maire, Commission de travail	
Mobiliser les ressources (Financer le plan)	Le Maire	Les ASACO	Etat PTF, ONG, Associations,
Exécuter le plan annuel	ASACO	Equipe technique CSCOM Les relais communautaires	PTF, ONG, Associations Leaders d'opinion Appui technique CSréf Maire
Suivre et évaluer à l'interne le plan annuel	ASACO	Commission santé mairie Equipe technique CSCOM	Conseil de gestion des ASACO PTF, ONG, Ass.
Suivre et évaluer à l'externe le plan annuel	Le Maire	Le Conseil communal Equipe technique CSréf	FELASCOM

❖ **Insuffisances constatées :**

- Manque de compétences dans les communes intérieures pour élaborer et mettre en œuvre un plan communal de développement en matière de Santé ;
- Faiblesse d'appui des communes aux ASACO dans la mobilisation et la sensibilisation des populations en matière de santé ;
- Insuffisance d'articulation entre les outils de planification au niveau communal en matière de Santé ;
- Insuffisance de suivi/évaluation de la mise en œuvre des plans élaborés au niveau District de Bamako et les communes chefs – lieux de région ;
- Changement fréquent des élus communaux à chaque élection communale ;

- Non prise en charge du financement du plan de santé dans le budget de la commune ;
- Les communes considèrent le plan de développement de la santé comme une partie intégrante du PDSEC.

❖ **Proposition d'amélioration de la démarche :**

Propositions de solutions et stratégies de mise en œuvre	Responsables	Acteurs impliqués	Autres acteurs
Elaborer des PDSC comme document séparé, différent du PDSEC	Maire et conseil communal	ASACO Personnel de CSCOM Préfets	ONG, associations locales
Elaborer des indicateurs permettant de mettre en adéquation les PDSC avec les PDESC des communes	CADD/ DNS,	Commune	
Renforcer les capacités des acteurs communaux dans élaboration et la mise en œuvre du plan communal de développement en matière de santé	Etat (CADD / CFCT)	Commune	ONG, PTF,
Organiser des espaces de concertation redevabilité entre les acteurs de la santé	Commune	Préfets et sous – préfets	ONG, ASACO,
Mettre en adéquation les PDSC avec les plans opérationnels des communes en prévoyant le financement dans le budget du PDSEC	Commune et ASACO	Préfets et sous – préfets	ONG
Impliquer l'ensemble des acteurs dans l'élaboration de plans opérationnels de santé annuels	ASACO et commune	ONG, associations locales, relais de santé	
Rendre fonctionnels les comités paritaires en tenant des réunions semestrielles entre élus et responsables des ASACO pour le suivi de la mise en œuvre du PO des ASACO	Commune	ASACO	

❖ **Conditions optimales de réussite:**

- Le maire de la commune doit jouer nécessairement le leadership dans l'élaboration et la mise en œuvre du PDSC ;
- L'accompagnement du CSREF et du SDES sont nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de développement sanitaire ;
- Le PDSC est un document impliquant un ensemble multi-acteurs, d'où l'importance d'associer aussi bien les ASACO, les DTC des CSCOM et le médecin chef du district sanitaire qui couvre ces CSCOM.

2.2. La signature de la convention d'assistance mutuelle avec les Associations de Sante Communautaires (ASACO)

❖ **Définition** : c'est l'acte authentique d'engagement du Maire et du Président de l'ASACO, relatif à la réalisation et à la gestion du CSCOM dont les obligations sont consignées dans le document de convention d'assistance mutuelle.

❖ **Objectif** : formaliser le cadre de collaboration entre le Maire et le président de l'ASACO en matière de santé.

❖ **Démarche initiale proposée et acteurs impliqués** :

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Expliquer le contenu de la convention d'assistance mutuelle à tous les acteurs de l'aire de santé avant et après la signature	ASACO et maires	Commission santé mairie Equipe technique CSCOM Equipe socio sanitaire de cercle, FELASCOM	PTF, ONG, Associations Leaders d'opinion Les relais communautaires

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Signer la convention	Le Maire et le président de l'ASACO	Le Président de l'ASACO et les membres de la commission de santé	Le Sous-Préfet
Mettre en place le Comité paritaire (5 représentants de la mairie et 5 représentants de l'ASACO)	Le Maire et le président de l'ASACO	ASACO et les membres de la commission de santé	FELACOM, Sous-préfet
Mobiliser les ressources	Le Maire	Le Président de l'ASACO	PTF, ONG, Associations Appui technique Médecin chef CSréf
Suivre et évaluer la mise en œuvre de la convention	Comité paritaire	Conseil communal ASACO.	FELASCOM, ONG, Commission santé, mairie, personnel CSCOM, CSréf, PTF

NB : Le Maire est le premier responsable de la signature de la convention d'assistance mutuelle commune/ASACO dans toutes les aires de santé de sa commune ainsi que de sa mise en œuvre.

❖ **Insuffisances constatées :**

- Les CAM signées ne sont qu'une reproduction du modèle proposé sans adaptation
- La signature de la CAM apparaît plus comme un acte administratif qu'un pacte entre deux entités, lesquelles entités doivent savoir à quoi elles s'engagent et quelles sont les dispositions à mettre en place pour sa mise en œuvre correcte avec le respect des engagements de part et d'autres.
- Les engagements ne sont respectés ni par les communes, ni par les ASACO..
- Très généralement, les communes signent la CAM avant même de partager son contenu au sein du conseil communal pour une délibération. La délibération est faite après la signature.
- Les membres des comités paritaires chargés de sa mise en œuvre sont désignés sans se rassurer de leur capacité à assumer la mission. Leur activité se fait bénévolement ; ce qui démotive la plupart des membres.

- Ainsi, la commission paritaire disparaît et laisse place à la commission de santé de la commune, qui elle aussi, très généralement se réduit au seul 3^{ème} adjoint au maire, chargé de la santé dans la nomenclature des postes au sein du conseil communal.
- Absence de suivi – évaluation de la mise en œuvre de la CAM par les parties (pas de réunions du comité paritaire)

❖ **Proposition d'amélioration de la démarche:**

Propositions de solutions et stratégies de mise en œuvre	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Entamer de vraies négociations entre commune et ASACO en fonction des capacités réelles des communes et des opportunités d'investissement des partenaires dans le développement du domaine santé	Commune	ASACO	ONG, CSREF, SDES
Délibérer en session du conseil communal sur les CAM avant la signature par le maire	Maire	Conseil communal	Préfet
Elaborer et mettre en œuvre un document de base servant de base de mobilisation des ressources par le conseil communal	Maire	ASACO et ONG	Préfets, sous- préfets
Insister sur la participation de l'ASACO à la planification annuelle des activités de santé	Maire	Conseil communal	ASACO
Redynamiser les comités paritaires en prévoyant leur mode de fonctionnement/motivation			
Tenir des réunions trimestrielles de suivi de la mise en œuvre de la CAM	Maire	ASACO	Associations, ONG
Réaliser des missions d'évaluation (avec phase de terrain) de la mise en œuvre de la CAM	Maire	Conseil communal	Associations, ONG, SDES, CSREF

Propositions de solutions et stratégies de mise en œuvre	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Trouver des financements alternatifs de la santé au niveau des communes	Maire	Conseil communal	Préfet, PTF
Mobiliser les initiatives locales pour réaliser des activités	Maire et CCI	Association, Relais	

❖ **Conditions optimales de réussite :**

- Le Maire est le premier responsable de la signature de la convention d'assistance mutuelle commune/ASACO dans toutes les aires de santé de sa commune ainsi que de sa mise en œuvre. Il doit signer la CAM sur la base des besoins de l'ASACO et des capacités réelles de la commune.
- L'ASACO est délégataire de la commune pour la gestion de l'ASACO. Il doit faire des comptes rendus officiels au conseil communal de sa gestion.
- Le CSREF se doit de conseiller le maire de la commune dans le financement des activités prioritaires en vue de l'atteinte du PMA.

2.3. L'allocation de subventions pour le financement des activités de santé selon les critères définis annuellement

- ❖ **Définition :** C'est la contribution financière annuelle de la Commune en faveur du CSCOM pour la réalisation des activités du paquet minimum d'activités (PMA) conformément à son programme opérationnel (PO). Aussi, il s'agit des subventions allouées par l'Etat.
- ❖ **Objectif :** Rendre disponibles les ressources financières au niveau du CSCOM pour la réalisation des activités du PMA conformément à son programme opérationnel (PO). Aussi, mobiliser et mettre les subventions allouées par l'Etat à la disposition des CSCOM.

❖ **Démarche initiale proposée et acteurs impliqués :**

Activités	Responsable	Acteurs principaux	Autres acteurs
Elaborer le bilan technique et financier	Comité de gestion ASACO	Equipe technique CSCOM	PTF, ONG, Associations, Appui technique CSréf, FELASCOM, Commission santé mairie
Elaborer le compte de résultat prévisionnel	Comité de gestion ASACO	Equipe technique CSCOM	PTF, ONG, Associations Appui technique CSréf FELASCOM Commission santé mairie
Elaborer et signer le contrat de performance	Maire	Président de l'ASACO	PTF, ONG, Associations Appui technique CSréf FELASCOM Les relais communautaires Commission santé mairie Equipe technique CSCOM ASACO
Formuler la requête de financement	Président de l'ASACO	Equipe technique	Comité de gestion ASACO Appui technique CSréf
Mettre à disposition les ressources financières	Le maire	Conseil communal,	PTF, ONG, ASACO Préfet

❖ **Insuffisances constatées :**

- Pour cause d'insuffisance de moyens financiers, très peu de communes allouent annuellement des subventions aux CSCOM.
- Quant aux subventions allouées par l'Etat aux communes pour couvrir les activités de santé, plusieurs difficultés sont constatées à ce niveau, dont la première est l'insuffisance des subventions allouées.

- Insuffisance de connaissance des procédures de décaissement des fonds transférés par l'Etat aux communes
- Non connaissance de la base de répartition entre les communes des fonds transférés
- Faible participation des ONG et autres partenaires dans le financement dans les activités de santé
- Faible mobilisation des ressources alternatives (association de ressortissants, associations locales, ...).

❖ **Proposition d'amélioration de la démarche :**

Propositions de solutions et stratégies de mise en œuvre	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Disséminer le contenu du guide d'utilisation des fonds transférés par les communes	CADD Santé, DGCT	AMM, commune	ONG, PTF
Tenir des réunions entre communes, percepteurs, préfets et FELASCOM en vue d'un décaissement rapide des fonds	Préfet	Percepteur Commune FELASCOM	ASACO
Tenir des réunions en fin d'année sur la situation de mobilisation des fonds transférés	Préfet	Percepteur Commune FELASCOM	ASACO
Exonérer les fonds transférés des impôts en les mettant en régie	Percepteur Préfet	Commune	ASACO
Plaidoyer auprès des ONG et autres partenaires pour plus de participation dans le financement des activités de santé,	Commune	ASACO ONG et autres partenaires	
Création de cadre de concertation des différents acteurs (CT, ONG...) sur le budget investi dans la santé communautaire par les différents acteurs	Commune	Préfet	ASACO ONG et autres partenaires

Propositions de solutions et stratégies de mise en œuvre	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Identifier, démarcher et rendre compte aux sources alternatives de financement de la santé via la commune	Commune	ONG ASACO	ASACO FELASCOM
Demander aux ONG et autres acteurs intervenant dans les communes de déposer des rapports d'activités et financiers	Commune	ONG Préfet	ASACO FELASCOM

❖ **Conditions optimales de réussite :**

- Tenir des réunions d'information entre la Direction Générale du Budget, la Direction Nationale de la Santé, la Direction Générale des Collectivités Territoriales (DGCT) et l'AMM et le Haut Conseil des Collectivités (HCC) ;
- Accélérer le transfert des autres rubriques jusque-là non prises concernés ;
- La communication entre la commune et les différents acteurs constituent la base pour un financement judicieux du domaine de la santé ;
- L'Etat à travers les percepteurs et le préfet doivent fournir des efforts pour faciliter le déblocage rapide des fonds transférés aux communes. La procédure de décaissement des fonds suit la logique et la procédure de gestion des fonds publics qui s'avère compliqué pour les élus.
- Les ASACO doivent être accompagnées par le maire et son régisseur dans la justification rapide des fonds reçus via la commune.

2.4. La mise en place de fonds de roulement (stock initial de médicaments essentiels)

- ❖ **Définition** : C'est le fonds alloué par la commune à l'ASACO pour constituer le stock initial et au besoin de dotation complémentaire en médicaments essentiels du dépôt de vente du CSCOM.
- ❖ **Objectif** : Assurer la disponibilité permanente des médicaments essentiels au niveau du dépôt de vente du CSCOM.

❖ **Démarche initiale proposée et acteurs impliqués :**

Activités	Responsable	Acteurs principaux	Autres acteurs
Estimer les besoins pour les nouveaux CSCOM ou en cas de décapitalisation	ASACO	Le médecin chef du cercle Equipe technique CSCOM	Comité de gestion ASACO
Mettre à disposition des fonds à l'ASACO	Maire	Médecin-chef CSREF, ASACO	Préfet PTF, ONG, Ass
Approvisionner en médicaments essentiels le dépôt de vente du CSCOM	ASACO	Equipe technique CSCOM	Appui technique CSréf Commission santé mairie PTF, ONG, Ass
Réceptionner les médicaments essentiels du dépôt de vente	Le Maire	Commission de réception (Président du comité de gestion gérant du dépôt, chef poste, trésorier général)	Appui technique CSréf Commission santé mairie
Suivre la gestion des stocks de médicaments	Le Comité de Gestion	Le maire, ASACO	Le médecin chef du cercle, Equipe technique CSCOM

❖ **Insuffisances constatées :**

- Des dépôts ont été décapitalisés (c'est-à-dire le montant initial de démarrage a été perdu de loin) ;
- La vente de médicaments parallèles et de spécialités (non comptabilisés) dans la pharmacie ;
- L'achat auprès des fournisseurs agréés et non agréés en contournant le schéma d'approvisionnement en DCI ;
- La rupture de stocks de médicaments DCI dans les pharmacies des CSCOM ;

- L'utilisation des fonds de DCI pour le paiement de salaire du personnel et des autres charges de fonctionnement ;
- La vente à des prix exorbitants les médicaments DCI entraînant des achats par des patients dans des pharmacies privées.

❖ **Proposition d'amélioration de la démarche :**

Propositions de solutions et stratégies de mise en œuvre	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Assurer un contrôle de la gestion des dépôts pharmaceutiques par le commissaire aux comptes de l'ASACO	Commissaires aux comptes de l'ASACO	ASACO	Commune
Assurer un contrôle externe des pharmacies par le CSREF et le SDSSES	Maire	CSREF, SDSSES	ASACO
Contrôler périodiquement le respect du schéma d'approvisionnement en DCI par les ASACO	CSREF, adjoint au maire chargé de la santé	ASACO FELASCOM	
Tenir des réunions d'information entre les ASACO, les communes, le CSREF, le SDSSES sur la gestion du dépôt pharmaceutique	CSREF, SDSSES	Conseil communal, ONG	
Suivre régulièrement la gestion de la pharmacie par le président de l'ASACO	Président ASACO	Comité de gestion ASACO	Personnel de santé
Anticiper les périodes de forte consommation de certains produits en se basant sur les années antérieures	Comité de gestion ASACO	Personnel de santé	CSREF Commune
Sensibiliser le gérant et autre personnel du CSCOM sur la nécessité de vente des médicaments DCI à un coût raisonnable	Maire et adjoint chargé de la santé	ASACO	

❖ **Conditions optimales de réussite :**

- Il est obligatoire que le CSREF procède à des vérifications périodiques au niveau des dépôts pharmaceutiques des CSCOM
- La rencontre entre commune et ASACO sur la gestion du CSCOM et notamment de et de tenir des réunions d'information
- L'ASACO et le gérant de la pharmacie doivent mettre en place les outils nécessaires à une bonne gestion de la pharmacie.

Encadré 1 : Rappel du processus de gestion des médicaments :

Respecter les normes de gestion des médicaments (depuis la commande jusqu'à l'utilisation et la justification par la bonne tenue de la comptabilité) :

1. **Les médicaments autorisés dans les dépôts pharmaceutiques des CSCOM sont les médicaments essentiels en dénomination commune internationale (DCI). Les ASACO doivent s'approvisionner en DCI auprès du dépôt répartiteur de cercle (DRC) en passant respectivement par la DRS et la Pharmacie Populaire du Mali (PPM). Les gérants des pharmacies doivent tenir régulièrement les fiches de.....**
2. **Procédures de commandes :** Le gérant contrôle régulièrement les quantités en stock grâce aux fiches de stock (stock minimum et le stock maximum). Il prépare la liste et la quantité valorisée des produits à commander et la soumettre au Chef de Centre qui vise le bon de commande. Il commande d'urgence (au besoin entre 2 périodes) afin d'éviter une rupture certaine de stocks.
3. **Procédures de réception :** elle doit se faire en présence des personnes suivantes : le Chef de centre, le Gérant, un ou plusieurs représentants du Comité de Gestion. Il faut vérifier que les quantités livrées et leur qualité sont bien les mêmes que les quantités commandées.
4. **Établir / signer un PV de réception** après s'être rassurer que les médicaments notés sur le bon de livraison sont bien ceux qui sont reçus.
5. **Effectue régulièrement les inventaires :** S'assurer que le stock théorique (inscrit sur les fiches de stock) est identique au stock réel (ce qui existe effectivement dans le dépôt).

6. **Le commissaire aux comptes** contrôle chaque fin de mois les justificatifs de versement et vérifie si l'argent encaissé est bien dans la caisse.

N.B. Il faut ouvrir des comptes pour y déposer les ressources issues de la gestion des services du CSCOM.

2.5. Subventions financières aux travaux de construction et à l'équipement des CSCOM

- ❖ **Définition** : C'est la contribution financière de la Commune en faveur de l'ASACO pour la construction/réhabilitation et l'équipement initial (équipement technique, mobiliers de bureau et moyens logistiques) et son renouvellement au besoin conformément à son programme opérationnel (PO).
- ❖ **Objectif**: Disposer d'un CSCOM construit/réhabilité et équipé en vue de l'offre de paquet minimum d'activités (PMA) de qualité.
- ❖ **Démarche initiale proposée et acteurs impliqués** :

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Formuler la demande d'attribution de site d'implantation du CSCOM	Le Président de l'ASACO	Bureau ASACO	
Attribuer le terrain à usage de construction du CSCOM	Le Maire	Conseil communal, sous-préfet	le chef de village, ASACO
Formuler la demande d'autorisation de construction /réhabilitation du CSCOM	Le Président de l'ASACO	Le Médecin chef du service sanitaire du cercle	DRS
Formuler la demande en équipements/logistiques du CSCOM	Le Président de l'ASACO	Le Médecin chef du service sanitaire du cercle	DRS

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Constituer le dossier de construction/réhabilitation (devis de la construction du CSCOM, l'acte d'attribution plan architectural, dossiers administratifs Cf. articles 5, 6, 7, 8, 9 du décret 05-299/P-RM du 18 juin 05	Le Président de l'ASACO	Le Médecin chef du service sanitaire du cercle FELASCOM	le Maire, PTF, ONG, Associations La Commission santé mairie
Constituer le dossier d'appel d'offre des équipements	Le maire	Le Président de l'ASACO Le Médecin chef du service sanitaire du cercle	L'équipe technique du CSCOM
Assurer ou déléguer la maîtrise d'ouvrage des travaux	Le Maire	Le Président de l'ASACO Le Médecin chef du service sanitaire du cercle	L'équipe technique du CSCOM
Financer la construction/ réhabilitation du CSCOM	Le Maire	le Président de l'ASACO	PTF, ONG, Associations ANICT
Suivre les travaux de construction du CSCOM	Le Maire	Le Médecin chef du service sanitaire du cercle	PTF, ONG, Association FELASCOM, la Commission santé mairie
Réceptionner les travaux et les équipements	Le Maire	Le Président de l'ASACO L'Equipe socio-sanitaire du cercle	PTF, ONG, Associations ANICT

❖ **Insuffisances constatées :**

- Insuffisance des ressources financières des communes ; ce qui les empêche de pouvoir contribuer au financement de la construction et de la réhabilitation des CSCOM ;

- Insuffisance de l'allocation des subventions allouées par l'Etat ;
- Disparité dans la mobilisation des subventions de l'Etat par les maires ;
- Faible participation des ONG et autres Partenaires dans le financement dans les activités de santé.

❖ **Proposition d'amélioration de la démarche :**

Propositions de solutions et stratégies de mise en œuvre	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Organiser régulièrement des sondages auprès des populations sur leur niveau de satisfaction en matière de santé et le besoin de rapprocher d'avantage la santé des populations.	Maires et ASACO	Relais et commission santé	Associations, ONG, chefs de villages/quartiers
Analyser les besoins de construction ou d'achat des équipements du CSCOM et de construction ou la réhabilitation des CSCOM	Maire ASACO	CSREF SDSES	ONG, associations locales
Mobilisation des ressources propres au sein de la commune et de l'ASACO pour financer l'achat des équipements du CSCOM et pour la construction ou la réhabilitation des CSCOM	Maire et ASACO	Conseil communal + ASACO	Associations
Rechercher des financements alternatifs à travers la coopération décentralisée pour financer l'achat des équipements du CSCOM et pour la construction ou la réhabilitation des CSCOM	Maire	Conseil communal	ASACO, Associations, Etat, AMM, PTF
Mobilisation des équipements auprès des acteurs nationaux et internationaux	Maire et Conseil communal	Associations, Etat, AMM, PTF	ASACO, FELASCOM
Suivre l'utilisation des équipements par le personnel du CSCOM	Conseil communal	CSREF, ASACO	

Propositions de solutions et stratégies de mise en œuvre	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Prévoir des fonds de réparation et de renouvellement des équipements et du matériel	Maire et Conseil communal	Associations, Etat, AMM, PTF	ASACO, FELASCOM
Plaidoyer auprès des bailleurs (ONG, PTF...) pour un financement plus important du secteur de la santé au Mali	Commune, AMM	ONG, PTF	

❖ **Conditions optimales de réussite :**

- Mettre en place un plan de contrôle et d'observation des services de santé rendus aux populations ;
- Organiser régulièrement des sondages auprès des populations sur leur niveau de satisfaction en matière de santé et le besoin de rapprocher d'avantage la santé des populations ;
- Sensibiliser les populations pour qu'elles fréquent les centres de santé ;
- En cas de besoins, sensibiliser les populations pour qu'elles s'organisent en ASACO pour en faire une demande.

2.6. Suivi et le controle de la gestion des ASACO

❖ **Définitions :**

Suivi : C'est le processus continu d'accompagnement qui vise à s'assurer de la mise en œuvre des activités selon les normes et procédures et les recommandations issues des supervisions et missions antérieures.

Contrôle : C'est la vérification périodique de l'utilisation des ressources par l'ASACO conformément aux normes et procédures en vigueur.

Cette vérification porte sur :

- L'application correcte des textes législatifs et réglementaires portant création organisation et modalités de fonctionnement de l'ASACO ;
- La fiabilité du système de contrôle interne (Commissaire aux comptes) ;

- L'exécution correcte des budgets ;
- La tenue correcte de la comptabilité matières ;
- La gestion correcte des ressources humaines ;
- L'exécution correcte des contrats ;
- Les relations avec la Mairie, le CSréf, le CSCOM, le service sanitaire du cercle et les utilisateurs.

❖ **Objectif** : S'assurer de l'utilisation efficace et efficiente des ressources gérées par ASACO dans le respect des normes et procédures de gestion

❖ **Démarche initiale proposée et acteurs impliqués** :

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Suivi			
Assurer la supervision trimestrielle de l'équipe de santé du CSCOM et le Conseil d'administration de l'ASACO	Le Maire	L'équipe socio sanitaire FELASCOM	PTF, ONG, Associations Maire chargé de la santé/Commission santé
Faire restituer les résultats des supervisions	Le Maire	Conseil Communal	Le Médecin chef du service de santé du cercle ASACO Equipe technique du CSCOM Relais Communautaires
Veiller à la tenue régulière des réunions statutaires de l'ASACO	FELASCOM	Comité paritaire, Equipe technique CSréf	Maire, PTF, ONG, Associations Chargé des questions de santé à la mairie
Participer régulièrement aux réunions statutaires de l'ASACO	Président de la commission de santé de la mairie	Maire et FELSCOM	PTF, ONG, Associations Chargé des questions de santé à la mairie Equipe technique CSréf

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Animer les réunions de la commission santé de la Mairie	Président de la commission santé de la mairie	ASACO, Equipe Technique Santé	PTF, ONG,
Participer aux sessions du conseil municipal	Le président du CA de l'ASACO,	Commission santé du conseil municipal	le directeur technique du CSCOM
Organiser le monitoring des activités du CSCOM	Le président de l'ASACO		Maire, Equipe technique CSréf, relais communautaires PTF, ONG
Fournir les rapports d'activités et financiers du CSCOM au maire		Le président du CA de l'ASACO	Equipe technique CSCOM FELASCOM PTF, ONG, Ass

En ce qui concerne la vérification, elle doit être semestriellement et concerner entre autres:

- L'existence et l'application correcte des textes législatifs et réglementaires portant création organisation et modalités de fonctionnement de l'ASACO ;
- La fiabilité du système de contrôle interne (Commissaire aux comptes) ;
- L'exécution correcte des budgets ;
- La tenue correcte de la comptabilité matières ;
- La gestion correcte des ressources humaines ;
- L'exécution correcte des contrats.

NB : La vérification doit être faite par le Maire en collaboration avec le comité paritaire, l'équipe socio sanitaire et la FELASCOM.

La finalité visée ici est de renforcer le partenariat entre les élus municipaux et les bureaux des ASACO par le partage de l'information pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé des populations.

❖ Insuffisances constatées :

- La non maîtrise des textes relatifs aux ASACO par les élus et agents communaux ;
- Incohérence dans l'interprétation des textes (loi N° 02 – 049/P 6 RM du 22 juillet 2002, le décret N° 02-314 /P-RM du 4 juin 2002 et le décret N° 05 – 299/P-RM du 28 juin

2005) par les différents acteurs ;

- Réticence de suivi –contrôle des ASACO qui se voient indépendants ;
- Absence d'outils de suivi – contrôle des ASACO par la commune ;
- Faible participation des communes au suivi organisé par le CSREF et le SDSES.

❖ **Proposition d'amélioration de la démarche :**

Propositions de solutions et stratégies de mise en œuvre	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Renforcer les capacités des élus et agents communaux en suivi – évaluation du secteur santé	CADD Santé DGCT CFCT	AMM Commune	ASACO PTF
Développer des indicateurs santé servant de base de suivi pour les élus et agents communaux	DNS/ CADD DGCT	AMM CFCT	ASACO PTF
Désigner des points focaux pour assurer le suivi – accompagnement auprès des ASACO et autres acteurs	Maire	ASACO Conseil communal	ONG Associations locales
Tenir des réunions de comité paritaire (Commune / ASACO)	Maire	ASACO Conseil communal	ONG Associations locales
Envoyer les rapports des ASACO aux communes	ASACO	Maire Conseil communal	ONG
Diffuser les rapports de suivi auprès des citoyens de la commune	Maire	ASACO Conseil communal	ONG Associations locales Radio locale
Centraliser les rapports des ASACO auprès des communes	Maire Agents CSCOM	ASACO Conseil communal	ONG Associations locales Radio locale

❖ **Conditions optimales de réussite :**

- La condition de base est de lever les divergences de points de vue dans l'interprétation des textes relatifs à la santé par les parties entre maîtrise des textes relatifs aux ASACO par les Elus communaux (Incohérence entre la LOI N°02-049/du 22 juillet 2002 et le Décret 02-314 et le décret N° 05 – 299/P-RM du 28 juin 2005) ;
- Le maire de la commune doit jouer nécessairement le leadership dans l'élaboration et la mise en œuvre du PDSC, donc le contrôle de sa mise en œuvre ;
- L'accompagnement du CSREF et du SDES sont nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan de développement sanitaire et à son suivi évaluation.

Encadré 2 : Principes de gestion des CSCOM

Quelques principes de gestion des CSCOM inscrits dans le Guide de gestion de CSCOM sont :

- **La transparence :** *La situation comptable produite doit refléter la situation réelle du CSCOM : On ne doit rien cacher, rien omettre, rien transformer et toutes les sorties doivent être justifiées par une pièce comptable (sorties d'argent, de médicaments, de matériels ou autres).*
- **La maintenance du capital :** *Le capital se compose de tout ce que possède le centre (la richesse du centre), c'est-à-dire : le stock de médicaments et supports de gestion (valorisé au prix d'achat) ; les disponibilités financières (argent disponible en caisse et/ou en banque) ; les immobilisations et matériels les dotations aux amortissements les créances. Les ASACO doivent veiller au minimum au maintien du capital initial du médicament.*
- **La séparation des comptes :** *Ce principe consiste à séparer les recettes provenant de la tarification des actes, des recettes provenant de la vente des médicaments. Ces deux types de recettes doivent faire l'objet d'enregistrement dans deux comptes séparés. On utilisera les recettes de la vente des médicaments uniquement pour les dépenses liées au médicament achat de médicaments, salaires du gérant, dépenses de fonctionnement du dépôt.*

NB : La finalité visé ici est de renforcer le partenariat entre les élus municipaux et les bureaux des ASACO par le partage de l'information pour une meilleure prise en charge des problèmes de santé des populations.

2.7. La contribution pour la prise en charge du salaire de certains agents

- ❖ **Définition** : c'est l'allocation de fonds pour assurer le paiement du salaire de certains agents de santé du CSCOM au compte de l'ASACO. Il s'agit aussi d'affilier le personnel à l'INPS.
- ❖ **Objectif**: renforcer les capacités du CSCOM en vue de l'offre de prestations de qualité.
- ❖ **Démarche initiale proposée et acteurs impliqués** :

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Exprimer le besoin en personnel de santé	Président de l'ASACO	CA ASACO	Appui technique CSCOM et CSréf
Recruter le personnel	Maire	ASACO	Appui technique CSréf
Signer le contrat de travail	Maire/Employé	Inspection du travail, médecin de travail	Equipe technique CSREF
Affecter le personnel	Maire	ASACO	Médecin chef
Affilier le personnel à l'INPS	Maire	Agents recrutés, INPS	ASACO, Médecin chef
Assurer le paiement régulier du salaire et les accessoires	Maire	ASACO	Directeur technique CSCOM, INPS, Préfet, Sous-préfet
Suivre le contrat de travail	Maire	Agents contractuels	Président de l'ASACO, Direction régionale du travail

❖ **Insuffisances constatées :**

- Le non inscription à l'INPS des agents des CSCOM et le paiement irrégulier des cotisations sociales de ceux affiliés ;
- La faiblesse des salaires du personnel du CSCOM payés et le paiement irrégulier des salaires par les ASACO et les communes ;
- La confusion dans la gestion du personnel du CSCOM entre le maire, l'ASACO et le CSREF ;
- L'insuffisance de personnel dans les CSCOM ;
- Le manque de sources alternatives de financement du salaire du personnel ;
- L'insuffisance d'approche communautaire pour une plus grande adhésion des usagers (prise de carte de membres) ;
- Le personnel relevant de l'Etat se considère indépendant des maires et des présidents d'ASACO.

❖ **Proposition d'amélioration de la démarche :**

Propositions de solutions et stratégies de mise en œuvre	Responsables	Acteurs associés	Autres acteurs
Etablir un contrat de travail pour l'ensemble du personnel du CSCOM en se référant à la convention collective des agents de santé communautaires	Maire Comité de gestion de l'ASACO	Préfet, sous – préfet, ONG	ONG PTF Etat
Affilier le personnel des CSCOM à l'INPS et payer régulièrement les cotisations sociales de ceux affiliés	Maire	ASACO INPS	ONG PTF Etat
Payer régulièrement les salaires du personnel du CSCOM payés par les ASACO et les communes	Maire	ASACO Etat	ONG PTF
Faire signer les contrats d'emploi du personnel relevant de la Commune et de l'ASACO par la commune	Maire	ASACO Etat	ONG PTF
Augmente le personnel dans les CSCOM	Maire, Etat	ASACO	ONG, PTF
Trouver des sources alternatives de financement du salaire du personnel	Maire, Etat, ASACO	ONG PTF	

❖ **Conditions optimales de réussite :**

- La condition de base est de lever les divergences de points de vue dans l'interprétation des textes relatifs à la santé par les parties entre maîtrise des textes relatifs aux ASACO par les Elus communaux (Incohérence entre la LOI N°02-049/du 22 juillet 2002 et le Décret 02-314) ;
- Le maire de la commune doit jouer nécessairement le leadership dans la gestion du personnel du CSCOM.
- En perspective, il serait intéressant que l'Etat transfère les salaires des agents payés par lui au niveau des communes.

2.8. La lutte contre la vente illicite des médicaments

❖ **Définition :** c'est l'ensemble des mesures à prendre pour empêcher la vente des produits pharmaceutiques par des personnes physiques ou morales non autorisées à cet effet.

❖ **Objectifs :** Eradiquer le phénomène de la vente illicite de médicaments afin de préserver la santé des populations.

❖ **Démarche initiale proposée et acteurs impliqués :**

Il est prévu la mise en place dans chaque commune, d'un Comité communal de lutte contre la vente illicite de médicaments (décret 02-075/P-RM du 15 février 2002)

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Mettre en place le comité communal de lutte contre la vente illicite des produits pharmaceutiques	Sous-préfet	Membres du comité communal, le Maire Le Président de l'ASACO	Equipe technique CSREF, DRS
Informier et sensibiliser la population sur les dangers de la vente illicite et de l'utilisation des produits pharmaceutiques	La commission santé de la commune	Le comité communal Le service socio sanitaire du cercle L'ASACO, FELASCOM Relais communautaires Leaders d'opinions ONG, PTF, Associations	Equipe technique CSREF, DRS

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Engager les procédures régulières de saisie de produits pharmaceutiques illicites	sous-préfet	Le Comité communal de lutte contre vente illicite, Le Maire	Forces de sécurité
Saisir les produits pharmaceutiques illicites	Sous-préfet	Le Comité communal de lutte contre vente illicite ASACO, le Maire	Forces de sécurité
Acheminer les produits pharmaceutiques saisis au niveau du comité local de lutte contre la vente illicite de médicament pour destruction (Cf. décret 02-075/P-RM du 15 fév. 2002	Sous-préfet	Le comité communal de lutte contre vente illicite ASACO	Forces de sécurité

❖ **Insuffisances constatées :**

- L'inexistence de comité de lutte contre la vente illicite de médicaments dans les communes rurales ;
- La non fonctionnalité des comités de lutte contre la vente illicite de médicaments dans les communes urbaines (pas de plans d'actions d'intervention) ;
- Approvisionnement des ASACO et des pharmacies privées auprès des importateurs non agréés (coûts plus abordables) ;
- Importation illégale et vente illicite des produits pharmaceutiques.

❖ **Proposition d'amélioration de la démarche :**

Propositions de solutions et stratégies de mise en œuvre	Responsables	Acteurs associés	Autres acteurs
Créer des comités communaux de lutte contre la vente illicite des médicaments dans toutes les communes	Préfet et maires	Comités paritaires, ASACO	Associations, chefs de quartiers/villages

Propositions de solutions et stratégies de mise en œuvre	Responsables	Acteurs associés	Autres acteurs
Activer les comités communaux de lutte contre la vente illicite de médicament	Préfets, sous – préfets, maire	ONG, associations locales	Associations, chefs de quartiers/villages
Multiplier la sensibilisation des populations sur les dangers des médicaments illicites à travers les chefs de villages et de quartiers	OSC + Commune	Préfets Sous – préfets	Associations, chefs de quartiers/villages
Plaidoyer auprès des gouverneurs, des préfets et des sous – préfets pour la prise de pour la prise de décisions relatives à la saisie des produits pharmaceutiques illicites circulant dans leurs zones	OSC + Commune	Préfets Sous – préfets	Associations, chefs de quartiers/villages
Sensibiliser la Chambre de commerce sur la saisie interne des produits illicites à l'intérieur du pays	ONG + Commune	CSREF SDSES	Associations, chefs de quartiers/villages

❖ **Conditions optimales de réussite :**

- L'Etat doit prendre des mesures pour une application de la Loi relative à la non application de la Loi ;
- Renforcer le contrôle au niveau des frontières et sur les marchés ;
- Il est nécessaire de sensibiliser et de réprimander les ASACO qui s'approvisionnant auprès des vendeurs illicites de médicaments ;
- Multiplier les descentes sur le terrain pour traquer les vendeurs.

2.9. La lutte contre les épidémies et catastrophes

❖ **Définition :** Ensemble de mesures à prendre pour prévenir ou faire face aux évènements inhabituels (épidémies et catastrophes) affectant la santé des populations.

❖ **Objectifs :** Prévenir/maîtriser les épidémies et les catastrophes.

❖ **Démarche initiale proposée et acteurs impliqués :**

Il existe un arrêté interministériel de lutte contre les Epidémies et catastrophes.

❖ **Rôles des acteurs dans la mise en œuvre de la compétence**

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Mettre en place le comité communal de lutte contre les épidémies et catastrophes	Sous-préfet	Le service socio sanitaire du cercle, Maire Président de l'ASACO	ONG, PTF, Associations
Elaborer et diffuser le plan communal de lutte contre les épidémies et catastrophes	Maire	Sous-préfet, Commission santé de la Mairie Comité communal de lutte contre les épidémies et catastrophes	Le service socio sanitaire du cercle FELASCOM, Président de l'ASACO
Tenir les réunions du Comité communal de lutte contre les épidémies et catastrophes	Maire	Sous-préfet, Comité communal de lutte contre les épidémies et catastrophes	Président de l'ASACO, Equipe technique du CSréf
Mobiliser les ressources nécessaires	Maire	Sous-préfet, Commission santé de la Mairie Comité communal de lutte contre les épidémies et catastrophes	Président de l'ASACO Le service socio sanitaire du cercle, DRS, DNS ONG, PTF, Associations
Mettre en œuvre le plan de lutte contre les épidémies et catastrophes	Maire	Commission santé de la Mairie Comité communal de lutte contre les épidémies et catastrophes	Le service socio sanitaire du cercle, DRS, DNS FELASCOM Comité régional et local de lutte contre les épidémies Equipe technique CSCOM

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Suivre et évaluer le plan de lutte contre les épidémies et catastrophes	Maire	Président du Comité de lutte contre les épidémies et catastrophes Commission santé de la Mairie	Comité régional et local de lutte contre les épidémies FELASCOM, DRS, DNS Le service socio sanitaire du cercle, Maire

NB : Les préfets et les sous-préfets doivent veiller au bon fonctionnement des comités locaux de lutte contre les épidémies et catastrophes.

❖ **Insuffisances constatées :**

- Insuffisance des ressources financières allouées à la compétence par l'Etat ;
- Réticence de certains parents pour la vaccination des enfants ;
- Non opérationnalité des comités de veille, de prévention et gestion des catastrophes.

❖ **Proposition d'amélioration de la démarche :**

Propositions de solutions et stratégies de mise en œuvre	Responsables	Acteurs associés	Autres acteurs
Sensibiliser les acteurs pour redynamisation de comité de prévention contre les catastrophes et les épidémies	OSC + Commune	Préfets Sous – préfets	Associations, chefs de quartiers/villages
Plaidoyer pour le transfert rapide des fonds alloués par l'Etat aux communes en matière de lutte contre les catastrophes et les épidémies	Commune	ONG	PTF
Assurer une meilleure coordination des interventions d'urgence lors des épidémies et des catastrophes	Commune SDSES	ONG	PTF

❖ **Conditions optimales de réussite :**

- Le transfert des ressources de l'Etat aux collectivités en matière de lutte contre les épidémies et catastrophes constitue une condition sine qua none pour le fonctionnement adéquat des comités dédiés à cette compétence.
- Il est aussi impératif d'associer à la lutte contre les épidémies et les catastrophes, les organisations locales (villageoises et communales) du domaine.

2.10. Suivi et le controle de la transmission effective des donnees d'information y compris les donnees financieres aux medecins chefs des services de sante de cercles

- ❖ **Définition :** c'est la vérification par le Maire de la transmission régulière et à temps des rapports du système local d'informations sanitaires et des rapports financiers (SLIS) des CSCOM au médecin chef du service sanitaire de cercle.
- ❖ **Objectif :** s'assurer de la transmission effective et à temps des données sanitaires et les rapports financiers des CSCOM aux médecins chefs du service sanitaire de cercle
- ❖ **Démarche initiale proposée et acteurs impliqués :**

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Disposer de la liste des différents types de rapports périodiques à transmettre	Maire	Médecin chef cercle, président ASACO	Médecins chefs, ASACO Directeurs techniques des CSCOM, Sous préfet
Elaborer les différents rapports techniques	Directeur technique du CSCOM	Médecin chef, ASACO	
Elaborer les rapports d'activités de l'ASACO	Président ASACO	Equipe technique CSCOM	

Activités	Responsables	Acteurs principaux	Autres acteurs
Transmettre les différents rapports au Maire et médecin chef	Président ASACO	Equipe technique CSCOM	
Réceptionner la copie du bordereau des rapports périodiques	Maire	Secrétaire général de la mairie	Médecins chefs Directeurs techniques des CSCOM
Archiver la copie du bordereau des rapports périodiques	Maire	Secrétaire général de la mairie	Médecins chefs Directeurs techniques des CSCOM, ASACO

❖ **Insuffisances constatées :**

- Information transmise directement du personnel des CSCOM au CSREF parfois sans une implication des ASACO et des maires de communes
- Insuffisance de connaissance des élus et des agents communaux des informations sanitaires et de leur système de transmission
- Les maires ne réclament aussi les différents rapports.

❖ **Proposition d'amélioration de la démarche :**

Propositions de solutions et stratégies de mise en œuvre	Responsables	Acteurs associés	Autres acteurs
Redynamiser les comités de veille, de prévention et de gestion des catastrophes	Préfets, sous – préfet et maire	CSREF, SDSES, ASACO,	
Former les élus et les agents communaux sur le système de transmission des informations sanitaires (liste et périodicité/échéances)	CSREF SDSES	Commune ASACO	ONG PTF
Tenir une réunion de partage autour des informations sanitaires au niveau de la commune	Maire	Bureau communal ASACO, personnel de CSCOM	

Propositions de solutions et stratégies de mise en œuvre	Responsables	Acteurs associés	Autres acteurs
Assurer la transmission des données au médecin chef du CSREF	Commune	ASACO, personnel du CSCOM	

❖ **Conditions optimales de réussite :**

- Il est indispensable de désacraliser le domaine de la santé qui doit être considérée comme multi - acteurs.
- L'implication du secrétaire général de la commune dans la centralisation des données et leur transmission est essentielle dans la réussite de cette compétence.

2. Rappel du rôle des autres acteurs institutionnels dans la mise en œuvre des compétences

2.1. Rôle des structures étatiques :

Les rôles et responsabilité sont plus ou moins tenus. En effet :

❖ **la DNS et les DRS :**

- S'occupent de la gestion de la santé dans sa globalité ;
- Suivent les transferts des fonds à destination des CSCOM, via les communes ;
- Centralisent et gèrent toutes les données en matière de santé aux niveaux régions et cercles à partir des données remontées de la base par les médecins chefs des CSréf ;
- Prend en charge certains agents ;
- Appui en médicaments ;
- Financement de l'extension de certains CSCOM ;
- Lutte contre le paludisme, l'espacement de naissance, la malnutrition.

❖ **La CADD santé :** apporte un appui en matière de documentation et de renforcement des capacités aussi bien aux élus communaux qu'aux ASACO pour une meilleure appropriation des compétences transférées. Notons qu'elle a même édité un guide qui permet aux différents acteurs de mieux comprendre chacun son rôle dans le processus.

❖ **La DNDSES** au niveau national et les SDSSES aux niveaux des cercles apportent des appuis par la prise en charge des cas sociaux, participent à toutes les réunions concernant la santé et participent aux renouvellements des organes des ASACO.

- Appui conseil (dans l'élaboration des statuts et règlement des ASACO jusqu'à l'obtention du récépissé) ;
- Participe au renouvellement du bureau des ASACO ;
- Sensibilise les populations pour la santé communautaires ;
- Forme les agents des ASACO.

❖ **Les médecins chefs des CSréf** sont des acteurs pivots dans le processus. Ils apportent un appui en planification et en gestion technique des CSCOM sur tous les points. Ils reçoivent les PO, les RTA et les rapports annuels des différents CSCOM qu'ils traitent et font remonter jusqu'au niveau central pour la gestion de la santé du niveau communautaire jusqu'au niveau régional et national. Ils planifient et supervisent les JNV

et autres programmes de santé en cas d'épidémies. Ils apportent un appui technique aux CSCOM pour les évacuations en cas de besoin. Ils participent à la gestion technique des agents de santé dans les CSCOM. Ils forment les agents de santé et participent au recrutement du DTC. Ils encadrent les CSCOM et les assistent en cas de d'épidémies. Ils font des dons de matériels (tables d'accouchement, chaises, des ciseaux, des matelas, des lits etc.).

2.2. Rôle de la FENASCOM

La FENASCOM est représentée à différentes échelles de décentralisation du système de santé au Mali.

- ❖ **La FENASCOM** : C'est l'organe politique mis en place par l'ensemble des ASACO du pays par adhésion direct et individuel pour être leur répondant au niveau national, leur servir d'interface avec les partenaires financiers, coordonner leurs actions etc.
- ❖ **La FERASCOM** : Dans une région donnée l'ensemble des FELASCOM se regroupent au sein d'une structure destinée à être leur répondant au niveau régionale et d'interface avec les partenaires financiers, la FENASCOM etc...
- ❖ **La FELASCOM** : Dans un cercle donné l'ensemble des ASACO se regroupent au sein d'une structure destinée à être leur répondant au niveau cercle, et aussi à servir d'interface avec les partenaires financiers, les autorités sanitaires au niveau du cercle, la FERASCOM etc. L'adhésion d'une ASACO à la FENASCOM lui donne automatique le statut de membre de la FELASCOM de sa zone.
- ❖ **L'ASACO** : C'est l'association mise en place par les habitants d'une aire de santé pour s'occuper de la création et de la gestion d'un centre de santé communautaire. Outre les responsables élus elle se compose de l'ensemble des adhérents c'est à dire l'ensemble des titulaires de cartes d'adhérents. Ses organes sont : le conseil d'administration, le bureau exécutif, le comité de gestion, le comité de surveillance.

Elle dispose de statuts et règlement intérieur qui en précisent les missions conformément aux textes en vigueur. L'adhésion à une association de santé communautaire est soumise au paiement d'une cotisation sous forme d'achat de carte de membre.

❖ **Rôles des FELASCOM :**

Les FELASCOM accompagnent les ASACO, les Collectivités territoriales et les services communaux dans la gestion de la santé communautaire. Elles amènent les différentes parties à signer la CAM à travers la sensibilisation et le renforcement des capacités. Elles participent au renouvellement des ASACO et font du plaidoyer en faveur des CSCOM.

Conclusion

Le Guide pratique de la santé communautaire est un document capital pour les communes, les ASACO, l'administration centrale (préfet et sous – préfet), le personnel des CSCOM, du CSREF, du SDSSES et d'autres acteurs. Il sert de document de référence ou de guide pour toutes les actions à réaliser pour améliorer la santé communautaire. Il est nécessaire que les élus communaux et les autres acteurs se positionnent pour exploiter les opportunités de financement de ce domaine, mieux créer ces opportunités. C'est seulement à ce prix qu'ils renforceront leur position de leader dans la planification, la mise en œuvre et le suivi – évaluation de la santé communautaire.

L'AMM et les communes doivent convaincre les partenaires de tout l'intérêt d'un tel document stratégique permettant de lever les contraintes de mise en œuvre des compétences transférées. Les élus communaux doivent apporter un appui conséquent aux acteurs locaux notamment en termes d'approche communautaire, de concertations périodes et surtout d'une culture de la gouvernance et de la redevabilité. Les structures étatiques DNS, DNDSES doivent absolument appuyer les acteurs dans la mise en œuvre, notamment dans l'élaboration de propositions de textes relatifs à la mise en adéquation avec le contexte de décentralisation.

Bibliographie et documents consultés

1. La loi n° 93-008 du 11 Février 1993 déterminant les conditions de la libre Administration Collectivités Territoriales ;
2. La loi n°95-022 du 20 Mars 1995 portant Statut des fonctionnaires des Collectivités Territoriales ;
3. La loi n° 95-034 du 12 Avril 1995 portant Code des Collectivités Territoriales ;
4. La loi n° 95-025 du 21 Février 1995 portant Statut Particulier du District de Bamako ;
5. La loi n° 96-059 du 04 Novembre 1996 portant création de communes ;
6. Loi n° 00-044 du 07 Juillet 2000 déterminant les ressources fiscales des Collectivités Territoriales de communes, de cercles et de régions ;
7. Le décret n°02-314 du 04 juin 2002 fixant le détail des compétences transférées de l'Etat aux communes et cercles en matière de santé précise davantage les responsabilités de la commune et du cercle en matière de santé.
8. Le décret n°05- 299 / P-RM du 28 juin 2005 fixant les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des centres de santé communautaire
9. La la Loi N° 02- 0 49 / du 22 juillet 2002 portant création et fonctionnement des CSCOM
10. Le rapport de l'étude d'analyse de l'état des compétences transférées aux communes en matière de santé : FIIAPP – AMM 2015
11. Le rapport de présentation des résultats de l'étude d'analyse de l'état des compétences transférées aux communes en matière de santé : FIIAPP – AMM 2015
12. Le guide d'opérationnalisation du décret n°02-314/P-RM du 4 juin 2002 : CADD - 2008

ANNEXES

ANNEXE 1

DECRET N° 02-314/P-RM DU 04 JUIN 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'état aux collectivités territoriales des niveaux commune et cercle en matière de santé.

Article 1er : Le présent décret fixe les détails des compétences transférées de l'Etat aux Communes et aux Cercles en matière de santé.

ARTICLE 2 : Les Collectivités territoriales exercent les compétences ci-dessous indiquées en matière de santé.

- ♦ Pour la commune :
 - l'élaboration et la mise en œuvre du plan communal de développement en matière de santé ;
 - la signature de la convention d'assistance mutuelle avec les Associations de Santé Communautaires (ASACO) ;
 - l'allocation de subventions pour le financement des activités de santé selon les critères définis annuellement ;
 - la mise en place de fonds de roulement (stock initial de médicaments essentiels) ;
 - la contribution pour la prise en charge du salaire de certains agents ;
 - la subvention financière aux travaux de construction et à l'équipement des CSCOM ;
 - la lutte contre la vente illicite des médicaments ;
 - le suivi et le contrôle de la gestion des ASACO ;
 - la lutte contre les épidémies et catastrophes ;
 - le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières aux médecins-chefs des services de santé de cercle.
- ♦ Pour le Cercle :
 - l'élaboration et la mise en œuvre du plan de Développement socio sanitaire de Cercle (PDSC) ;
 - le recrutement du personnel ;
 - la construction/la réhabilitation et l'équipement des Centres de Santé de Référence (CSréf) ;
 - la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de prévention et de lutte contre les maladies ;
 - la lutte contre la vente illicite des médicaments ;
 - l'hygiène et la salubrité publique et celle des aliments ;
 - l'élaboration et la révision de la carte sanitaire du cercle ;
 - l'allocation de subvention aux Centre de Santé de Référence (CSréf) ;
 - le contrôle du respect des engagements des ASACO du cercle ;
 - le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières des structures de santé de premier et second niveaux au Directeur Régionaux de la santé .
- ♦ **Pour les Communes du District de Bamako :**
 - l'élaboration et la mise en œuvre du plan de développement socio sanitaire de la commune (PDSC) ;
 - la construction/ la réhabilitation et l'équipement du centre de Santé de Référence de la commune (CSréf) et de CSCOM ;
 - le recrutement du personnel ;
 - la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de prévention et de lutte contre les maladies ;
 - la lutte contre la vente illicite des médicaments ;
 - l'hygiène et la salubrité publique et celle des aliments ;
 - l'élaboration et la révision de la carte sanitaire de la Commune ;
 - l'allocation de subventions aux centres de Santé de références (CSréf) et aux CSCOM ;

- le contrôle du respect des engagements des ASACO de la commune
- le suivi et le contrôle de la transmission effective des données d'information y compris les données financières des structures de santé de premier et second niveaux au Directeur Régional de la santé du District de Bamako

ARTICLE 3 : La délivrance et/ou le retrait des autorisations de création des centres de santé communautaires (CSCOM).relève du maire sur avis technique du Médecin-chef de cercle ou du médecin- chef de la commune pour le District de Bamako .

ARTICLE 4 : Les infrastructures et les matériels des centres de Santé de Référence sont dévolus aux Cercles et aux communes du District de Bamako par décision du Haut commissaire de la Région ou du District de Bamako.

ARTICLE 5 : L'Etat met annuellement à la disposition des Communes, des cercles et des Communes du District de Bamako sous forme de subventions affectées les ressources financières nécessaires pour la mise en œuvre des compétences transférées.

ARTICLE 6 : Les fonds générés par le système de recouvrement des coûts sont utilisés exclusivement pour le financement des activités de santé.

ARTICLE 7 : Le ministre de la santé , le ministre de l'Administration territoriale et des Collectivités Locales, le ministre de l'Économie et des finances , le ministre de l'emploi et de la déchet qui sera enregistré et publié au journal officiel .

Bamako, le 04 JUIN 2002

Le Président de la

République

Alpha Oumar KONARE
Premier ministre
Modibo KEITA

Le ministre de la Santé ,

Mme TRAORE Fatoumata NAFO

**Le ministre de l'Administration Territoriale
Et des Collectivités Locales**

Ousmane sy
Le Ministre De l'économie
Bacari KONE

**Le ministre de l'emploi et de la formation
Professionnelle**

♦ ***Makan Moussa SISSOKO***

ANNEXE 2

La loi N° 02- 0 49 / du 22 juil. 2002 portant loi d'orientation sur la santé

Chapitre I : Dispositions générales

ARTICLE 1 : La présente loi a pour objet de fixer les grandes orientations de la politique nationale de santé.

ARTICLE 2 : La politique nationale de santé repose sur les principes fondamentaux d'équité, de justice, de solidarité, de participation de la population et de la société civile.

Elle prend en compte les engagements internationaux auxquels la république du Mali a souscrit.

ARTICLE 3 : Le plan décennal et le programme quinquennal de développement sanitaire et social servent de cadre de référence à la mise en œuvre de la politique sectorielle de santé.

ARTICLE 4 : L'état, les collectivités locales, les populations bénéficiaires du service public de santé organisées en associations et en mutuelles, les fondations, les congrégations religieuses, les ordres professionnels du secteur et les établissements de santé concourent à la mise en œuvre de la politique nationale de santé dans les conditions fixées par les lois et les règlements en vigueur.

ARTICLE 5 : Les priorités de l'action sanitaire sont réservées à la prévention des maladies, à la promotion sanitaire et au bien-être de la famille en milieu rural et périurbain ainsi qu'à l'amélioration de l'accès des populations les plus pauvres aux soins de santé.

Chapitre II (suite)

Information – éducation – communautaire en Santé : Un ensemble de moyens et de méthodes utilisés pour informer et sensibiliser le ou les groupes de populations, appelés groupes cibles, sur certains phénomènes et événements de santé, en vue d'obtenir un changement positif durable des attitudes ou comportements ;

Médicament : Toute substance ou composition présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines et animales ainsi que tout produit pouvant être administré à l'homme ou à l'animal en vue d'établir un diagnostic ou restaurer, corriger ou modifier leur fonction organique ;

Médicaments essentiels : Tout produit dont l'efficacité et l'innocuité ont été scientifiquement démontrées et qui est indispensable pour assurer les soins de santé de base à titre préventif et curatif ;

Planification sanitaire : Encadrement du développement et de l'action des services de santé par une mise en ordre stratégique de programmes à exécuter ; le processus de planification consiste à identifier les besoins prioritaires, à fixer les objectifs à atteindre, à définir les stratégies et interventions appropriées, à évaluer les mesures nécessaires pour mener à bien ces interventions et à établir un calendrier pour leur mise en œuvre et leur suivi.

- ♦ **Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social** : Un document contenant l'ensemble des orientations stratégiques envisagées dans le cadre de la mise en œuvre de la politique nationale de santé ;
- ♦ **Programme de Développement Sanitaire et Social (PRODESS)** : Un document contenant l'ensemble des objectifs structurés en tâches à exécuter pour une période de 5 ans dans le cadre du plan Décennal de Développement Sanitaire et Social
- ♦ **Plan de Développement Sanitaire de Cercle (PDSC)** : Un document contenant l'ensemble des objectifs, des activités et des moyens à mettre en œuvre au niveau du cercle. Il a une durée de 5 ans.
- ♦ **Ordre Professionnel** : Un établissement public à caractère professionnel doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière chargé de l'organisation et de la représentation d'une profession ou d'un groupe de profession

CHAPITRE III : OBJECTIFS

ARTICLE 7 : La politique nationale de santé est basée sur les principes des soins de santé primaires, sur l'initiative de Bamako et sur la stratégie africaine de développement sanitaire.

ARTICLE 8 : La politique nationale de santé a pour objectifs :

a) Améliorer l'état de santé des populations en :

- Réduisant les mortalités infanto juvénile et maternelle ;
- Réduisant la mortalité et la morbidité dues aux maladies prioritaires ;
- Développant les services de planification familiale ;
- Veillant à la promotion des attitudes et comportements favorables à la santé et au bien – être de la famille ;

b) Améliorer la couverture sanitaire du pays en :

- o Assurant l'extension de la couverture afin de rendre les services de santé accessibles aux populations y compris celles appartenant aux catégories les plus durement frappées par la pauvreté ;
- o Mettant en place un dispositif de soins adapté aux réalités du pays ;
- o Assurant des prestations de qualité produites au meilleur coût, géographiquement et économiquement accessibles ; y compris la disponibilité des médicaments essentiels
- o Améliorant l'utilisation des services de santé notamment par des actions d'information d'éducation et de communication.

c) Rendre le système de santé viable et performant en :

- Assurant l'intégration de la politique de santé dans celle du développement économique, social et culturel du pays.
- Améliorer l'organisation et le fonctionnement des services de santé par une gestion rationnelle des ressources humaines, matérielles et financières.
- Organisant la participation de l'État, des collectivités locales, des populations bénéficiaires et des partenaires au développement à la prise en charge des dépenses de santé.
- Développant une approche multidisciplinaire et multisectorielle de l'action sanitaire.

CHAPITRE IV : ORGANISATION DU SYSTEME DE SANTE

ARTICLE 9 : Le système de santé est structuré en trois niveaux : central, régional et subrégional.

ARTICLE 10 : L'**administration centrale** est composée du cabinet, du secrétariat général et des services centraux.

ARTICLE 11 : L'administration centrale et chargée d'élaborer les éléments de la politique nationale en matière de santé et d'en assurer la l'exécution, elle assure la coordination et le contrôle des services techniques régionaux et subrégionaux, des services rattachés, des organismes personnalisés placés sous tutelle du Ministre chargé de la santé et apporte un appui stratégique à l'ensemble des services de santé.

ARTICLE 12 : **les services techniques de région** sont chargés d'appuyer et de contrôler ceux des cercles.

ARTICLE 13 : **Les services techniques de cercles** élaborent les plans de développement sanitaire de cercle (PDSC), planifient les actions, organisent la mise en œuvre, impulsent les ressources humaines et contrôlent les résultats des actions exécutées.

ARTICLE 14 : **Les collectivités locales** participent à l'administration de la santé dans des conditions définies par le code des collectivités territoriales .Ainsi, le Conseil Communal ,le Conseil de Cercle et l'Assemblée Régionale délibèrent sur la politique de création et de gestion des dispensaires, des maternités et des centres de santé communautaire, et des hôpitaux régionaux ; ils délibèrent également sur les mesures d'hygiène publique, d'assainissement et de solidarité en direction des populations vulnérables. Les modalités de transfert de compétences seront fixées par voie réglementaire.

ARTICLE 15 : Les ordres professionnels du secteur de la santé concourent à l'exécution de la politique nationale de santé dans les conditions fixées par la loi.

ARTICLE 16 : Les populations bénéficiaires organisées en association ou en mutuelles, les fondations et les congrégations religieuses participent également à la conception et /ou à la mise en œuvre de la politique nationale de santé à travers les établissements de santé qu'elles sont admises à créer et à faire fonctionner.

CHAPITRE V : ETABLISSEMENTS DE SANTE

ARTICLE 17 : Les établissements de santé assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes en tenant compte de la situation psychologique du patient :

- Ils assurent également la dispensation des médicaments.
- Ils participent à des actions de santé publique notamment les actions médico-sociales coordonnées, les actions de prévention et d'éducation pour la santé

ARTICLE 18 : Les Établissements de santé comprennent :

- Les établissements publics hospitaliers ;
- Les centres de santé de référence ;
- Les établissements de santé privés.

ARTICLE 19 : Les établissements publics hospitaliers sont dotés de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière. Leur objectif principal n'est ni industriel ni commercial.

ARTICLE 20 : La loi hospitalière fixe les principes fondamentaux de la création, de l'organisation et du fonctionnement des établissements publics hospitaliers.

ARTICLE 21 : Les établissements de santé privés sont créés et gérés dans les conditions prévues par la loi

Ils comprennent ceux qui poursuivent un but lucratif et ceux à but non lucratif.

ARTICLE 22 : Les établissements de santé privés à but lucratif sont créés et gérés sous forme d'entreprises individuelles ou de groupements

ARTICLE 23 : Les établissements de santé privés à but non lucratif sont créés et gérés notamment par des associations, des fondations ou des congrégations religieuses.

ARTICLE 24 : Les établissements de santé privés créés par des associations de santé communautaires sont dénommés « Centres de Santé Communautaires ». Les conditions de création et les principes fondamentaux du fonctionnement des centres de santé communautaires sont fixés par décret pris en Conseil des Ministres

ARTICLE 25 : Les centres de santé de référence sont les centres de santé des chefs lieux de district sanitaire assurant les fonctions de première référence technique et de santé publique telles que définies dans la politique sectorielle de santé.

CHAPITRE VI : PLANIFICATION SANITAIRE

ARTICLE 26 : L'un des fondements de la politique nationale de santé et de population est de faire évoluer l'organisation du système de santé d'une conception administrative vers une conception plus fonctionnelle et participative.

ARTICLE 27 : La planification du système de santé se fait à travers le plan décennal de Développement sanitaire et Social (PDDSS) dont la tranche quinquennale constitue le Programme de Développement sanitaire et Social (PRODESS)

ARTICLE 28 : L'extension de la couverture sanitaire est un objectif essentiel du PDDSS et du PRODESS. A cet effet, il est institué une carte sanitaire qui repose sur le découpage du territoire national en district sanitaires et en aires de santé.

ARTICLE 29 : La vocation de la carte sanitaire est de prévoir et de susciter les évolutions de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé.

La carte sanitaire détermine les limites des secteurs sanitaires constitués d'aires de santé. Elle détermine également la nature et l'importance des installations, des équipements et de l'activité soumis à la planification. Les aires de santé doivent tenir compte, dans la mesure du possible du découpage communal. Toutes fois, dans les cas où une aire couvre les localités de deux (2) ou plusieurs communes, elle sera gérée selon les principes de l'intercommunalité telle que prévue dans le code des collectivités territoriales

ARTICLE 30 : La carte sanitaire est adoptée par décret pris en conseil des Ministres. Elle est révisée tous les cinq (5) ans.

ARTICLE 31 : Les districts sanitaires ont les mêmes limites territoriales que les cercles. Cependant, la spécificité géographique de certains cercles peut conduire à leur subdivision en deux ou trois districts sanitaires. A Bamako, les districts sanitaires correspondent aux communes.

CHAPITRE VII : POLITIQUE PHARMACEUTIQUE

ARTICLE 32 : La politique pharmaceutique est partie intégrante de la politique sanitaire. Elle a pour objectif de rendre accessibles, géographiquement, physiquement et financièrement à la population, des médicaments essentiels de qualité y compris ceux de la pharmacopée traditionnelle et les produits sanguins sécurisés.

ARTICLE 33 : La prescription de médicaments essentiels présentés sous leur dénomination commune internationale constitue l'option fondamentale de la politique nationale de santé. Elle s'impose en conséquence à tout établissement de santé public ou participant au service public de santé et est fortement recommandée à tous les établissements de santé.

ARTICLE 34 : La liste officielle des médicaments essentiels est arrêtée par le Ministère Chargé de la santé sur proposition des organes techniques et scientifiques appropriés. Tout médecin travaillant dans un établissement de santé peut demander à tout moment sa modification, afin d'y intégrer des produits nouveaux jugés indispensables.

ARTICLE 35 : La conformité des produits pharmaceutiques aux normes scientifiques du moment est garantie par les contrôles de qualité.

CHAPITRE VIII : L'INFORMATION, L'EDUCATION ET LA COMMUNICATION

ARTICLE 36 : Le droit à la santé passe par l'information de tous les citoyens quant aux mécanismes de prévention et de transmission des maladies les plus courantes.

ARTICLE 37 : L'État doit utiliser l'ensemble des moyens techniques disponibles pour permettre à chaque citoyen de recevoir de façon régulière les informations nécessaires pour la protection de son état de santé.

ARTICLE 38 : Un programme de santé scolaire est élaboré d'un commun accord entre le ministère chargé de la santé et le Ministère chargé de l'éducation nationale. Il doit faire l'objet d'une réactualisation au moins une fois tous les 5 ans. Il doit permettre à tout enfant au terme d'une scolarité normale de disposer du niveau minimum de connaissance lui permettant d'adopter des conduites appropriées dans sa vie personnelle, au sein de sa famille et vis à vis de son entourage.

CHAPITRE IX : SYSTEME DE REFERENCE –FORMATION ET RECHERCHE

ARTICLE 39 : Les établissements publics hospitaliers constituent des structures de référence secondaires et tertiaires pour les échelons périphériques de soins. Une complémentarité doit être développée entre eux.

ARTICLE 40 : La formation professionnelle des personnels de santé et la recherche constituent deux aspects de la politique nationale de santé.

ARTICLE 41 : Tous les établissements de santé doivent participer à la formation professionnelle des personnels de santé et à la réalisation des programmes de recherche

CHAPITRE X : FINANCEMENT

ARTICLE 42 : Le financement du système de santé est assuré par l'État, les collectivités locales, les populations bénéficiaires, d'autres personnes physiques et morales privées et les partenaires au développement.

ARTICLE 43 : Le financement public est assuré conformément à la législation en vigueur. Les établissements publics hospitaliers bénéficient d'un régime financier et comptable particulier

ARTICLE 44 : La participation des populations au financement de la santé consiste en :

- ♦ Une participation physique et/ou financière à travers leurs contributions aux constructions et à la maintenance des centres de santé communautaires, à l'aménagement, à l'équipement et à l'entretien des points d'eau ;
- ♦ Une participation financière à travers l'institution d'un système de recouvrement des coûts ;
- ♦ Un financement alternatif sous forme de prépaiement direct ou de tiers paiement : cotisations, mutuelles, assurance maladie obligatoire ou volontaire, fonds d'assistance médicale.

ARTICLE 45 : Les ressources générées par le système recouvrement des coûts institué au profit des centres de santé communautaires, des centres de santé de première référence et des établissements publics hospitaliers sont exonérées de tous impôts et taxes.

ARTICLE 46 : Les coûts de participation des populations au financement du système de santé ne doivent pas entraver l'accès de celles-ci aux soins. Ils ne doivent pas non plus compromettre le développement des services de santé de base

ARTICLE 45 : Les ressources générées par le système recouvrement des coûts institué au profit des centres de santé communautaires, des centres de santé de première référence et des établissements publics hospitaliers sont exonérées de tous impôts et taxes.

ARTICLE 46 : Les coûts de participation des populations au financement du système de santé ne doivent pas entraver l'accès de celles-ci aux soins. Ils ne doivent pas non plus compromettre le développement des services de santé de base

CHAPITRE XI : EVALUATION

ARTICLE 47 : L'évaluation du système de santé est assurée par les organismes compétents.

CHAPITRE XII : DISPOSITIONS FINALES

ARTICLE 48 : Les options fondamentales, les objectifs et les stratégies du PDDSS et du PRODESS constituent les éléments d'application de la présente loi.

ARTICLE 49 : La présente loi abroge toutes dispositions antérieures contraires.

Bamako, le 22 Juillet 2002

Le Président de la République,

Amadou Toumani TOURE

ANNEXE 3

Décret n° 05-299 /P-RM du 28 juin 2005

Fixant les conditions de création et principes fondamentaux de fonctionnement des centres de santé communautaires (CSCOM)

CHAPITRE I : Des conditions de création des centres de santé communautaires.

ARTICLE 1^{er}: Le présent décret fixe les conditions de création et les principes fondamentaux de fonctionnement des centres de santé communautaires.

ARTICLE 2: Le centre de santé communautaire (CSCOM) est une formation sanitaire de premier niveau créée sur la base de l'engagement d'une population définie et organisée au sein d'une association de santé communautaire. Il a vocation d'assurer le service public de santé au niveau de l'aire de santé pour répondre de façon efficace et efficiente aux problèmes de santé de cette population et la fourniture du paquet minimum d'activités (PMA). A cet effet, il est chargé :

- De fournir des prestations curatives telles que les soins courants aux malades, le dépistage et le traitement des endémies locales, les explorations par-cliniques courantes ;
- D'assurer la disponibilité des médicaments essentiels en DCI ;
- De développer des activités de soins préventifs (santé maternelle infantile, planning familial, vaccination, éducation pour la santé)
- D'initier et développer des activités promotionnelles (hygiène assainissement développement communautaire, information, éducation et communication)

ARTICLE 3: Il ne peut être créé qu'un seul centre de santé Communautaire, par aire de santé conformément à la carte sanitaire.

ARTICLE 4: Seules les associations déclarées ayant pour objet le développement de la santé communautaire, dénommées « associations de Santé Communautaire » peuvent créer et faire fonctionner des centres de santé communautaire (CSCOM).

ARTICLE 5: Pour être habilité à créer et faire fonctionner un centre de santé communautaire l'Association de Santé Communautaire (ASACO) doit remplir les conditions ci-après :

- Se conformer à la carte sanitaire du cercle ou de la commune du district de Bamako ;

- Etre organisée en association de santé Communautaire déclarée disposant d'un récépissé ;
- Compter un nombre d'adhérents égal à au moins 10% de la population de l'aire de santé ;
- Etre propriétaire ou affectaire, d'un site pouvant abriter le centre de santé communautaire ou le cas échéant, disposer d'un local pouvant y servir.

ARTICLE 6: L'association de Santé communautaire désirant créer un centre de santé communautaire adresse une demande au maire de la commune du lieu d'implantation du centre sous le couvert du médecin chef de cercle ou de la commune du district de Bamako territorialement compétent.

ARTICLE 7 Le dossier de demande de création comprend :

- Une demande timbrée à 100F
- La copie du récépissé de déclaration de la création de l'association de santé communautaire ;
- Trois (3) copies des statuts et du règlement intérieur de l'association de santé communautaire ;
- Une lettre de présentation de projet comportant une étude sommaire de faisabilité qui décrit les activités à réaliser, les installations techniques et équipements existant ou prévus ;
- Un plan de financement du centre de santé communautaire.

ARTICLE 8 : L'autorisation de créer le centre de santé communautaire est accordée par le maire de la commune, après avis favorable du médecin chef du cercle ou de la commune du district de Bamako du lieu d'implantation.

Toutefois, lorsque l'aire de santé que doit couvrir le centre de santé communautaire s'étend sur plusieurs communes la délivrance de l'autorisation est conditionnée à la signature d'une convention de coopération sanitaire inter communale conclue par les communes concernées sur autorisation de leurs organes délibérants respectifs.

ARTICLE 9 : la convention de coopération sanitaire porte sur :

- La détermination du lieu d'implantation du Centre de Santé Communautaire ;
- L'engagement des communes signataires à accomplir ensemble les démarches et formalités en vue de l'obtention du financement de la construction et de l'équipement du Centre de Santé communautaire, la mise en place du fonds de roulement pour la constitution du stock initial de médicaments essentiels.

CHAPITRE II : DES PRINCIPES FONDAMENTAUX DE FONCTIONNEMENT DES CENTRES DE SANTE COMMUNAUTAIRES.

ARTICLE 10 : Conformément aux dispositions du décret N°:02-314/P-RM du juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'état aux collectivités locales des niveaux commune et cercle en matière de santé, l'association de santé Communautaire signe une convention d'assistance mutuelle avec le maire de la commune du lieu d'implantation du Centre de Santé Communautaire.

ARTICLE 11 : La convention définit les engagements réciproques de la commune et de l'Association de santé communautaire, notamment :

- ♦ Les possibilités d'allocation de subventions pour le financement des activités de santé ;
- ♦ La contribution de la commune à la prise en charge de certains agents du Centre de Santé Communautaire ;
- ♦ La dotation en médicaments essentiels en DCI, en équipement et moyens logistiques (matériels roulant) ;
- ♦ Le financement des travaux de construction du Centre de Santé Communautaire ;
- ♦ Le suivi et le contrôle de la gestion du Centre de Santé Communautaire ;
- ♦ Le concours de l'association de Santé Communautaire dans la mise en œuvre du plan communal de santé la lutte contre la vente illicite des médicaments, la lutte contre les catastrophes et les épidémies.
- ♦ La convention précise également les obligations de collaboration du centre de santé communautaire avec le centre santé de Référence du cercle ou de la commune.

ARTICLE 12 : Les organes d'administration et de gestion des Centres de Santé Communautaires sont :

- ♦ Le conseil d'administration ;
- ♦ Le comité de gestion ;
- ♦ La direction technique.

ARTICLE 13 : Le conseil d'administration a pour mission de veiller au bon fonctionnement du Centre de Santé Communautaire. A ce titre il est chargé :

- ♦ D'examiner et d'adopter les budgets programmes annuels d'activités du centre de Santé Communautaire ;
- ♦ De définir les mécanismes locaux de contributions des populations à la réalisation de ces programmes ;
- ♦ D'assurer le suivi et le contrôle de l'exécution des programmes ;
- ♦ De recruter sur la base de contrats, le personnel nécessaires au fonctionnement du Centre de Santé communautaire ;
- ♦ De rendre compte à l'assemblée générale de l'association de l'état de fonctionnement du Centre de Santé Communautaire.

ARTICLE 14 : Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une par semestre et en session extraordinaire chaque fois que de besoin.

ARTICLE 15 : Le conseil d'administration, élu par l'assemblée générale de l'association pour une durée de trois (3) ans renouvelable, comprend :

- ♦ Un Président
- ♦ Un vice-président
- ♦ Un secrétaire administratif
- ♦ Un trésorier général
- ♦ Un trésorier général adjoint
- ♦ Deux secrétaires à l'organisation
- ♦ Deux commissaires aux comptes
- ♦ Deux commissaires aux conflits

Sont membres de droit avec voix consultative :

- ♦ Le préfet du cercle ou ses représentants,
- ♦ Le chef de quartier ou du village abritant le centre
- ♦ Le maire de la commune ou son représentant ;
- ♦ Le chef du centre de santé communautaire
- ♦ Le Médecin-chef du cercle ou de la commune

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne en raison de sa compétence.

ARTICLE 14 : Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire une par semestre et en session extraordinaire chaque fois que de besoin.

ARTICLE 15 : Le conseil d'administration, élu par l'assemblée générale de l'association pour une durée de trois (3) ans renouvelable, comprend :

- ♦ Un Président
- ♦ Un vice-président
- ♦ Un secrétaire administratif
- ♦ Un trésorier général
- ♦ Un trésorier général adjoint
- ♦ Deux secrétaires à l'organisation
- ♦ Deux commissaires aux comptes
- ♦ Deux commissaires aux conflits

Sont membres de droit avec voix consultative :

- ♦ le préfet du cercle ou ses représentants,
- ♦ le chef de quartier ou du village abritant le centre
- ♦ Le maire de la commune ou son représentant ;
- ♦ Le chef du centre de santé communautaire
- ♦ Le Médecin-chef du cercle ou de la commune

Le conseil d'administration peut faire appel à toute personne en raison de sa compétence.

ARTICLE 16: Le comité de gestion veille à la bonne exécution des décisions du conseil d'administration. Il est chargé :

- ♦ Du suivi de la gestion du centre de santé Communautaire ;
- ♦ D'approuver le budget de fonctionnement mensuel du centre proposé par le chef du Centre de santé Communautaire ;
- ♦ D'effectuer les dépenses obligatoires pour la bonne marche du centre ;
- ♦ Justifier auprès du conseil d'administration les dépenses effectuées ;
- ♦ De statuer sur les sanctions disciplinaires du premier degré pour le personnel.

Il se réunit une fois par mois en session ordinaire et en session extraordinaire tant que de besoins

ARTICLE 17 : Elu par le conseil d'administration parmi les membres avec voix délibérative, le comité de gestion comprend :

- ♦ un président
- ♦ un vice-président
- ♦ un trésorière
- ♦ un commissaire au compte
- ♦ le chef du centre de Santé Communautaire

ARTICLE 18 : La direction technique du centre de Santé Communautaire est assurée par un professionnel de la Santé ayant au moins le niveau de technicien de Santé. Il veille au bon fonctionnement du centre. Il a sous sa responsabilité le personnel du centre. Il tient les statistiques sur les activités techniques de l'aire de santé.

ARTICLE 19 : Le maire de la commune du lieu d'implantation décide de la fermeture du centre de Santé communautaire après consultation et avis technique du médecin chef du cercle ou de la commune du district de Bamako abritant le centre.

Toutefois, lorsque l'aire de Santé que doit couvrir le centre de Santé Communautaire s'étend sur plusieurs communes, la fermeture du centre de Santé Communautaire ne peut être décidée que par délibérations conformes des conseils communaux concernés.

ARTICLE 20 : La proposition de fermeture est présentée par le maire de la commune du lieu d'implantation du centre de santé communautaire ou d'un quelconque des maires des communes de l'aire de santé. Dans ce cas, le premier conseil communal saisi communique, dans un délai d'un mois, la proposition aux autres conseils communaux concernés qui doivent faire connaître leur décision dans un délai de trois mois au plus

ARTICLE 21 : la fermeture d'un centre de santé communautaire ne peut être décidée que si les conditions d'exploitation appréciées par rapport à l'état des infrastructures, la qualité des équipements ou le niveau de qualification du personnel ne sont plus de nature à garantir la qualité des soins.

La décision de fermeture ne peut être prise qu'après consultation du médecin-chef territorialement compétent et du préfet et après une mise en demeure écrite de l'association de santé communautaire restée sans suite pendant plus de trois mois.

ARTICLE 22 : en cas de dissolution de l'association de santé communautaire, mission de service public du centre de santé communautaire doit être préservée par l'autorité assurant la tutelle technique de l'aire de santé.

ARTICLE 23 : le ministre de la santé et le ministre de l'administration territoriale et des collectivités locales sont chargés, chacun en ce qui concerne, de l'exécution du présent décret qui abroge toutes dispositions antérieures et sera enregistré et publié au journal

Bamako, le 28 juin 2005

Le Président de la république,
Amadou Toumani TOURE



APIA

APOYO A LAS
POLÍTICAS PÚBLICAS
INCLUSIVAS EN
ÁFRICA SUBSAHARIANA



FIIAPP
COOPERACIÓN ESPAÑOLA

