



CRDI  IDRC  
Canada 

# **DÉCENTRALISATION, ACTEURS LOCAUX ET SERVICES SOCIAUX EN AFRIQUE**

**L'impact de la décentralisation  
sur les services de la santé et d'éducation  
en Afrique de l'Ouest et du Centre**

**Programme de Développement Municipal  
Afrique de l'Ouest et du Centre**

**ARCHIV  
119006**

**DÉCENTRALISATION,  
ACTEURS LOCAUX ET  
SERVICES SOCIAUX  
EN AFRIQUE**

**L'impact de la décentralisation  
sur les services de santé et d'éducation  
en Afrique de l'Ouest et du Centre**

ARCHIV  
362.008.042(6)  
FSI

## ***Table des matières***

Liste des tableaux .....	iv
--------------------------	----

Liste des abréviations.....	v
-----------------------------	---

Avant-propos .....	vii
--------------------	-----

Remerciements .....	ix
---------------------	----

Chapitre 1 Les services sociaux dans le contexte de la décentralisation .....	1
--	---

Un aperçu institutionnel de la décentralisation .....	2
<i>Le Burkina Faso</i> .....	2
<i>Le Cameroun</i> .....	5
<i>La Côte d'Ivoire</i> .....	6
Politiques publiques et services sociaux en Afrique .....	10
<i>Les politiques publiques en matière de santé</i> .....	10
<i>Les politiques publiques en matière d'éducation</i> .....	13
Comprendre et évaluer la décentralisation .....	15
<i>Une vision d'ensemble sur la décentralisation</i> .....	16
<i>Évaluer les politiques publiques décentralisées</i> .....	18
<i>Évaluer la décentralisation des services sociaux à travers le jeu des     acteurs</i> .....	20

Chapitre 2 L'État : quelle influence dans le processus ? .....	27
--	----

L'État camerounais et le secteur de l'éducation .....	28
<i>La gestion centrale de l'éducation</i> .....	28
<i>Désengagement et insuffisance de programmation</i> .....	30
L'État camerounais et le secteur de la santé .....	32
<i>Bref aperçu sur la politique de l'État</i> .....	32
<i>Décentralisation et recherche d'efficacité</i> .....	34
Conclusions partielles sur le Cameroun .....	36

### **Chapitre 3 Les bailleurs de fonds - Quelle influence dans le processus ? ..... 39**

L'appui des bailleurs au Burkina Faso .....	39
<i>Les appuis multilatéraux.....</i>	39
<i>La coopération bilatérale .....</i>	40
L'action des bailleurs au Cameroun .....	43
<i>Les appuis multilatéraux.....</i>	43
<i>Les coopérations bilatérales.....</i>	46
L'action des bailleurs en Côte d'Ivoire .....	47
<i>Des appuis importants .....</i>	48
<i>Évaluation de l'action des bailleurs.....</i>	49
Conclusions partielles sur le rôle des bailleurs .....	50
<i>Un appui centré sur le processus.....</i>	51
<i>Une action essentielle à mieux intégrer.....</i>	52

### **Chapitre 4 Les municipalités, acteurs formels pour quelle réalité ? ..... 53**

Les municipalités et les services sociaux au Burkina Faso .....	54
<i>Les dépenses communales de santé et d'éducation.....</i>	54
<i>Les actions des municipalités en matière de santé et d'éducation.....</i>	55
Les municipalités et les services sociaux au Cameroun.....	59
<i>Un début d'application.....</i>	60
<i>Des effets marginaux .....</i>	60
Les municipalités et les services sociaux en Côte d'Ivoire.....	62
<i>Évaluation de l'action des communes en Côte d'Ivoire.....</i>	63
<i>Évaluation des politiques locales par les populations .....</i>	68
Conclusions partielles .....	72
<i>Étapes et cycles de transfert des charges et ressources .....</i>	72
<i>Modèle général suivi et ses logiques .....</i>	73
<i>Modèle spécifique de décentralibilité dans la sous-région .....</i>	74
<i>Quelques distorsions entre la réalité et le modèle .....</i>	75

### **Chapitre 5 L'implication accrue des acteurs non gouvernementaux – Pour quelle efficacité ? ..... 77**

Les ANG et le secteur de la santé .....	78
<i>Les opérateurs privés et le secteur de la santé .....</i>	78

<i>Les confessions religieuses et le secteur de la santé</i> .....	79
<i>Les ONG et le secteur de la santé</i> .....	80
<b>Les ANG et le secteur de l'éducation</b> .....	<b>83</b>
<i>Le secteur privé laïc et confessionnel et le secteur de l'éducation</i> .....	84
<i>Les Associations de Parents d'Élèves (APE)</i> .....	86
<i>Les ONG et le secteur de l'éducation</i> .....	89
<b>Conclusions partielles</b> .....	<b>91</b>
<i>Des retombées jugées négatives</i> .....	91
<i>La contribution des ANG : un rôle d'appoint</i> .....	91
 <b>Chapitre 6 Peut-on mieux intégrer les leaders coutumiers ? .....</b>	 <b>95</b>
<b>La chefferie traditionnelle dans la sous-région</b> .....	<b>97</b>
<i>La situation de la chefferie traditionnelle au Burkina Faso</i> .....	98
<i>La situation de la chefferie traditionnelle au Cameroun</i> .....	100
<i>La situation de la chefferie traditionnelle en Côte d'Ivoire</i> .....	103
<b>La chefferie traditionnelle et les services sociaux</b> .....	<b>105</b>
<i>Les interventions de la chefferie traditionnelle au Burkina Faso</i> .....	105
<i>Les interventions de la chefferie traditionnelle au Cameroun</i> .....	107
<i>Les interventions de la chefferie traditionnelle en Côte d'Ivoire</i> .....	111
<b>Conclusions partielles</b> .....	<b>114</b>
<i>Le rôle pouvoir traditionnel en question</i> .....	114
<i>La contribution des pouvoirs traditionnels</i> .....	115
 <b>Chapitre 7 Conclusions et recommandations .....</b>	 <b>119</b>
<b>Sur le rôle des municipalités</b> .....	<b>119</b>
<b>Sur le rôle des acteurs non gouvernementaux</b> .....	<b>122</b>
<b>Sur le rôle des pouvoirs non institutionnalisés</b> .....	<b>123</b>
 <b>Bibliographie .....</b>	 <b>127</b>

## ***Liste des tableaux***

Tableau 1 - Organisation administrative et décentralisation au Burkina Faso (1999).....	4
Tableau 2 - Organisation administrative et décentralisation au Cameroun (1999) .....	7
Tableau 3 - Organisation administrative et décentralisation en Côte d'Ivoire (1999) .....	9
Tableau 4 - « Décentrabilité » des différents services publics .....	18
Tableau 5 - Effectif des élèves, enseignants et des établissements scolaires au Cameroun en 1996-1997 .....	30
Tableau 6 - Les niveaux du système de santé au Cameroun .....	33
Tableau 7 - Nombre de structures sanitaires au Cameroun .....	35
Tableau 8 - Appuis de Loudun à Ouagadougou dans le domaine de la santé de 1988 à 1998 (en F CFA).....	42
Tableau 9 - Rapports entre les budgets prévisionnels de santé et d'éducation et budget communal (en %) .....	55
Tableau 10 - Interventions des municipalités dans le développement de la santé.....	56
Tableau 11 - Interventions des municipalités dans le développement de l'éducation .....	57
Tableau 12 - Ressources financières pour l'investissement communales en Côte d'Ivoire (1994, 1996 et 1998) .....	66

## ***Liste des abréviations***

AFD : Agence Française de Développement  
ANG : Acteurs Non Gouvernementaux  
APE : Associations des Parents d'Elèves  
BAD : Banque africaine de Développement  
BID : Banque Islamique de Développement  
CHR : Le Centre Hospitalier régional  
CHU : Centre Hospitalier et Universitaire  
CM : Centre Médical  
CMA : Centre médical avec antenne chirurgicale  
COGE : Comité de gestion  
CRDI : Centre de Recherche sur le Développement International  
CSPS : Centre de Santé et de Promotion Sociale  
DSA : dimension sociale de l'ajustement  
DSCN : Direction de la Statistique et de la Comptabilité Nationale  
EFA : Ecole Familiales Agricoles  
ENSP : Ecole Nationale Supérieure Polytechnique de Yaoundé  
FED : Fonds Européen de Développement  
FAC : Fonds d'Aide et de Coopération  
FAO : Fonds des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture  
FEICOM : Fonds Spécial d'Intervention et d'Equipeement Intercommunal  
FMI : Fonds Monétaire International  
FNUAP : Fonds des Nations Unies pour la population  
FOURMI : Fonds aux Organisations Urbaines et aux Micro Initiatives  
FSPS : Fonds National de solidarité pour la santé  
GRET : Groupe de Recherche et d'Echanges Technologiques  
IECD : Institut Européen pour la Coopération et le Développement  
OCEAC : Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ONG : Organisations Non Gouvernementales

PACOM : Programme d'assistance aux communes

PAS : programme d'ajustement structurel

PDM : Programme de Développement Municipal

PEV : Programmes Elargis de Vaccination

PNDS : Projet National de Développement Sanitaire

PNUD : Programme des Nations Unies pour le Développement

PPDR : Projet Pôle de Développement Rural

PSFN : Projet Santé, Fécondité et Nutrition

SSSE : Services sociaux de santé et d'éducation

SSP : soins de santé primaires

UE : Union Européenne

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

## **Avant-propos**

Le présent document est le résultat d'une collaboration entre le Programme de Développement Municipal (PDM) et le Centre de recherches pour le développement international (CRDI).

La collaboration entre les deux institutions est née du constat que partout en Afrique, l'élaboration et la mise en œuvre des politiques sociales résultant des changements apportés aux rôles de l'État, des collectivités locales et de la société civile créent des répercussions qui nécessitent un examen tant a priori qu'a posteriori. L'un des objectifs d'un tel examen, outre une meilleure compréhension du processus de décentralisation lui-même, doit être de suggérer des recommandations sur les options possibles pour améliorer l'efficacité des prestations publiques en termes de modalités d'accès et d'adéquation des offres de services.

Fort donc de ce constat, le PDM, avec l'appui du CRDI, a organisé en juillet 1996 à Cotonou un séminaire rassemblant une soixantaine de chercheurs, décideurs, et acteurs de terrain en vue de développer un volet recherche au sein des activités du PDM et recueillir des propositions des chercheurs. Sur cette base, le PDM a organisé en son sein un programme visant à promouvoir et soutenir les activités de recherche appliquée sur les enjeux de la décentralisation et du développement local, en relation avec les universités et les institutions de recherche. Il a ensuite développé avec le soutien du CRDI les termes de références d'un projet de recherche et identifié les équipes chargées de le mener.

Le PDM a ensuite bénéficié d'une importante subvention financière du CRDI pour piloter une recherche dont l'objectif est d'analyser le processus de décentralisation dans trois pays de l'Afrique de l'Ouest et du Centre (Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire) et son incidence sur les dispositions institutionnelles visant à satisfaire les besoins des populations et notamment les couches sociales les plus démunies, en services sociaux et de préférence sur les services de santé et d'éducation.

Le projet a été réalisé pour l'essentiel entre 1998 et 1999 et a associé dans les trois pays concernés les équipes suivantes :

- le Centre pour la Démocratie et les droits de la personne, Abidjan - Côte d'Ivoire.
- l'École Nationale Supérieure Polytechnique de l'Université de Yaoundé – Cameroun ;

- le Groupe de Recherche sur les initiatives locales de l'Université d'Ouagadougou - Burkina Faso ;

Ce document puise largement dans le rapport de cette recherche et en présente les principaux résultats. Il est donc le fruit d'un travail de groupe. Il ne constitue pas à proprement parler le rapport officiel de la recherche, celui-ci ayant fait l'objet d'une publication distincte. Les lecteurs qui voudraient en savoir davantage sur la méthodologie et les aspects techniques de la recherche pourront consulter le rapport final ainsi que les différents rapports sectoriels produits travaux.

Quoique s'inspirant pour l'essentiel du rapport de recherche, le présent document a cependant fait l'objet d'une importante réécriture afin de le rendre disponible à un plus vaste auditoire. Des notes bibliographiques ont été ajoutées et les questions entourant la décentralisation et ses effets sur le terrain y sont davantage développées.

Bien entendu, les interprétations ne découlant pas directement des résultats de la recherche n'engagent que les auteurs de cette synthèse et non les organismes auxquels ils sont rattachés. Les chercheurs des trois équipes-terrain ne sauraient non plus être tenus responsables des interprétations données aux résultats de leurs travaux.

Les rédacteurs :

Martin Finken, PDM, Cotonou

Daniel Latombe, INRS Métabolisme, Montréal

## **Remerciements**

Le présent document résulte d'un projet de recherche ayant mis à contribution plusieurs institutions et personnalités. Il part d'une subvention d'un montant de 467.730 \$ CAD que le CRDI a octroyé au PDM en 1998 pour piloter un projet de recherche dont l'objectif est d'analyser le processus de décentralisation dans les trois pays et son incidence sur les dispositions institutionnelles visant à satisfaire les besoins des populations et notamment les couches sociales les plus démunies, en services sociaux et de préférence sur les services de santé et d'éducation.

Le Centre de recherches pour le développement international (CRDI) est une société d'État canadienne créée en 1970 par une loi du Parlement du Canada pour aider les pays en développement à trouver des solutions à long terme aux problèmes économiques, sociaux et environnementaux auxquels ils sont confrontés. Sa mission générale est de lancer, encourager, appuyer et mener des recherches sur les problèmes des régions du monde en voie de développement et sur la mise en oeuvre des connaissances scientifiques, techniques et autres en vue du progrès économique et social de ces régions. C'est dans cette perspective que le CRDI finance les travaux de scientifiques attachés à des universités, des entreprises privées, des gouvernements et des organismes sans but lucratif de pays en développement.

Le Programme de Développement Municipal - Module Afrique de l'Ouest et Centrale (PDM) - est une initiative conjointe des Responsables africains et de la Communauté des Bailleurs de fonds créé en 1991. Basé à Cotonou, en République du Bénin, il a pour principales missions de : promouvoir les échanges et la diffusion des connaissances sur la décentralisation ; soutenir la structuration du mouvement municipal africain ; faciliter la diffusion et les échanges d'expériences sur la gestion municipale et urbaine ; contribuer à une meilleure compréhension des économies locales et à l'amélioration des ressources financières des collectivités locales ; soutenir le développement de la coopération décentralisée entre les collectivités locales de la région et avec celles d'autres régions du monde ; participer au renforcement des capacités des collectivités locales.

Jean-Michel LABATUT, Administrateur principal au CRDI, a suivi le déroulement du projet de recherche pour le compte du CRDI. Il a notamment défini de concert avec Martin Finken les termes de référence du projet et a pris part aux réunions de lancement des activités.

Jean-Pierre ELONG-MBASSI, Coordonnateur du PDM a suivi l'ensemble du processus. Il a permis l'identification des équipes de recherche, dirigé la

réunion de lancement des activités ainsi qu'une réunion de mi-parcours et influencé les orientations d'ensemble.

Martin FINKEN, Conseiller régional chargé de la formation et de la recherche au PDM, a été le chef de projet. Il a défini de concert avec Jean-Michel Labatut du CRDI les termes de référence et procédé à sa rédaction. Il a supervisé et orienté les travaux des chercheurs, présidé des réunions de travaux entre chercheurs, rédigé les rapports de recherche à partir des rapports nationaux.

Les travaux au niveau national ont été menés par trois équipes implantées dans autant d'institutions et dont la composition était la suivante :

### **Côte d'Ivoire**

*Institution* : Centre pour la Démocratie et les droits de la personne d'Abidjan.

*Chercheurs* :

- HOIMAN-AGENOR Alice épouse DEGNI-SEGUI, Enseignant-Chercheur, à l'Université d'Abidjan, Chef de l'équipe.
- DOUKA Anne Marcelle, Enseignant - chercheur de Géographie
- KABRAN Appia : Maître assistant à la faculté de droit d'Abidjan
- KOULIBALY Mamadou : Professeur de Sciences Économiques
- TCHETCHE N'guessan professeur de sciences économiques et directeur du centre ivoirien de recherches et d'études économiques et sociales (CIRES)
- BILE BOUAH Mathieu : Chargé de cours à l'école police, à l'Université d'Abobo-Adjamé et l'École Nationale d'Administration

### **Cameroun**

*Institution* : l'École Nationale Supérieure Polytechnique de l'Université de Yaoundé

*Chercheurs*

- Émile TANAWA, Enseignant - Chercheur, à l'École nationale Supérieure polytechnique, chef d'équipe
- Éveline MANDESSI BELL, Avocat-Conseil à Douala
- Issidor NOUMBA, Économiste, Enseignant - Chercheur à l'Université de Yaoundé 2
- Théophile YIMGAING MOYO, Architecte Urbaniste, Enseignant - Chercheur à l'École Nationale Supérieure Polytechnique
- Athanase BOPDA, Géographe-chercheur de l'Institut National de Cartographie de Yaoundé

### **Burkina Faso**

*Institution* : Groupe de Recherche sur les initiatives locales de l'Université d'Ouagadougou

*Chercheurs*

- OUEDRAOGO Boureima : Sociologue, Maître de Conférence à l'Université de Ouagadougou, Chef de l'équipe
- ILBOUDO Monique : Juriste, Maître Assistant à la Faculté de Droit et de Sciences Politiques, Université de Ouagadougou
- OUEDRAOGO Jean-Bernard : Directeur scientifique du G.R.I.L., Sociologue, Maître de Conférence à l'Université de Ouagadougou
- ILBOUDO Ernest : Économiste, Maître Assistant à la Faculté de Sciences Économiques et de Gestion, Université de Ouagadougou
- ILBOUDO François : Statisticien-démographe, Directeur de la Démographie, Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD), Ouagadougou, Burkina Faso
- DOMBA Ousséni, Sociologue.

Le projet avait également fait appel à des consultants extérieurs. François YATTA de l'Observatoire de l'Économie et des Institutions Locales de l'Université de Paris XII a participé à la réunion de lancement de la recherche à Abidjan. Sa contribution a permis certains éclairages sur l'angle économique du projet. Lat Soucabé MBOW de l'Université de Dakar a été sollicité pour l'amélioration et la mise en œuvre de la méthodologie de la recherche. Il a effectué avec le chef de projet une tournée auprès des trois équipes du 25 septembre au 3 octobre 1998. Daniel LATOUCHE de INRS-Urbanisation de Montréal a apporté des éclairages sur les aspects méthodologiques à l'occasion de la réunion de travail des 26 et 27 juillet 1999.

La rédaction du présent document a été réalisée par Martin FINKEN et Daniel LATOUCHE.



## **Chapitre 1**

### ***Les services sociaux dans le contexte de la décentralisation***

L'urbanisation au pas de course qui caractérise aujourd'hui l'Afrique induit des besoins considérables notamment en matière de fourniture des services sociaux de base tels que l'éducation et la santé, et en commodités urbaines telles l'alimentation en eau potable et l'assainissement. Pour y faire face, des moyens financiers importants ont été mobilisés ces dernières années, tant par les gouvernements africains eux-mêmes que par les bailleurs de fonds. Mais ces efforts ne semblent pas avoir produit des résultats satisfaisants.

Devant l'ampleur du problème, une voie de solutions possibles consiste en la réorganisation et la ré-allocation des compétences et des responsabilités en la matière. En tant que transfert des compétences aux échelons de proximité, la décentralisation apparaît alors dans une dimension avant tout utilitariste qui a été celle avec laquelle la décentralisation a été présentée et comprise jusqu'ici.

Comprise comme un processus politique de redistribution et de relocalisation des pouvoirs au sein de la société, la décentralisation exige pour réussir une mutation des modes de gestion des affaires publiques et du rôle de chaque acteur. Une des premières tâches à conduire pour s'assurer de la réussite du processus de décentralisation est de comprendre et de rendre intelligible le jeu des acteurs afin de mieux en tenir compte dans la future répartition des pouvoirs. Tel est l'objectif de cette publication.

Une étude des attentes et stratégies des différents groupes sociaux envers la décentralisation devrait permettre de mieux définir le cadre d'intervention des pouvoirs publics et de créer les conditions d'un meilleur exercice de la citoyenneté locale. Parallèlement, l'évolution des rapports entre les collectivités locales et ces acteurs qui peuvent être le secteur privé, les ONG, diverses associations de la société civile, les structures traditionnelles sans oublier les bailleurs de fonds gagnerait à être mieux comprise.

Ce premier chapitre débute par une présentation institutionnelle des avancées et des contraintes rencontrées par le processus de décentralisation dans les trois pays qui font l'objet de la recherche ayant inspiré cet ouvrage. Comme on pourra le constater, sur papier tout au moins la décentralisation n'a cessé

de progresser et à multiplier le nombre d'acteurs. Le jeu des acteurs s'en est donc trouvé nécessairement trouvé compliqué.

Suite à cette vision d'ensemble, nous proposons une perspective plus détaillée sur l'état des lieux de la décentralisation mais cette fois en ce qui concerne les politiques de services sociaux dans les pays concernés.

La troisième section de ce premier chapitre présente d'abord quelques considérations d'ordre plus conceptuel sur le processus de décentralisation et sur les différentes tentatives d'en évaluer les retombées. Nous nous arrêtons ensuite à préciser notre propre approche en matière d'évaluation, une évaluation qui privilégie essentiellement les possibilités offertes aux acteurs de s'impliquer activement dans la livraison des services. .

## **Un aperçu institutionnel de la décentralisation**

Qu'en est-il des trois pays choisis pour servir de laboratoire à notre propre évaluation ? Doit-on parler d'un processus de décentralisation demeurée un exercice purement formel ou, au contraire, d'un mouvement que plus rien ne pourra arrêter.

### **Le Burkina Faso**

Situé au cœur de l'Afrique Occidentale entre la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Togo, le Bénin, le Niger et le Mali, le Burkina Faso est un pays sahélien d'une superficie de 274 200 km<sup>2</sup> dont l'enclavement constitue l'un des principaux obstacles à son décollage économique. Son point le plus rapproché de la mer se situe à environ 1000 km de celle-ci.

Sa population atteint 10,3 millions d'habitants et se répartit en quelques 8 228 localités. Elle compte une soixantaine de groupes ethnolinguistiques et vit principalement en milieu rural (85 % des Burkinabè). Elle est à majorité féminine (52 %) et extrêmement jeune (45 % sont âgés de moins de 15 ans).

Cette population se caractérise également par un fort taux annuel d'accroissement démographique (2,4 %) compte tenu d'un fort taux de natalité (4,6 %) et d'un taux de mortalité en baisse (elle est passée de 32 % en 1960 à 15,4 % en 1996).

Le Burkina Faso est classé parmi les « Pays les Moins Avancés » eu égard à la modicité de son PNB, qui était de moins de 400 dollars par tête d'habitant en 1997 (l'un des plus faibles du monde). Le pays tire ses richesses essentiellement du secteur primaire (agriculture, élevage, produits miniers),

qui représente 40 % du PIB, emploie 92 % de la population active et fournit 50 % des recettes d'exportation (coton notamment).

*L'Indicateur de Développement Humain Durable* publié par le PNUD en 1999 classe le pays au rang mondial de 159<sup>e</sup> sur 162 pays. Plus de 45 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté (environ 72 000 FCFA de revenu annuel).

Au Burkina Faso, la décentralisation, perçue aujourd'hui comme une politique nouvelle, remonte aux années d'avant l'indépendance, comme c'est le cas dans bon nombre d'anciennes colonies françaises<sup>1</sup>. Rappelons à cet égard que Bobo Dioulasso et Ouagadougou furent instituées communes mixtes dès 1926 et érigées en communes de plein exercice en 1955.

Le processus actuel de décentralisation est concomitant à celui de démocratisation intervenu au début des années 1990. La constitution de 1991 en prévoit le principe : l'article 143 de la constitution dispose que « le Burkina Faso est organisé en collectivités territoriales ». En outre le Programme d'Ajustement Structurel signé en 1991 avec la Banque Mondiale et le Fonds Monétaire International prévoit, dans ses mesures d'accompagnement, qu'une décentralisation du pays soit engagée. Le principe de l'organisation du Burkina Faso en collectivités territoriales sera concrétisé en 1993 par l'adoption de cinq lois spécifiques portant sur l'organisation territoriale et le régime électoral dans un cadre décentralisé.

Pour accompagner et rationaliser ce processus de décentralisation, l'État s'est doté d'un instrument de réflexion, la Commission Nationale de la Décentralisation (CND), créée en 1993, et chargée principalement de l'élaboration des *Textes d'orientation sur la décentralisation*. La démarche burkinabè de la décentralisation se veut pragmatique, concertée et évolutive.

Au terme des différentes dispositions légales, la commune (il en existe 122, dont 47 urbaines), créée par la loi, dispose d'un conseil municipal élu. La loi requiert certaines conditions pour consacrer l'existence d'une commune : il faut au moins 5 000 habitants et une activité économique suffisante pour générer un budget équilibré à hauteur minimale de 5 000 000 francs FCFA. La commune peut être urbaine ou rurale. Pour accéder au statut de commune urbaine, il faut au moins 10 000 habitants et un budget potentiel d'au moins 15 millions de FCFA. Par soustraction, toutes les communes qui ne sont pas urbaines sont rurales. Vingt-six des 47 communes urbaines abritent les

---

<sup>1</sup> Voir à ce sujet Paul Kiemdé : *Étude de base sur l'état de la décentralisation au Burkina Faso : Les aspects juridiques de la décentralisation*, 1994.

26 villes du Burkina Faso définies selon trois critères principaux : la desserte en eau par l'Office National de l'Eau et de l'Assainissement, la desserte en électricité par la Société Nationale Burkinabè d'Électricité et la taille de la population.

**Tableau 1 - Organisation administrative et décentralisation au Burkina Faso (1999)**

Circonscription administrative	Collectivité locale	Personnalité morale	Autonomie financière	Instance délibérante	Exécutif
45 Provinces <sup>(1)</sup>				Conférence des cadres consultative	Haut-Commissaire nommé par l'État
	45 Provinces <sup>(1)</sup>	oui	oui	Conseil provincial élu	
Départements <sup>(2)</sup>				Conseil départemental consultatif	Préfet nommé par l'État
	47 Communes	oui	oui	Conseil municipal élu	Maire élu par le Conseil municipal
	Arrondissement <sup>(3)</sup>	cf. Commune	cf. Commune	cf. Commune	cf. Commune
Villages <sup>(4)</sup>		non	non		Responsable administratif villageois nommé

Source : Alain Rochegude, *Décentralisation, acteurs locaux et fonciers*, Cotonou, Étude PDM et Coopération française, 2000 (mis à jour par la recherche).

*Remarques :*

1. La province est une circonscription administrative et une collectivité territoriale.
2. Le département regroupe au moins cinq villages et comprend au moins 10 000 habitants.
3. L'arrondissement est une subdivision des communes à statut particulier (Ouagadougou, Bobo-Dioulasso). Il équivaut alors à une commune, la commune principale étant une sorte de super-commune.
4. Le village se définit comme toute agglomération permanente (en 1993, d'au moins 100 habitants ou 20 familles, distante d'au moins 5 km de toute autre agglomération). Son statut reste à préciser.

## **Le Cameroun**

Situé dans le golfe de Guinée, le Cameroun couvre une superficie continentale totale de 466 050 km<sup>2</sup>. La population du pays est passée de 10,5 millions d'habitants en 1987 à 14,5 millions en 1998 soit une augmentation de 27 % en 11 ans. Dans le même temps, le taux d'urbanisation est passé de 38 % à 49 %, indiquant qu'un Camerounais sur deux vit déjà en ville.

Le Cameroun est passé de l'État fédéral proclamé en octobre 1961 avec deux administrations fédérées et une administration fédérale, à l'État unitaire institué par la constitution de 1972. La vie politique camerounaise s'est considérablement transformée à la suite des élections pluralistes qui ont eu lieu en octobre 1992 et en mars 1997. Cette évolution institutionnelle s'est accompagnée d'une évolution de l'organisation administrative. Le territoire national est découpé en 10 provinces, 58 départements, 268 arrondissements et 54 districts placés respectivement sous la responsabilité des gouverneurs, préfets, sous-préfets et chefs de district.

Depuis la crise économique des années 1980, et avec les mesures de réforme économique soutenues par les bailleurs de fonds internationaux entre autres, le processus de décentralisation a semblé s'accélérer. La loi de 1974 jette les bases de la relance de l'institution communale au Cameroun avec la création de deux types de communes : la commune urbaine assise sur un territoire urbain (mais pouvant comporter une couronne rurale) et la commune rurale constituée d'un ensemble de villages en zone rurale. À partir de 1985, il y a une succession d'actes législatifs et réglementaires relatifs au développement municipal au Cameroun : création des communautés urbaines, adoption d'une nouvelle constitution qui consacre la région comme une catégorie de collectivité locale décentralisée, création des communes à régime spécial, mise sur pied du Comité National pour la Bonne Gouvernance.

Le Cameroun compte aujourd'hui 338 communes dont deux communautés urbaines, onze Communes urbaines d'arrondissement, neuf communes urbaines à régime spécial et 316 communes rurales et urbaines « régulières ».

L'histoire de l'institution communale au Cameroun commence dès les premières années de la colonisation<sup>2</sup>. Dès 1909, l'administration coloniale allemande envisage de faire participer les chefferies traditionnelles indigènes à la gestion des communes. Suite au départ des Allemands en 1916, Français

---

<sup>2</sup> Voir Martin Finken, *Communes et gestion municipale au Cameroun*, 1991 ;  
N. Ntunmgwe, *Decentralization and Local Government in Cameroon*, Yaoundé, Friedrich-Ebert Foundation, 1994.

et Anglais acceptent de partager l'ancienne colonie allemande à raison d'un quart du territoire pour la Grande Bretagne et trois quarts pour la France.

À partir de ce moment, l'évolution des institutions divergera dans les deux parties du pays. Les Anglais optent pour le système d'administration indirecte, l'*Indirect Rule*, consistant à gouverner par l'intermédiaire des chefs traditionnels locaux, en se réservant cependant les pouvoirs administratifs dans les domaines stratégiques tels que la sûreté et les finances. De leur côté, les Français optent pour l'Administration directe et dont le but proclamé est l'intégration à terme des pays sous domination à la métropole.

Ces différences de conception aboutiront à une organisation du territoire variant sensiblement d'un côté à l'autre. Formalisation et uniformisation du côté français avec un fractionnement régulier en régions et subdivisions ; pragmatisme et variété du côté britannique en raison de la disparité dans la nature de la chefferie traditionnelle sur laquelle l'administration coloniale s'appuie. Du côté français, l'évolution de l'administration territoriale est similaire à ce que l'on constate dans les autres colonies françaises d'Afrique.

En 1972, on met fin à la forme fédérale de l'État. Le pouvoir s'attelle dès lors à harmoniser l'administration territoriale dans les deux anciens États fédérés. Dans la mesure où le fédéralisme est considéré comme une forme avancée de décentralisation, il faut voir dans cette décision un certain recul pour la décentralisation. Depuis, le pouvoir n'a eu de cesse de tenter d'harmoniser les administrations locales des deux anciens États fédérés conformément à la logique de l'État unitaire. En fait d'harmonisation, le législateur s'appuiera essentiellement sur le système, d'inspiration française, en vigueur dans l'ancien État fédéré du Cameroun Oriental, et le transposera à la partie occidentale. Le tableau suivant résume la situation actuelle.

## **La Côte d'Ivoire**

La Côte d'Ivoire couvre une superficie de 322 463 km<sup>2</sup> et comptait en 1997, 15,7 millions d'habitants. L'une des caractéristiques de la population ivoirienne est son extrême jeunesse : 48 % de la population a moins de 15 ans et l'espérance de vie est de 56 ans. La densité de la population est de 49 habitants au km<sup>2</sup>. Le Sud forestier couvre près de la moitié de la superficie

**Tableau 2 - Organisation administrative et décentralisation au Cameroun (1999)**

Circonscription administrative	Collectivité locale	Personnalité morale	Autonomie financière	Instance délibérante	Exécutif
10 Provinces				non	Gouverneur nommé par décret
58 Départements				non	Préfet nommé par décret
268 Arrondissements				non	Sous-Préfet nommé par décret
Village		non	non		Chef de village
Quartier		non	non		Chef de quartier
Chefferie <sup>(1)</sup>		non	non		Chef traditionnel
Communes					
	2 Communautés urbaines <sup>(2)</sup>	oui	oui	Conseil de communauté	Délégué du Gouvernement
	11 Communes d'arrondissement <sup>(3)</sup>	oui	oui	Conseil municipal	Maire d'arrondissement
	11 Communes urbaines	oui	oui	Conseil municipal	Maire
	9 Communes urbaines à régime spécial	oui	oui	Conseil municipal	Délégué du Gouvernement nommé par décret
	305 Communes rurales	oui	oui	Conseil communal	Maire

Source : Alain Rochegude, *Décentralisation, acteurs locaux et fonciers*, Cotonou, Étude PDM et Coopération française, 2000 (mis à jour par la recherche).

*Remarques :*

1. La chefferie, témoignage contemporain des structures ancestrales, continue de jouer un rôle dans l'organisation et la gestion administrative du territoire. La loi en distingue trois degrés en fonction de leur importance et de l'organisation socioculturelle.
2. La communauté urbaine est une super-commune urbaine, constituée de plusieurs communes urbaines dites communes d'arrondissement. La communauté assure des fonctions de coordination et des fonctions communes à l'ensemble des arrondissements. Ce statut s'applique aujourd'hui à Yaoundé et à Douala.
3. La commune d'arrondissement est l'appellation des communes urbaines constituant une communauté urbaine. Le régime juridique est celui des communes urbaines, exception faite des attributions de caractère collectif confiées à ces dernières par la loi.

totale du pays mais concentre environ 70 % de la population en raison de la localisation des activités administratives et économiques. Les travaux de recherche en Côte d'Ivoire ont donc porté sur les localités situées dans cette zone où, par ailleurs, 54 % de la population vit en zone urbaine<sup>3</sup>.

La croissance démographique en Côte d'Ivoire est très rapide. Avec un taux moyen de croissance de 3,8 %, la population double tous les 20 ans. La forte immigration contribue pour 0,2 % au taux de croissance démographique. La répartition de la population sur le territoire a suivi la dynamique de l'urbanisation depuis l'indépendance du pays. En 1988, le taux d'urbanisation était de 45 %. En 2001, ce pourcentage dépasserait les 55 %. La ville d'Abidjan reste le pôle urbain phare. Sur la période 1998-1996, sa population est passée de 18 % à 21 % de la population totale, et de 40 % à 45 % de la population urbaine.

L'expansion spatiale des villes est certes toujours rapide, mais la densité de population même si elle évolue, demeure faible. De 1988 à 1995, la densité est passée de 34 habitants au km<sup>2</sup> à 44 habitants. La fourniture d'équipements et de services urbains se révèle par conséquent très coûteux.

L'essor économique du pays des années 1970 a plutôt profité aux zones urbaines. Après deux décennies de croissance soutenue, la situation économique s'est fortement dégradée. La phase d'austérité qu'a traversé le pays a eu des conséquences défavorables sur l'évolution du niveau et des conditions de vie des populations. La période de récession 1980-1994 a été à l'origine d'une baisse de 45 % du revenu réel par habitant.

Deux lois de 1980 relatives à l'organisation municipale et au statut de la ville d'Abidjan dessinent l'administration communale ivoirienne. Le pays compte actuellement la « ville » D'Abidjan et 197 communes parmi lesquelles, dix communes spéciales représentant les dix quartiers d'Abidjan.

---

<sup>3</sup> Parmi les travaux les plus récents sur la décentralisation en Côte d'Ivoire, on pourra consulter en particulier ceux publiés par le Centre ivoirien de recherches et d'études juridiques (*La politique de la décentralisation en Côte d'Ivoire*, 1998).

**Tableau 3 - Organisation administrative et décentralisation  
en Côte d'Ivoire (1999)**

Circonscription administrative	Collectivité décentralisée	Personnalité morale	Autonomie financière	Instance délibérante	Exécutif
16 Régions					Préfet de région nommé par décret
50 Préfectures					Préfet nommé par décret
225 Sous-préfectures					Sous-préfet nommé par décret
	196 Communes urbaines	oui	oui	Conseil élu au suffrage universel	Maire élu par le Conseil
	1 Commune rurale <sup>(1)</sup>	oui	oui	Conseil élu au suffrage universel	Maire élu par le Conseil
	Ville d'Abidjan <sup>(2)</sup>	oui	oui	Conseil de Ville composé des maires des 10 communes et de représentants élus	Maire de la Ville élu par le Conseil de ville
	Communauté rurale	oui	oui	Conseil rural dont ¼ nommé par l'État	Président nommé sur proposition du Conseil rural
Village		non	non	Conseil de village	Chef de village nommé par arrêté

Sources : Alain Rochegude, *Décentralisation, acteurs locaux et fonciers*, Cotonou, Étude PDM et Coopération française, 2000 (mis à jour par la recherche).

Remarques :

1. Il pèse toujours une ambiguïté sur l'existence de ces communes rurales.
2. La Ville d'Abidjan est constituée de dix communes urbaines de droit commun. La Ville assure certaines responsabilités de caractère collectif définies par la loi, en particulier la collecte des ordures et des déchets.

En 1985, 98 communes sont créées portant le nombre des communes ivoiriennes à 136 et à 197 en 1997 dont la commune de Maféré pour faire l'expérience d'une communauté villageoise.

## **Politiques publiques et services sociaux en Afrique**

En Afrique comme ailleurs dans le monde, l'éducation et la santé sont considérées comme des secteurs clés de l'évolution des pays en raison de l'importance de leurs impacts dans le processus de développement économique et social. Conscients de l'importance et des enjeux, tous les gouvernements manifestent leur engagement à mettre sur pied des politiques sociales relatives à ces deux secteurs. Une attention toute particulière a donc été accordée aux modalités que pourraient prendre la décentralisation dans ces deux secteurs.

Les résultats ont-ils été à la hauteur ? En ce qui concerne les réformes purement institutionnelles, cela ne fait aucun doute. Dans les trois pays étudiés ici, on ne compte plus les efforts pour ajuster les structures de l'État au nouvel environnement décentralisé.

### **Les politiques publiques en matière de santé**

Au lendemain des indépendances, le premier souci des gouvernants dans le domaine de la santé a été de maintenir la qualité des soins avec un accent sur la formation de personnel qualifié. La politique sanitaire vise alors la construction de dispensaires et de centres de santé élémentaires en zones rurales et urbaines et la formation d'équipes pour l'hygiène et l'assainissement, le traitement des pathologies courantes. En parallèle, on faisait de la gratuité des soins un élément fondamental de la politique sanitaire de l'État. Les services de santé sont essentiellement fournis par l'État central.

Par la suite, les pays africains, à l'instar de tous les pays en développement, adoptèrent la stratégie des soins de santé primaire pour faire accéder leur population à la santé pour tous à l'orée de l'an 2000. Avec l'appui de partenaires, les pays ont déployé, au cours de la période 1983-1990, de grands efforts dans les domaines de l'extension de la couverture sanitaire, de la déconcentration des services de santé et de l'information à la population.

Plusieurs pays africains s'engagent alors dans de vastes programmes de réforme de leur système sanitaire avec pour objectif d'assurer des soins de meilleure qualité à un plus grand nombre de citoyens. Partout, on cherche à renforcer la décentralisation avec l'opérationnalisation progressive des districts sanitaires et la création de Directions Régionales comme niveau intermédiaire devant assurer un appui technique efficace aux districts sanitaires. On remarquera qu'on a cherché à renforcer le palier intermédiaire et non le palier local.

Malgré ces efforts et réorganisations, la situation sanitaire reste préoccupante partout dans la sous-région. Au Burkina Faso par exemple, l'état de santé des populations reste caractérisé par des taux élevés de mortalité générale (17,5 pour mille), infantile (134 pour mille) et maternelle (610 pour 100 000 naissances vivantes). Selon un diagnostic largement partagé (et qui se ressemblent dans les différents pays), cette situation serait imputable aux facteurs suivants<sup>4</sup> :

- l'insuffisance quantitative et qualitative de la couverture sanitaire particulièrement au chapitre des médecins, des infirmiers et des sages-femmes. L'insalubrité de l'environnement, l'insuffisance des mesures d'assainissement de base et de fournitures d'eau potable ;
- la persistance des endémo-épidémies (lèpre, tuberculose, paludisme) aggravée par l'apparition du sida ;
- la persistance de la sous-alimentation, de la malnutrition protéino-énergétique et des autres carences nutritionnelles ;
- la faiblesse des ressources financières : le gouvernement burkinabè consacre annuellement entre 6 % et 7 % du budget national à la santé.

Depuis lors, la structuration sanitaire a été modifiée sensiblement vers une plus grande déconcentration et des velléités encore plus poussées de décentralisation. Si la volonté de décentraliser l'offre des services de santé est assez perceptible, les responsabilités restent encore souvent diffuses et par trop générales avec peu de responsabilités spécifiques et bien cernées aux municipalités, aux ONG et encore moins aux pouvoirs locaux non institués.

Par contre, le nouveau système sanitaire burkinabè est beaucoup plus explicite en ce qui concerne ses différents paliers déconcentrés :

1. Le Centre de Santé et de Promotion Sociale (CSPS) est le niveau de soins le plus périphérique, le premier échelon de soins. Il doit comprendre dans la même enceinte un dispensaire et une maternité. Il a une capacité d'hospitalisation de six lits. L'effectif de son personnel est limité à quatre agents. Les activités se résument à la consultation curative, la consultation prénatale, celle des nourrissons sains, la planification familiale, les accouchements et la participation communautaire.

2. Le Centre Médical (CM) est le deuxième niveau de soins. Il est le premier échelon de référence et de recours des CSPS. Il doit comprendre au moins 20 lits et des services de soins ambulatoires. L'effectif de son

<sup>4</sup> Bien que le diagnostic soit propre au Burkina Faso, il pourrait s'appliquer, avec quelques ajustements, à l'ensemble des pays étudiés.

personnel doit être de 16 agents qualifiés. Les activités sont la consultation curative de référence et l'hospitalisation, les accouchements, les activités de laboratoires et des activités d'évaluation des services des CSPS. On lui a aussi adjoint la prise en charge des urgences médico-chirurgicales.

3. Le Centre Hospitalier régional (CHR) est le troisième niveau de soins. D'une capacité d'hospitalisation de 140 lits environ, le CHR doit compter un service de médecine, un service de chirurgie, un service de maladies infectieuses et un service de santé mentale. L'effectif de son personnel doit être d'environ 35 agents techniques.

4. Le Centre Hospitalier National est le niveau le plus élevé. Sa vocation est de prendre en charge les patients dont le problème de santé n'a pu être résolu au niveau des autres formations. Il est également un lieu de formation des différentes catégories de personnels et de recherche. Ils sont au nombre de deux, un à Ouagadougou et un à Bobo-Dioulasso.

En dehors de la loi d'orientation qui définit les compétences transférées, il n'existe pas, au Burkina Faso, de politiques sociales formelles en matière de santé et d'éducation ayant un rapport avec le processus de la décentralisation.

Au Cameroun, ce n'est que dans les années 1990 qu'il commence à être question de décentralisation dans les domaines de la santé et de l'éducation. La loi de 1990 accordant une dérogation spéciale aux formations sanitaires publiques en matière financière pose les jalons d'une nouvelle approche de la réorientation de la stratégie des soins de santé primaire au Cameroun. Les objectifs de ce réaménagement sont semblables à ceux du Burkina Faso (meilleure gestion des ressources, meilleure couverture) avec cependant une plus grande insistance sur la nécessité de mobiliser les populations dans une optique de partenariat. Rappelons aussi qu'au Cameroun, ces politiques de santé ont été mises en place au moment même où le pays abandonnait la forme fédérale.

Au-delà de ces grands points de repère, la loi camerounaise stipule que les formations sanitaires publiques seront désormais autorisées à procéder au recouvrement des coûts liés à la vente des médicaments à dénomination générique. Les coûts ainsi recouverts devraient être soumis à une gestion décentralisée de manière à assurer à ces formations sanitaires un réapprovisionnement en produits et petits équipements médicaux.

Deux décrets d'application de 1993 fixent l'architecture institutionnelle de ce nouveau système et les modalités de gestion des recettes ainsi retenues. L'on en retient que, désormais, au sein des formations sanitaires publiques, est mis en place un comité de gestion chargé d'assurer la gestion décentralisée des médicaments essentiels et des produits de leur vente. En plus des acteurs

financiers (le trésorier-payeur général) et techniques (représentants du personnel médical, médico-sanitaires et des comités de santé du chef-lieu de la province), doivent siéger au comité de gestion, un représentant de la commune urbaine du lieu d'implantation de l'hôpital et un des maires des communes de ce lieu d'implantation, élu par ses pairs.

La loi de 1996 précise que l'un des objectifs de la politique nationale en matière de santé publique est « la promotion de la gestion décentralisée des services de santé afin d'impliquer davantage les communautés et les professionnels de la santé au financement et à la gestion de ces services ». Pour y arriver, on a prévu que chacun des trois paliers d'organisation des soins de santé (central, intermédiaire et local) disposerait non seulement de structures administratives propres, mais aussi d'institutions particulières (les CHU au palier central, les hôpitaux provinciaux au niveau intermédiaire et des Centres médicaux d'arrondissement au niveau local) et de structures de dialogue. Sur le papier, cette implication des populations locales et cette recherche constante du dialogue font du Cameroun un cas intéressant en matière de décentralisation socio-sanitaire <sup>5</sup>.

## **Les politiques publiques en matière d'éducation**

L'impact des efforts déployés ces dernières années dans le système éducatif tant par les États que par les partenaires au développement est constamment obscurci du fait d'un besoin en éducation en très forte hausse, d'un taux élevé de déperdition scolaire et de coûts unitaires élevés pour une importante frange de la population, notamment en zone rurale.

D'une manière générale, on constate l'adoption de la même approche et des mêmes options en ce qui concerne la décentralisation des services sociaux d'éducation que ceux observés en matière de santé. Tout comme dans le domaine de la santé, le système éducatif a connu un réel effort de déconcentration avec le temps. Le désengagement progressif de l'État dans les réalisations et la gestion d'infrastructures scolaires a abouti à l'émergence de quatre acteurs principaux constituant également à des degrés divers les principales sources de financement de l'éducation. Il s'agit de l'État et des collectivités locales, des parents d'élèves, des organisations non gouvernementales et des bailleurs de fonds.

---

<sup>5</sup> Pour des informations sur la situation ivoirienne, le lecteur est prié de se référer à l'étude nationale sur la Côte d'Ivoire. Afin d'éviter de trop grandes répétitions, nous n'avons pas fait état partout de la situation dans les trois états.

Au Burkina Faso, la *Loi d'orientation de l'éducation* distingue trois types d'éducation (l'éducation formelle, l'éducation non formelle et l'éducation informelle) et quatre niveaux d'enseignement (le préscolaire, l'enseignement du premier degré, l'enseignement du second degré et l'enseignement supérieur), la formation technique et professionnelle étant prise en compte dans chacun de ces niveaux.

Le système éducatif burkinabè est géré principalement par deux ministères : le ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation (MEBA) pour le primaire et le ministère des Enseignements Secondaire, Supérieur et de la Recherche Scientifique (MESSRS) pour le secondaire et le supérieur. Le préscolaire a été géré par le ministère de l'Action Sociale et de la famille avant de passer sous la tutelle du MEBA ces dernières années. Plusieurs autres départements ministériels interviennent dans l'éducation mais à titre secondaire. Il en est ainsi du ministère de l'Agriculture avec les Formations des Jeunes Agriculteurs, le ministère de l'Action Sociale et de la Famille pour le préscolaire, etc. Chaque département ministériel dispose d'écoles de formation professionnelle (santé humaine, santé animale, fonction publique, administration territoriale, poste et télécommunications, équipement, etc.).

Dans les deux ministères, la déconcentration administrative est effective. Pour l'enseignement de base, chaque école burkinabè dépend d'une inspection de l'enseignement primaire qui rend compte à l'une des 45 directions provinciales. Celles-ci sont regroupées en 12 directions régionales. Les autres ministères impliqués dans l'éducation possèdent eux aussi des structures déconcentrées, ce qui conduit inévitablement à une décentralisation aux allures de cacophonie.

Au Cameroun, la *Loi de Finances* pour l'exercice 1995-1996 a ouvert une première brèche dans une organisation scolaire, jusque-là relativement centralisée, en prévoyant que les recettes générées par l'éducation nationale au titre des services rendus et les fonds de concours de toutes provenances, doivent être directement affectés aux opérations concourant à améliorer la qualité de l'éducation. Par la suite, un comité de gestion financière a été mis sur pied dans chaque établissement scolaire public pour contrôler à la base leur gestion. Ce décret précise les postes de recettes de l'éducation nationale ainsi que l'affectation éventuelle des recettes. Fait nouveau, des représentants de la commune et des parents siègent sur le Comité avec statut de président et de vice-président.

Mais ces belles intentions ne devaient pas durer. Trois mois après l'adoption du décret de mai 1996 prévoyant l'implication de la commune et des parents, un arrêté conjoint remplace ces représentants de la base par des personnalités

nommés par le gouvernement sans autre précision sur leur lieu de résidence ou leur affinité avec l'établissement scolaire concerné.

Le fait de remplacer à ces postes des élus par des personnalités nommées a engendré des situations conflictuelles dans toutes les communes contrôlées par les partis d'opposition, paralysant de fait le fonctionnement de ces comités. Ceci explique en partie le constat effectué sur le terrain suivant lequel toutes les dispositions juridiques portant sur la décentralisation ont finalement peu d'effet sur l'amélioration des services sociaux de l'éducation.

La loi de 1998 portant orientation de l'éducation au Cameroun semble marquer une volonté de fédérer les différents acteurs dans ce secteur. En effet, elle mentionne de manière explicite que *l'État assure l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de l'éducation à laquelle concourent les collectivités territoriales décentralisées, les familles ainsi que les institutions privées...* Mais cela reste encore très théorique dans la mesure où cette même loi précise que les responsabilités des collectivités territoriales décentralisées dans la mise en œuvre de la politique de l'éducation et le financement demeurent à déterminer. Nous verrons plus loin les conséquences de cette décentralisation inachevée.

Ce tour d'horizon de la décentralisation en action suggère que si le travail sur le plan juridique et formel a sensiblement progressé, les institutions n'ont pas encore véritablement pris le virage de la décentralisation. La majorité en sont encore à une déconcentration.

## Comprendre et évaluer la décentralisation

Plusieurs arguments sont avancés pour justifier le recours à la décentralisation comme mode de gestion des affaires publiques. Selon certains, ce serait un moyen de limiter la croissance inconsiderée des dépenses de l'État et les déficits publics. Pour d'autres, la décentralisation est justifiée par son efficacité en termes d'affectation des ressources et de satisfaction des besoins des collectivités de base. Ailleurs, elle apparaît comme le meilleur moyen de défendre l'intérêt général, l'ouverture politique et l'équité sociale <sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> La littérature sur la décentralisation dans les pays en développement ne cesse de croître. Enthousiaste au début des années 1990, la Banque Mondiale adopte depuis peu une attitude plus réservée. Voir Jennie Litvack, Junaid Ahmad et Richard Bird, *Rethinking Decentralization in Developing Countries*, Washington, D.C., World Bank, 1998 ; Jennie Litvack et Jessica Seldon (dirs), *Decentralization Briefing Notes*, Washington, D.C., World Bank Institute, 1999.

## Une vision d'ensemble sur la décentralisation

La décentralisation a fait l'objet d'une grande quantité d'études théoriques et empiriques, surtout pour les pays non africains. Depuis quelques années, on cherche à tirer des enseignements d'un processus de décentralisation qui semble vouloir s'être installée à demeure. Par ailleurs, quelques analyses ont permis d'élaborer des modèles pour évaluer les retombées de la décentralisation. Celui offert par Rémy Prud'homme a ceci de particulier qu'il tente d'identifier ces secteurs où les retombées de la décentralisation risquent d'être optimisées<sup>7</sup>. Selon l'auteur, la décentralisation peut être présentée comme un système dans lequel les collectivités locales prélèvent des impôts pour effectuer des dépenses au niveau local, sans bénéficier de transferts de l'État central. Il s'agirait d'un système dans lequel des collectivités locales sont totalement responsabilisées et où des dépenses purement locales sont financées par des ressources collectées au niveau local. En d'autres termes, la collectivité locale décentralisée constitue, dans ce système, une entité politique et sociale qui a son existence propre et qui ne confie au gouvernement central que des tâches spécifiques.

Prud'homme pense toutefois que certains services se prêteraient mieux à la décentralisation comme l'indique le tableau ci-après, établi sur la base des caractéristiques des projets ou des services à transférer. Il s'agit :

- des externalités qui peuvent survenir lorsque les bénéfices ou les coûts associés à la production ou à la consommation d'un bien ou d'un service affectent les personnes autres que celles directement impliquées dans son offre ou sa demande. Plus les externalités (ou effets externes) sont faibles, plus on peut décentraliser l'offre et la demande du bien ou du service concerné ;
- de la « tarifiabilité » d'un bien ou d'un service, c'est-à-dire la facilité avec laquelle le bien ou le service peut être financé par des redevances prélevées directement sur le bénéficiaire plutôt que par des taxes générales. Plus un bien est tarifiable, plus il est décentralisable ;
- de l'expertise technique pour offrir efficacement le bien ou le service. Cette technicité est une caractéristique que l'on ne rencontre pas dans

<sup>7</sup> Il s'agit de l'une des rares critiques du principe même de la décentralisation. Voir R. Prud'homme, « The Dangers of Decentralization », *World Bank Research Observer*, 10, 2, 1995, 201-220. Plusieurs commentateurs ont suivi la publication de ce pavé dans la mare : Charles McClure, « Comments on Prud'homme », *World Bank Research Observer*, 10, 1995, 221-226 ; David O. Sewell, « The Dangers of Decentralization According to Prud'homme : Some Further Aspects », *World Bank Research Observer*, 11, 1, 1996, 143-150.

toutes les collectivités locales. Elle peut amener le gouvernement central à intervenir dans cette collectivité pour faciliter ou produire le bien ou le service pourtant utile voire nécessaire à la population locale.

Le tableau 1 est présenté à titre purement illustratif. On pourra constater que l'éducation primaire se situe en queue de peloton pour ce qui est de la désirabilité d'un traitement décentralisateur. Par contre, les services de santé n'y sont pas mentionnés.

Suite à certaines critiques, certains auteurs ont adopté une démarche plus pragmatique. Ainsi, peut-on vraiment supposer que les régions et les juridictions décentralisées se distinguent entre elles selon les préférences de leurs habitants alors qu'elles sont peut-être tout simplement inégalement dotées en ressources naturelles ou humaines. Peut-on aussi présumer qu'après leur élection, les autorités élues au niveau local mettent effectivement en œuvre des moyens pour satisfaire les préférences révélées par les électeurs ; ce n'est pas toujours le cas. Dans une analyse plus récente, R. Prud'homme (2000) n'hésite pas à souligner que la décentralisation tend habituellement à augmenter les disparités entre les collectivités. De plus, rappelle-t-il, il existe nécessairement une relation inverse entre les bénéfices de la décentralisation et le niveau de développement économique. En effet, il existe des coûts fixes importants à l'établissement d'un système décentralisé. Dans un pays pauvre, ces coûts vont absorber une plus grande part de la dépense publique que dans les pays plus riches. Ces sommes ne seront pas disponibles pour un investissement plus directement productif.

Pour ce qui est du jugement global à porter sur la décentralisation en Afrique, il semble que le pessimisme et l'hésitation soient de rigueur. C'est le cas, entre autres de Jean Clauzel (1995), dont la conclusion est sans appel. L'Afrique, affirme-t-il sans complaisance, a connu jusqu'à présent trois sortes de décentralisations : les décentralisations formelles, les décentralisations incomplètes et les décentralisations manquées.

De fait, si on se fie aux nombreux « états des lieux » préparés par le Programme de développement municipal, le mouvement vers la décentralisation n'en serait encore qu'à ces balbutiements, aucun pays d'Afrique subsaharienne n'ayant mis en œuvre un cadre permettant aux collectivités décentralisées d'occuper pleinement l'espace politique local. Partout, l'allocation des impôts et des transferts fiscaux reste à faire.

Pour Jean Clauzel, les enjeux de la décentralisation sont si grands que les pays africains ne peuvent pratiquement pas faire autrement que de s'engager sur la voie de ce mode de gestion des affaires de l'État. Il n'y aurait tout simplement plus d'autre solution.

Tableau 4 - « Décentrabilité » des différents services publics

Services	Externalités	Tarifiabilité	Technicité	Décentrabilité
Autoroute	1	1	2	4
Assainissement	2	2	2	6
Transport ferroviaire	1	4	2	7
Production d'énergie	1	5	1	7
Éducation primaire	3	2	2	7
Routes rurales	2	1	5	8
Téléphone	1	5	2	8
Aéroports	3	4	2	9
Approvisionnement en eau	2	5	2	9
Port maritime	4	4	3	11
Ramassage des déchets	5	1	5	11
Distribution de l'énergie	4	5	3	12
Transport urbain	4	4	4	12
Distribution d'eau	4	5	4	13
Nettoyage des rues	5	4	5	14

Source : Rémy Prud'Homme, « The Dangers of Decentralization » *World Bank Research Observer*, 10, 2, 1995, 201-220..

## Évaluer les politiques publiques décentralisées

Il existe relativement peu d'études systématiques sur les retombées de la décentralisation dans le secteur de la santé et de l'éducation<sup>8</sup>. Pourtant, il s'agit d'un secteur où les promesses ont été les plus alléchantes. La décentralisation, faut-il le rappeler, allait permettre de réduire les inégalités entre les milieux ruraux et urbains en matière d'accès aux services de santé et d'éducation, faciliter une meilleure intégration des efforts publics et privés, permettre un meilleur ciblage et une utilisation plus efficiente des ressources et faciliter une planification participative génératrice de réductions de coûts.

R.-L. K.-Aitken a suggéré d'examiner les retombées de la décentralisation socio-sanitaire selon quelques critères : l'ingénierie des programmes offerts, le financement des services offerts, l'établissement de standards et la

<sup>8</sup> Il faut distinguer l'évaluation de la décentralisation de l'évaluation des politiques décentralisées. Voir Anne Mills, « Decentralization and Accountability in the Health Sector from an International Perspective: What are the Choices ? », *Public Administration and Development*, 14, 1994, 281-292.

responsabilité légale<sup>9</sup>. Sa conclusion pour l'ensemble des pays en développement n'est guère encourageante : les défis demeurent plus importants que les résultats, écrit-elle.

Dans le cas de l'Afrique, plusieurs études font état de retombées fort positives surtout dans les pays de la zone est. Il est cependant permis de douter de la justesse d'analyses qui, dans la majorité des cas, se sont limitées à une prise en considération des programmes officiels<sup>10</sup>. Avec quelques années de recul, les expériences prometteuses de l'Ouganda, de la Tanzanie et du Zimbabwe se sont révélées vides de sens<sup>11</sup>. En éducation, les travaux de P. Easton, M. Moussa et M. Mukweso ont certes permis d'identifier plusieurs *success stories* de prise en charge réussie des services d'éducation de base, mais les conditions à rencontrer pour obtenir de tels résultats sont telles que la décentralisation apparaît au mieux comme une « cause » indirecte d'un éventuel succès<sup>12</sup>.

La décentralisation « en action » intéresse-t-elle encore les « Africanistes » de toutes persuasions ? Nous ne répondrons pas à cette question sauf pour souligner qu'une fois de plus, il est difficile à une réalité africaine de réussir à susciter l'intérêt des chercheurs pendant un nombre suffisant d'années pour enfin disposer d'une masse critique de travaux. Depuis la fin de la décennie

---

<sup>9</sup> « Decentralization and the Health Sector », dans J. Litvack et J. Seldon (dirs), *Decentralization Briefing Notes*, 57-62. C'est aussi la conclusion mise de l'avant par C. Collins et A. Green, « Decentralization and Primary Health Care : Some Negative Implications in Developing Countries », *International Journal of Health Services*, 24, 3, 1994, 459-475.

<sup>10</sup> Voir le rapport de Linda Lacey, Cynthia Woodson et Nancy McGirr, *Decentralization of Population Programs in Sub-Saharan Africa*, Washington, D.C., Futures Group and Research Triangle Institute, 1996. Pour une perspective plus large (et plus critique), voir J. Aberg et al., *Examen de la littérature pour la décentralisation et la mobilisation des ressources au Sahel. Avant-projet*, Research Triangle Park, N.C., Research Triangle Institute, 1999.

<sup>11</sup> Les études comparatives de nature académiques font cruellement défaut : voir Richard C. Crook et James Manor, *Democracy and Decentralization in South Asia and West Africa*, New York, Cambridge University Press, 1998.

<sup>12</sup> Dans *Meeting the Local Skill and Knowledge Requirements of Effective Decentralization*, Tallahassee, Fl., Center Policy Studies in Education, Florida State University, 1995. On se référera aussi aux nombreuses études des *Associates for Rural Development* pour le compte de l'USAID (dans le cadre des *Studies on Decentralization in the Sahel*). Malheureusement, les chercheurs de ARD semblent avoir abandonné les analyses empiriques de la situation en Afrique de l'Ouest. Un constat identique s'applique au Club du Sahel dont les travaux en matière de décentralisation en Afrique de l'Ouest ont longtemps ouvert la voie.

1990-2000, l'intérêt pour la décentralisation s'est mué en une préoccupation pour la gouvernance ou la participation démocratique à la base. Pourtant – et c'est l'une des principales leçons de la recherche – la décentralisation contribue à « bonifier » la gouvernance locale. Elle ne peut assurer à elle seule une plus grande participation des citoyens ; elle leur ouvre cependant des champs d'action où ils pourront exprimer et défendre leurs intérêts. En ce sens, on dira de la décentralisation qu'elle introduit un élément de complexité dans le jeu politique. C'est sous cet angle, croyons-nous, qu'il faut tenter de comprendre le phénomène et ses retombées.

## **Évaluer la décentralisation des services sociaux à travers le jeu des acteurs**

### *L'État et la situation générale*

Si on s'en tient à un portrait d'ensemble des résultats obtenus, on ne pourra manquer d'être déçu devant le peu de batailles gagnées. Partout, les services sociaux de santé et d'éducation ont donné lieu à un effort financier soutenu, même dans la période de crise économique et financière, sans pour autant répondre aux fortes demandes sociales. On peut cependant noter dans plusieurs pays une dégradation de l'effort de l'État en termes relatifs. Au Cameroun par exemple, l'une des conséquences directes de la très forte pression sur les finances publiques a été la réduction des dépenses de l'État et, plus particulièrement, les dépenses destinées à l'éducation et à la santé. La part du budget de la santé, des affaires sociales et de l'emploi dans le budget total de l'État était de 4,2 % en 1994-1995, de 3,2 % l'année suivante et seulement de 2,1 % en 1997-1998.

Il subsiste donc, à une échelle globale, un déficit très important qui se traduit par la difficulté, voire l'impossibilité pour une classe des populations urbaines et rurales à accéder à ces services sociaux. Là où les infrastructures existent, on fait face à divers types de problèmes : personnel insuffisant ou peu qualifié, mauvaise qualité du service, coût du service prohibitif, etc. Cette pression de la demande des services sociaux est aggravée par une évolution inquiétante de la pauvreté. Pour le Cameroun par exemple, l'indice est passé de 40 % environ en 1983-1984 à plus de 50 % en 1996. Au Burkina Faso, l'indice semble s'être stabilisé, mais à un niveau inquiétant, soit 45 %. En Côte d'Ivoire, la période de récession de 1980-1994 a été à l'origine d'une baisse de 45 % du revenu réel par habitant. Au tournant de l'an 2000, on parle d'un taux de pauvreté d'au moins 40 % pour un pays qui n'a plus rien d'un miracle.

Sur le plan de la santé, la sous-région est caractérisée, comme la plupart des pays en développement du reste, par un taux d'encadrement très faible (un médecin pour environ 14 730 habitants au Cameroun). Toujours au Cameroun et en ce qui concerne l'éducation, la demande scolaire est en augmentation constante : plus de 30 % entre 1989 et 1999 pour ce qui est de la population dite scolarisable (6 à 14 ans).

Le besoin en services sociaux est exacerbé dans les zones urbaines par le phénomène migratoire et l'exode rural, tout cela allié à une croissance démographique élevée. Avec un taux moyen de croissance de 3,8 % en Côte d'Ivoire par exemple, la population double tous les 20 ans. Pour ce même pays, les estimations établissent pour la période 1993-1998, un taux brut de natalité parmi les plus élevés au monde : 47 pour mille, le taux brut de mortalité étant de 10,8 pour mille. Cette situation est à peu de chose près la même dans les autres pays de la sous-région. À noter cependant qu'en ce qui concerne la Côte d'Ivoire, le phénomène est amplifié par un taux d'immigration particulièrement élevé (30 % de la population).

La croissance urbaine a pour corollaire le développement spatial rapide des agglomérations et une plus grande demande de services sociaux. Au Cameroun, le taux d'urbanisation est estimé à 47 % en 1997. En Côte d'Ivoire, en 1988, ce taux était de 45 % de la population. Il est actuellement estimé à près de 55 % de la population totale.

D'un autre côté, pour faire face à la crise économique, les gouvernements de la sous-région s'engagent, pour la plupart, sous la pression des bailleurs de fonds, dans des programmes d'ajustement structurel dont les bienfaits tardent à voir le jour. La première génération de ces programmes a privilégié la stabilisation des finances publiques. Il s'en est suivi une compression des charges de l'État et des coupures budgétaires dans divers secteurs dont la santé et l'éducation.

Mais cette évaluation globale ne considère qu'une facette de la question, celle de l'implication de l'État dans la fourniture des services sociaux. Or l'État n'est plus l'acteur unique qu'il a longtemps prétendu être.

### *Les collectivités locales*

Les lois sur la décentralisation dans la sous-région ont pour dénominateur commun de confier aux communes une mission générale d'intervention en faisant la distinction entre affaires locales et affaires nationales, étatiques. Des compétences leur ont même été attribuées dans des domaines particuliers. Certaines matières rentrant dans les activités des communes ont été considérées comme des dépenses obligatoires de la commune. Il est ainsi

souvent reconnu aux collectivités locales, souvent en des termes très généraux, des compétences en matière de services sociaux, notamment l'éducation, la santé publique, l'assistance sociale, etc.

Les réformes ainsi intervenues en matière de décentralisation font des communes des acteurs majeurs de la vie locale. Cependant, le transfert réel de compétences en matière de services de santé et d'éducation n'est pas encore probant comme on va le voir par la suite.

#### *Les autres acteurs : ONG, bailleurs de fonds...*

Dans ce contexte, la problématique des services sociaux trouve toute sa pertinence et interpelle non seulement les décideurs publics, mais aussi tous les acteurs de la société. Car, il faut assurer à la fois leur financement, leur répartition sur le territoire national et leur accès aisé pour la plus grande partie de la population.

Il est donc important, voire urgent, d'analyser les modes de gestion de ces services et le jeu de l'ensemble des acteurs impliqués. Sur le plan endogène, il y a parmi ces acteurs, d'abord les pouvoirs publics au rang desquels nous citons l'État et les collectivités publiques locales ; il y a ensuite les bailleurs de fonds bilatéraux ou multilatéraux, les Acteurs Non Gouvernementaux (ANG) qui regroupent entre autres les Organisations Non Gouvernementales (ONG), les associations de solidarité internationales et nationales, les usagers ; et enfin les pouvoirs traditionnels qui occupent une place de choix dans la culture africaine. Il y a aussi un acteur exogène très important de par son rôle d'aiguillon, à savoir les bailleurs de fonds.

#### *Les questionnements*

D'une façon plus opérationnelle, il a donc semblé pertinent de mener une recherche visant à analyser l'impact du processus de décentralisation sur les services sociaux notamment de santé et d'éducation en s'éloignant quelque peu des décisions et des actions ministérielles pour considérer le jeu des acteurs sur le terrain.

Des facteurs tant exogènes (colonisation, demande de bailleurs de fonds) qu'endogènes (crise économique et revendications politiques internes) ont déterminé les caractéristiques de la mise en place de politiques de décentralisation dans la sous-région de l'Afrique de l'Ouest et du Centre au courant de cette dernière décennie.

Il résulte de tous ces facteurs que les réformes liées à la décentralisation sont parties du sommet vers la base dans un processus très autoritaire avec peu de

prises en compte des considérations émanant des populations et des organisations de la société civile.

Le processus de décentralisation ainsi mené dans la sous-région semble avoir comme première conséquence de concentrer l'essentiel des ressources publiques aux mains des états centraux. Il en résulterait alors une inadéquation relative entre les ressources affectées aux municipalités et les charges qui leur sont transmises. Si cette remarque s'avérait exacte, elle ne manquerait pas d'avoir des conséquences sur la capacité des municipalités à satisfaire les besoins en services sociaux de la population.

*Cette constatation globale soulève un premier questionnement sur l'adéquation entre les ressources humaines et financières et les responsabilités municipales induites par les processus de décentralisation.*

Devant la demande et l'insuffisance de l'offre par les divers niveaux de gouvernement, les sociétés civiles locales s'organisent en marge des structures de la décentralisation et notamment des municipalités. On assiste ainsi à une prolifération d'ONG et à une nouvelle dynamique des associations (associations des ressortissants, associations des élites, associations des femmes, etc.) en vue de résorber le déficit d'offre de services sociaux.

*Cet autre constat conduit à un autre questionnement : l'impact de la décentralisation sur le rôle des acteurs non gouvernementaux (ONG, associations diverses etc.) dans la satisfaction des besoins en services sociaux et leurs capacités d'intervention en la matière.*

Une conséquence du processus de décentralisation tel qu'engagé dans la sous-région vient du fait que les communautés de base traditionnelles semblent avoir souvent été ignorées dans la formulation et la mise en place de la décentralisation, ce qui expliquerait en partie une faible assise sociologique des municipalités de la sous-région. De cette mise à l'écart découlerait alors la non-inclusion des réponses traditionnelles aux besoins en services sociaux, notamment les différentes formes d'organisations et de participation populaire.

*Ce dernier constat renvoie à un troisième questionnement sur l'incidence de la décentralisation sur le rôle et la capacité des pouvoirs locaux non institutionnalisés à organiser une réponse à la demande croissante de la population en services sociaux.*

Enfin, il est constaté que les bailleurs de fonds ont souvent servi et servent encore d'aiguillon dans la mise des politiques sociales aussi bien sous l'angle de la décentralisation administrative que de la fourniture des services sociaux.

Ce dernier constat amène à faire des investigations sur les mécanismes par lesquels ils interviennent dans ces processus et quels en sont les effets ?

Les activités de recherche qui ont inspiré cet ouvrage visent précisément à trouver des réponses à ces questionnements à travers l'étude de trois pays de la sous-région : le Burkina Faso, le Cameroun et la Côte d'Ivoire. Elles sont ciblées sur des services sociaux liés directement ou indirectement à la santé ou à l'éducation et devraient permettre non seulement une meilleure connaissance de l'impact du processus de décentralisation sur la capacité des acteurs à répondre à ces besoins, mais aussi de dégager les meilleures réponses trouvées et, à partir de là, de faire des recommandations quant aux options possibles d'articulation des interventions des municipalités avec celles des autres acteurs non gouvernementaux en vue de la satisfaction des besoins des populations en services sociaux. Les recommandations visent à permettre une plus grande perception des besoins des populations, à améliorer l'efficacité des prestations publiques en termes de modalités d'accès et d'adéquation des offres de services. Il s'agit notamment d'élaborer des stratégies de concertation entre les différents acteurs du développement local et entre les acteurs et la population.

### *Les sites retenus*

Une attention particulière a été accordée au choix des sites d'observation afin de s'assurer de couvrir l'entièreté des situations locales rencontrées dans ces trois pays (tout en rendant possible la tâche de comparaison). Il a donc été tenu compte de la taille des agglomérations retenues, de l'ancienneté de leur statut, de la coloration politique, de la présence (ou non) d'une chefferie traditionnelle et d'espaces ruraux.

Au Burkina Faso, en plus d'Ouagadougou, les sites de Ouahigouya, Gaoua, Dori, Kaya et Houndé ont fait l'objet d'enquêtes-terrain.

Au Cameroun, il a fallu tenir compte d'une organisation spécifique. En effet, dans ce pays une commune rurale est constituée par un noyau (urbain) auxquels sont rattachées plusieurs agglomérations rurales. Le noyau urbain abrite l'ensemble des services de la commune. On a donc retenu comme sites deux communes urbaines d'arrondissements Yaoundé 4 et Douala 1, les communes urbaines de Foumban, de Bafang et de Limbé et les communes rurales de Bafang et Obala.

En Côte d'Ivoire ont été retenues les communes de Adjamé, Bonoua, Dabou, Gagnoa, Maféré et Port-Bouët.

Alors que les rapports nationaux accordent une large place aux spécificités de chacun des sites retenus, cette présentation synthétique tente, dans la mesure

du possible, de s'abstraire de ces particularités pour dégager certaines tendances lourdes. Nous le ferons avec prudence, mais il est parfois des signes qui ne trompent.



## **Chapitre 2**

### ***L'État : quelle influence dans le processus ?***

Les facteurs ayant déterminé le cours des processus de décentralisation dans les pays de la sous-région Afrique de l'Ouest et Afrique Centrale relèvent, en premier lieu, de la situation économique et financière actuelle des États concernés. Devant la crise économico-financière et la pression des bailleurs qui en a résulté, les gouvernements centraux concernés, de plus en plus désarmés devant l'ampleur des besoins sociaux des populations et les pressions externes, ont été obligés d'adhérer à cette nouvelle forme d'organisation de l'action publique qu'est la décentralisation.

Il en résulte que les réformes liées à la décentralisation sont parties essentiellement du sommet vers la base dans un processus très volontariste et très encadré, contrairement au mouvement observé en Europe où les collectivités locales ont été établies par formalisation des vieilles communautés de base dans un mouvement ascendant.

Parallèlement, les États de la sous-région ont procédé à une « décentralisation sectorielle » des services de santé et d'éducation. Le plus souvent, il s'agissait plus de déconcentration que de décentralisation dans la mesure où les efforts se sont plus limités à une attribution des pouvoirs de décision aux formations publiques de santé elles-mêmes et aux autorités déconcentrées de l'État qu'à un véritable transfert de compétences aux organes décentralisés comme les municipalités.

Au total, partout dans la sous-région, l'État central est resté un acteur de premier plan aussi bien dans le processus de décentralisation que dans les secteurs de santé et d'éducation. Dans le processus de décentralisation, elle est l'autorité ayant le pouvoir de déterminer les règles du jeu et reste quel que soit le stade du processus, le premier interlocuteur des collectivités locales naissantes et de tous les acteurs

Du fait de la décentralisation, l'on s'attend logiquement à un basculement des efforts d'investissements dans les domaines scolaire et sanitaire vers les collectivités locales. Elles sont en effet plus exposées à la demande des citoyens. Mais dans le contexte de faible autonomie institutionnelle des communes, cette évolution reste limitée par deux ordres de contraintes structurelles. D'une part, l'État devrait favoriser le pouvoir d'action des communes par une action institutionnelle affirmative et, d'autre part, encourager les transferts financiers qui libèrent les communes des contraintes classiques. Sur les deux plans, les résultats de l'action étatique restent

mitigés. Même là où on enregistre des velléités de transfert de compétences, ceux-ci n'ont pas été véritablement suivis des transferts de ressources nécessaires à leur mise en œuvre.

En matière de santé et d'éducation, l'État en conçoit la politique générale et se charge d'en définir les modalités d'application par l'exercice de son pouvoir de régulation et de réglementation.

Au total donc, il s'agit de d'étudier l'influence propre de l'État dans le processus de la décentralisation et ses impacts sur les autres acteurs, le paramètre de mesure étant les services de santé et d'éducation. Le cas du Cameroun servira ici d'exemple.

## **L'État camerounais et le secteur de l'éducation**

Le cas du Cameroun est particulier dans la mesure où ce pays jadis fédéral a choisi de transformer ses structures dans le sens d'un régime unitaire. Par delà le caractère quelque peu inédit de cette « défédéralisation », l'exemple du Cameroun est révélateur des forces en présence lorsque vient le temps pour l'État de mettre un peu de chair sur les principes de décentralisation. Nous avons donc choisi d'en faire une étude de cas tout en rappelant qu'il ne saurait être question de généraliser à l'ensemble de la sous-région.

### **La gestion centrale de l'éducation**

L'école camerounaise se structure en deux secteurs clés : le secteur formel et le secteur informel. Le secteur éducatif formel est réglementé par l'État à travers les textes législatifs et administratifs qui organisent l'éducation. Il s'articule autour des axes prioritaires qui visent entre autres à :

- rendre la réforme éducative effective pour tous les types et niveaux d'enseignement ;
- améliorer et renforcer les infrastructures existantes en personnel qualifié et en équipements didactiques appropriés ;
- former les enseignants à tous les niveaux en exploitant les possibilités non conventionnelles de formation ;
- prendre des mesures pour soutenir la création d'un fonds national d'éducation et l'utilisation ainsi que le réajustement de la taxe d'apprentissage dans l'enseignement professionnel ;
- revaloriser la fonction enseignante sous l'angle matériel ;

– engager, aussi bien au niveau structural que fonctionnel, une réforme de l'enseignement supérieur.

À la lumière de la loi de 1998 portant orientation de l'éducation et fixant le cadre juridique général de l'éducation au Cameroun, la mise en œuvre de la nouvelle politique de financement de l'éducation s'articule autour des grands axes suivants :

- la participation des collectivités territoriales décentralisées. Cette participation va de l'offre gratuite des terrains pour la construction partielle ou totale des écoles, en passant par la fourniture de certains équipements (tables, bancs, matériels didactiques). Cette participation qui repose aujourd'hui sur le principe de la compétence généralisée des collectivités locales est en réalité ponctuelle et marginale ;

- la participation des ménages concerne l'offre de main-d'œuvre pour la construction de certaines infrastructures, les frais de scolarité et l'achat des fournitures scolaires ;

- la participation de l'État se fait à travers les budgets des ministères en charge des opérations d'éducation ;

- la participation des promoteurs privés (laïcs et confessionnels) comprend, entre autres, la construction des établissements scolaires et le recrutement des enseignants tout en respectant la réglementation en vigueur.

Les modalités et les caractéristiques des participations sont entièrement variables. Elles vont de la prise en charge totale et permanente des problèmes de l'éducation sur l'ensemble du territoire national, à une aide ponctuelle limitée à un projet précis ; à l'envoi, par les organismes internationaux et les pays amis du Cameroun d'experts et de cadres techniques, à l'investissement humain pour la construction des écoles, en passant par l'offre des crédits ou de matériels didactiques.

Au secteur non formel de l'éducation, l'État camerounais a assigné les objectifs suivants : freiner l'exode rural, mobiliser les ressources humaines en vue de l'amélioration du niveau de vie des populations et promouvoir l'auto-emploi. Pour y arriver, l'État s'en remet principalement à certains ministères (Agriculture et Administration Territoriale en particulier) pour organiser dans leur domaine d'intervention respectif, de vastes programmes d'éducation non formelle destinés à une meilleure intégration des jeunes et des adultes dans le processus global de développement.

Comme on pourra le constater au tableau 5 le rôle de l'État est toujours primordial dans la mise en œuvre de la politique d'éducation au Cameroun.

En effet, plus de 71 % des élèves fréquentent les établissements publics construits, administrés et gérés par l'État sur l'ensemble du territoire national.

**Tableau 5 - Effectif des élèves, enseignants et des établissements scolaires au Cameroun en 1996-1997**

Ordres d'enseignement	Élèves	Enseignants	Établissements	Salles de classe
Public	1 868 586	2 681	544	1 249
Privé	758 104	1 863	565	1 155
Total	2 626 690	4 544	1 109	2 404

Source : *Annuaire statistique du Cameroun*, 1997.

Ajoutons à ces chiffres que l'État possède 49 % des établissements, emploie 59 % des enseignants et gère environ 50 % des salles de classe du pays.

Toutefois, sur le terrain, les compressions budgétaires de l'État dues à la crise économique ont généré des pratiques endogènes déviantes ou non orthodoxes qui ont affecté la gestion du secteur de l'éducation et incitent à une réelle décentralisation. Ces pratiques ont donné naissance à des mesures ou des stratégies d'adaptation.

## Désengagement et insuffisance de programmation

Sous la poussée constante de la demande croissante d'éducation et, en dépit des effets persistants de la crise économique, l'État a, au cours de ces dernières années, continué à créer, du moins sur papier, des établissements scolaires publics. Certaines communautés ont réagi en construisant soit des salles de classe supplémentaires dans les établissements scolaires, soit des établissements scolaires lesquels sont ensuite mis à la disposition de l'État pour leur transformation en formations scolaires officielles.

Ces pratiques dont l'État est à l'amont, ont présenté l'avantage de contribuer à l'amélioration de l'accès aux services d'éducation, la construction des salles de classe répondant à une demande exprimée.

Mais en même temps, elles présentaient quelques inconvénients. Ainsi, la construction de bâtiments scolaires est une action isolée qui ne peut être entreprise que par les communautés locales qui en ont les moyens et qui sont relativement bien organisées sur le plan social. Cette pratique n'est pas issue de la volonté de l'État de transférer des responsabilités aux collectivités locales puisque le mouvement n'est pas accompagné par l'État qui, bien souvent, est mis devant les faits accomplis. Les collectivités prennent donc un

risque en mettant l'État devant les faits accomplis, parce que ce dernier peut refuser l'ouverture officielle de l'établissement et donc d'y affecter des enseignants. Finalement, le respect des normes techniques de construction de salle de classe n'est pas garanti dans la plupart de ces établissements d'où des problèmes de sécurité.

Face à la réduction des subventions de fonctionnement, certains chefs d'établissement ont pris des mesures de survie tendant à rendre leur établissement plus autonome, c'est-à-dire peu dépendant des fonds alloués par le trésor public. Ils ont ainsi exigé des parents d'élèves une contribution supplémentaire non seulement en numéraire, mais aussi en matériel en plus des frais d'inscription officiels.

Si au départ, cette pratique présentait l'avantage de permettre la disposition de matériel didactique indispensable au bon fonctionnement de l'établissement, très vite, elle a donné lieu à des comportements déviationnistes de la part de certains chefs d'établissement qui ont trouvé ainsi un moyen de compléter leur salaire.

L'État, quant à lui, a laissé fonctionner avec plus ou moins d'efficacité les associations des parents d'élèves (APE) qui constituent à n'en point douter, une pratique informelle de décentralisation. Dans le secteur public, l'APE est une instance de décision qui devrait suppléer aux difficultés rencontrées par l'État dans la gestion des établissements scolaires. Le recrutement et la rétribution des enseignants vacataires par cette association permettent une plus grande accessibilité aux services d'éducation. Mais, il faut le relever, l'APE ne marque pas non plus une volonté ferme de transfert de pouvoirs par les dirigeants aux collectivités locales, puisque le rôle des APE reste mal défini dans l'organisation actuelle de la gestion des établissements. De plus, dans la réalité, les APE éprouvent d'énormes difficultés sur le terrain : il y a de vives tensions entre les APE et les responsables des établissements qui estiment qu'ils n'ont pas de compte à leur rendre. La collaboration est encore plus difficile lorsqu'il y a des soupçons de détournement de fonds ou lorsque les résultats scolaires sont particulièrement mauvais. Ce constat est à l'origine de la mise en place du comité de gestion financière dans les établissements scolaires publics, structure dont nous avons déjà mentionné les tribulations.

Le secteur privé laïc et confessionnel de l'éducation au Cameroun fonctionne sous le contrôle de l'État. Celui-ci joue un rôle régulateur indéniable : il conçoit la politique de l'enseignement public et privé sur le territoire national, et la met en pratique en ce qui concerne l'enseignement privé. Il veille en outre à l'application des mesures prises par des contrôles réguliers des établissements privés. Il est garant de la déontologie dans ce secteur. Pour assurer certains

enseignements tels que l'éducation physique et sportive, il met des enseignants à la disposition des établissements privés qui en font la demande.

Matériellement, l'État intervient dans l'enseignement privé par l'allocation des subventions dont le montant n'est pas fonction des besoins exprimés, mais plutôt de ses contraintes budgétaires.

Au cours des dernières années, le désengagement de l'État dû à la crise économique s'est traduit par la stagnation de l'enveloppe de cette subvention, alors que le nombre d'enfants d'âge scolaire n'a pas cessé de croître. En conséquence, de nombreux enfants quittent les établissements scolaires faute d'encadrement et de moyens pour payer leur scolarité.

Malgré son poids dans le système éducatif, on constate que l'État seul ne peut pas assurer l'éducation à tous les Camerounais tel que le stipule la constitution. Le partenariat avec les ANG, en l'occurrence le secteur privé s'impose. Il répond à la conjoncture et traduit une velléité de décentralisation du secteur pour permettre aux communautés locales de jouer un rôle plus actif dans l'éducation. Il faut le dire, l'État est un maillon clé du processus de décentralisation au Cameroun <sup>13</sup>.

## **L'État camerounais et le secteur de la santé**

Le slogan des années 1990 « Santé pour tous en l'an 2000 » définit bien la politique de l'État du Cameroun en matière de santé : ambitieuse et peut-être irréaliste. En comparaison avec l'éducation par contre, les efforts pour faire progresser la décentralisation ont peut-être été plus constants.

### **Bref aperçu sur la politique de l'État**

L'État du Cameroun, dans sa politique sectorielle de la santé, vise les objectifs suivants :

- rendre les soins de santé primaire accessibles à l'ensemble de la population avec sa pleine participation ;
- institutionnaliser la participation communautaire à tous les stades de la planification, de l'exécution et de l'évaluation des programmes de santé ;

---

<sup>13</sup> Vu les particularités du cas camerounais, on évitera de généraliser à l'ensemble de la zone. Ce pays a été choisi non pas pour sa représentativité mais pour l'importance accordée à l'introduction de nouvelles sources de livraison de soins et de recouvrements de coûts.

- augmenter l'accessibilité des populations aux soins préventifs, curatifs, promotionnels et réhabilitatifs.

Pour atteindre ces objectifs, l'État camerounais a organisé le système de santé en trois niveaux opérationnels comprenant chacun une structure d'administration et de gestion à laquelle nous avons déjà fait allusion et dont on retrouve une présentation schématique au tableau 6.

**Tableau 6 - Les niveaux du système de santé au Cameroun**

Niveau	Rôle	Structure de gestion	Structure opérationnelle	Structure de dialogue
Central ou national	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définition de politiques</li> <li>- Normalisation</li> <li>- Régularisation</li> </ul>	MINSANTE	Hôpitaux généraux, hôpitaux centraux, Centre Hospitalier Universitaire, Facultés, grandes Écoles de formation des personnels médico-sanitaires	Fonds National de solidarité pour la santé
Intermédiaire ou provincial	Appui technique	Délégation provinciale	Hôpitaux provinciaux, Écoles de formation des infirmiers	Fonds spécial provincial pour la promotion de la santé COGEPRO
Périphérique ou local	Mise en œuvre des activités opérationnelles de base	Service de santé du district	Hôpitaux de district, centres médicaux d'arrondissement, centre de santé intégré	COSADI- COGEDI COGE.HD CDSA-COGE

Source : Travaux des chercheurs à partir d'informations fournies par le ministère de la Santé du Cameroun.

Cette politique est fondée sur des principes de base qui peuvent être résumés comme suit :

- la protection et la promotion de la santé des groupes vulnérables et défavorisés, notamment les femmes, les enfants, les adolescents, les personnes du troisième âge, les indigents et les handicapés ;
- la promotion de l'utilisation des médicaments essentiels accessibles et de qualité dans toutes les formations sanitaires à travers le développement d'un système national d'approvisionnement décentralisé, associant les secteurs publics et privés ;

- la conduite d'un programme de santé prioritaire de lutte contre les grandes endémies, notamment le SIDA, la tuberculose et le paludisme ;
- la mise en œuvre d'une médecine préventive par la promotion de l'hygiène, de l'assainissement de l'environnement, de l'éducation sanitaire et de la vaccination ;
- la garantie du principe de continuité de fonctionnement des services de santé ;
- la promotion de la collaboration entre les secteurs publics, privés et traditionnels afin d'assurer la production des soins et des médicaments ;
- la rationalisation du système de gestion sanitaire et du financement du secteur, notamment par :
  - le renforcement et l'appui à la recherche opérationnelle ;
  - la mobilisation des ressources supplémentaires et la maîtrise des dépenses de santé.

De cette politique découlent quatre notions qui constituent, en principe, la pierre angulaire de la réorganisation des soins de santé primaires : partenariat, co-financement, co-gestion et participation communautaire.

S'il est incontestable que l'État détient la primauté sur l'octroi des soins de santé (60 % des dépenses), il est tout aussi vrai que le secteur privé confessionnel (30 %) et le secteur privé laïc (5 %) y jouent un rôle non moins important.

### **Décentralisation et recherche d'efficacité**

Pour accroître l'offre des services sociaux de santé, l'État a adopté, en 1993, une stratégie de décentralisation du processus de gestion en faveur du District de santé. Le centre de santé est considéré ici comme le niveau du premier contact du malade avec le système de santé. Le service de santé de District coordonne et supervise les activités de santé des tradi-praticiens et du secteur privé moderne. C'est une approche qui va dans le sens de l'intégration, l'État reconnaissant la place des structures non publiques, formelles et informelles. Cette politique vise également l'intégration de toutes les activités des soins de santé primaires du centre de santé et le renforcement du pouvoir de la communauté en l'impliquant dans le financement et la gestion.

**Tableau 7 - Nombre de structures sanitaires au Cameroun**

<b>Nature</b>	<b>Nombre</b>
Districts de santé	145
Aires de santé	1400
Hôpitaux de District	121
Autres Hôpitaux	68
Centres médicaux d'arrondissement	92
Centres de santé intégrés	785
Autres centres de santé	473
Pharmacies privées	209
Écoles de formation	35
Laboratoire d'analyse	15

Source : Ministère de la Santé du Cameroun, *Carte sanitaire du Cameroun*.

La loi-cadre de 1996 stipule que la rationalisation du système de gestion sanitaire et du financement du secteur se fait notamment par le développement de la gestion décentralisée des ressources humaines, financières et matérielles affectées au secteur de la santé. Pour y arriver, il est prévu que soit développé le partenariat entre les pouvoirs publics, les communautés bénéficiaires et tous les intervenants dans la filière santé. Cette filière, comme on aura pu le constater au tableau 7, est très largement établie à la grandeur du pays à travers une ramification d'activités et de structures qui assurent une importante présence sur le terrain.

La gestion du personnel fonctionnaire est encore très centralisée, surtout en ce qui concerne les cadres. De plus, il se pose également un problème de recouvrement des coûts dans un environnement caractérisé par la pauvreté des populations.

La politique de recouvrement des coûts qui n'est pas une innovation de la déclaration nationale de mise en œuvre de la décentralisation de gestion a évolué avec le temps. Déjà avant la crise économique, les formations sanitaires privées faisaient payer aux malades le coût des soins, à des taux plus ou moins élevés selon qu'il s'agissait des formations confessionnelles, des tradi-praticiens ou des cliniques privées. Les malades y étaient mieux accueillis.

Au niveau des services publics, la loi de 1990 portait dérogation spéciale pour permettre le recouvrement des coûts liés à la vente des médicaments et la gestion décentralisée de ces recettes. Quant à la loi de finances de 1992, elle autorisait certaines formations médicales à conserver 50 % des recettes provenant de leurs prestations payantes et à s'en servir localement pour couvrir les charges de fonctionnement des services et motiver du personnel. Un article de cette loi prévoyait aussi que les praticiens peuvent prétendre au bénéfice d'une quote-part sur la cession onéreuse en dehors des frais d'hospitalisation.

La loi de finances de 1998 prévoit quant à elle que les institutions hospitalières sont autorisées à conserver 100 % de leurs recettes. Après déduction des quotes-parts dues aux praticiens, le reste est reversé dans un compte de recettes. Un comité de gestion institué auprès de chaque formation sanitaire est chargé de la gestion décentralisée des médicaments essentiels et du produit de leur vente, ainsi que des recettes obtenues par les formations sanitaires pour leur fonctionnement.

Les textes cités ci-dessus visent la décentralisation effective de la gestion des recettes dans les formations hospitalières. On ne peut manquer de se poser des questions sur la répartition interne de ces recettes même si les dispositions officielles exigent que cette répartition soit fixée en début de chaque exercice budgétaire par décision du Ministre de la Santé publique sur proposition des comités de gestion des formations concernées. On peut penser qu'il y a là une bonne intention du Ministre de la santé d'avoir un regard sur les comités, mais en même temps, on peut redouter que cette disposition soit une limitation à la décentralisation souhaitée.

## **Conclusions partielles sur le Cameroun**

L'analyse de la situation menée par les autorités camerounaises (et d'autres) démontre une volonté claire de trouver de nouvelles façons de servir les populations, particulièrement en matière de santé et d'éducation. Pour ce faire, les autorités gouvernementales n'ont pas lésiné avec les transformations structurelles.

« Le blocage » des institutions républicaines dû à l'insuffisance des ressources des États les a amenées à s'orienter vers la reconstruction du champ politique. Les compétences ont été réparties. Cette répartition a été facilitée par l'élection de nouveaux acteurs au plan local, les conseillers municipaux et les maires. Cette approche fait appel à une dynamique nouvelle, celle de la redistribution des champs du pouvoir. Les responsables des services déconcentrés représentent leur ministère mais ils doivent intégrer dans leur

démarche les dynamiques locales. Ainsi, les responsables des collectivités locales devront désormais s'imprégner de la politique nationale avant d'élaborer leur plan local d'amélioration des conditions de vie des populations.

Si la crise économique (et l'empressement à suivre les orientations de l'ajustement structurel) a accéléré la nécessité de repenser les structures, elle a aussi empêché l'État de consacrer les ressources nécessaires pour répondre de manière satisfaisante à la demande de services sociaux de santé et d'éducation. Cette situation a dicté à certaines populations des comportements particuliers. Elles ont réagi en entreprenant des mesures de survie orientées vers une prise en main locale des services sociaux.

Dans cette mouvance de la décentralisation, l'État définit, en tant que principal artisan, le cadre institutionnel et juridique d'action. Il procède également à la mise en œuvre de sa politique sectorielle dans les établissements scolaires et les formations hospitalières. Mais à la lecture des mécanismes actuellement déployés, on relève des carences qui bloquent le processus de décentralisation. À cet effet, l'État doit définir un cadre plus clair de la mise en œuvre de la politique nationale en matière de décentralisation dans le secteur des services sociaux. Le fait que les responsables des services déconcentrés de l'État ne soient pas hiérarchiquement rattachés à la commune constitue à cet égard l'un des principaux obstacles à toute décentralisation réelle.

Au Cameroun, la coexistence des APE et des comités de gestion financière dans les établissements scolaires pose des problèmes réels qu'il convient d'aplanir par la suspension des activités de l'une des institutions et le renforcement de l'autre. Le recouvrement des coûts pratiqués dans les formations hospitalières publiques s'apparente à la privatisation. Mais le droit de regard de l'État sur la gestion est perçu comme un coup de frein au processus de décentralisation. Ce dernier devrait, de plus en plus, se désengager dans le processus de gestion financière des fonds collectés par la mise en place d'une réglementation souple et adaptée.

Au total, s'il existe une réelle volonté politique de décentraliser le système sanitaire et éducatif, il n'en demeure pas moins que la décentralisation des services de santé et d'éducation reste encore une perspective. La déconcentration des services est beaucoup plus une réalité que la décentralisation. C'est pourquoi au niveau local, bien que les responsables des collectivités locales aient désormais des pouvoirs de décision sur toute action en relation avec le développement de la commune, les secteurs de la santé et de l'éducation demeurent « l'affaire » de l'État central et de ses services déconcentrés. La décentralisation dans les services sociaux de l'éducation et

de la santé se trouve au stade du balbutiement. Elle devrait se renforcer non seulement par un réel transfert des champs de compétences et des moyens concomitants aux collectivités locales, compte tenu de leurs moyens, mais également par l'aménagement de la réglementation en vigueur.

## **Chapitre 3**

### ***Les bailleurs de fonds - Quelle influence dans le processus ?***

Le domaine de la décentralisation a retenu l'attention des partenaires au développement depuis les débuts de la décennie 1990. Le fait qu'elle ait été souvent présentée comme une des nouvelles conditionnalités de l'aide au développement a souvent constitué un facteur déterminant dans le processus même de la décentralisation.

Comment les bailleurs apprécient-ils le processus en cours ? Quelles sont leurs attentes et, concrètement, comment se matérialise leur appui au processus ? Quels mécanismes sont utilisés ? Finalement, quel impact peut-on voir à travers ces appuis non seulement sur le processus général de décentralisation mais aussi et surtout sur la situation des secteurs sociaux de l'éducation et de la santé ? Telles sont les principales questions auxquelles le présent chapitre se propose d'apporter des éléments de réponse <sup>14</sup>.

### **L'appui des bailleurs au Burkina Faso**

Sauf de rares exceptions – par exemple l'OMS qui n'intervient qu'en appui à la santé –, la plupart des partenaires extérieurs appuient à la fois des programmes en éducation et en santé. À croire que ces priorités se sont imposées d'elles-mêmes. Quelques partenaires, particulièrement les partenaires bilatéraux sont aussi actifs en matière de décentralisation. L'ampleur de ces coopérations confirme la réputation du Burkina Faso comme l'une des directions de choix de l'aide internationale.

### **Les appuis multilatéraux**

Dans le secteur de l'éducation, l'Union Européenne appuie surtout l'éducation de base burkinabè à travers des programmes en soutien aux salaires du personnel, à la formation, à l'équipement et à la construction. Le volume du montant alloué au ministère de l'Enseignement de base est passé de 1,77 milliard FCFA en 1993 à 3,92 milliards en 1996. Au cours de cette période,

---

<sup>14</sup> Il serait fastidieux d'énumérer l'action des bailleurs de fonds dans le domaine de la décentralisation, de la santé et de l'éducation. Nous retiendrons dans ce chapitre quelques exemples proéminents.

l'Union Européenne a modifié, parfois de façon sensible, son portefeuille d'appuis (aucun appui dans le volet investissement en 1996, de même pour le volet rémunération du personnel en 1998 et 1999).

Au Burkina Faso, la Banque Mondiale a signé un premier programme d'appui à l'éducation de base pour la période 1985-1993. Un second fut ensuite signé en 1994 et a pris fin en juin 1999. Ce deuxième programme portait sur la construction d'écoles et le recrutement d'enseignants. Dans le cadre du projet « Enseignement post-primaire 1998-2003 » qui porte sur la construction d'une cinquantaine de Collèges d'Enseignement Général, la Banque a accordé un prêt d'environ 36 millions de dollars. Les accords, il est bon de le rappeler, sont signés avec l'État et non avec les communes. Malgré l'importance des actions entreprises, on ne peut conclure à une volonté des bailleurs multilatéraux d'appuyer, au niveau des investissements, une décentralisation qui permettrait une implication active des communes. On en est demeuré à la logique traditionnelle d'une action d'appui à l'autorité centrale. Comme nous le verrons, un constat identique s'applique à l'ensemble des pays.

### **La coopération bilatérale**

En plus des institutions financières, d'autres partenaires financiers de la coopération bilatérale sont présents et interviennent dans presque tous les domaines. À ce niveau également, chaque bailleur a sa logique et ses manières. Quelques illustrations sont présentées dans ce qui suit.

La coopération au développement entre la République Fédérale d'Allemagne et le Burkina Faso date des années 1960. Cette coopération qui ambitionne l'amélioration des conditions de vie des populations s'articule autour des domaines suivants :

- le développement rural et la protection des ressources naturelles ;
- les infrastructures sociales, notamment sur le plan de l'adduction d'eau potable urbaine, l'hydraulique villageoise, la santé primaire et le planning familial ;
- le secteur privé et les infrastructures économiques notamment l'artisanat, la formation professionnelle, le système routier et l'énergie.

Dans le secteur de la santé, on peut noter :

- le programme réhabilitation de centres médicaux dont le maître d'œuvre est le ministère de la Santé. Débutant en avril 1995, la durée du programme était de 36 mois pour un montant global de 9 millions de DM. Ce

programme visait l'amélioration du système des soins médicaux curatifs et préventifs et l'état de santé des habitants.

- le Projet de Marketing social de condoms vise la réduction du taux d'infections VIH et l'espacement des naissances. La première phase, débutée en juillet 1994, a été évaluée à 15 millions de DM (dont un million en tant que prestation de contrepartie burkinabè). La seconde phase (débutée en 1998) se chiffre à 10,9 millions (10 millions sur ressources de la coopération financière et 900 000 en tant que prestation de contrepartie).

Les interventions des Pays-Bas s'apparentent à celles de l'Union Européenne. Mais contrairement aux appuis du partenaire européen, les Pays-Bas appuient le pays à travers les structures administratives et les structures décentralisées, davantage que l'Allemagne. Les financements sont faits à travers des plans et programmes.

Des six communes retenues du Burkina Faso étudiées, les Pays-Bas interviennent dans la région de Kaya, à travers un programme d'appui à la décentralisation du secteur sanitaire. Les fonds alloués au secteur de la santé en 1998 se sont élevés à 1,50 milliard FCFA dont 300 millions pour la seule région de Kaya. Il s'agit de sommes importantes qui confirment l'importance que ce pays accorde à appuyer non pas seulement la décentralisation mais aussi les « décentralisés ».

Le tableau de la coopération décentralisée est plus difficile à établir. La loi d'orientation a défini les compétences allouées à chaque entité décentralisée, mais sans préciser de cadre défini pour cette forme de coopération. Il n'est pas clair que les autorités locales soient ou non les maîtres d'œuvre des appuis qui leur viennent des villes et des régions du Nord. Selon les responsables communaux, la question sanitaire est inscrite dans les besoins prioritaires et, chaque année, le volet santé est pris en compte dans l'élaboration des budgets. Les initiatives sont propres à chaque commune et les relations que certaines communes entretiennent avec des partenaires étrangers participent beaucoup à l'amélioration de l'offre des services.

Ouagadougou semble être privilégiée dans le domaine sanitaire du fait de son jumelage avec la ville de Loudun en France. Le tableau 8 donne les informations sur les appuis faits par Loudun à Ouagadougou depuis 1988. Pour ces différentes réalisations, l'apport de la mairie de Ouagadougou se résume en main-d'œuvre, en matériel, aux frais locaux et services divers.

**Tableau 8 - Appuis de Loudun à Ouagadougou dans le domaine de la santé de 1988 à 1998 (en F FCFA)**

Année	Désignation	Contribution
1988	Construction de la pharmacie de Bissighin	754 701
1988	Construction atelier de fabrication de sirop	380 000
1988	Fourniture de médicaments	4 000 000
1989	Construction dispensaire de Balkuy 1 <sup>ère</sup> tranche	2 900 000
1991	Construction dispensaire de Balkuy 2 <sup>e</sup> tranche	2 000 000
1992	Financement médicaments	3 500 000
1993	Équipement dispensaire Balkuy	1 000 000
1993	Forage Polesgo	3 500 000
1994	Fournitures médicaments	4 000 000
1994	Construction dispensaire de Polesgo	8 465 000
1995	Construction logement infirmier Polesgo	11 649 652
1995	Construction logement sage femme Polesgo	10 301 550
1995	Construction maternité Polesgo	14 107 633
1996	Aide aux centres de santé et de promotion sociale	3 207 996
1997	Lutte antipaludique par moustiquaires imprégnées	5 000 000
1997	Latrines publiques	9 871 501
1998	Panneaux solaires maternité Polesgo	2 599 186
1998	Programme lutte antipaludique par moustiquaires imprégnées	5 000 000
1998	Latrines plus kiosques	21 875 000

En plus de Ouagadougou, d'autres communes sont aussi jumelées à des villes de pays du nord. Dans le domaine sanitaire, les appuis dont ces communes ont bénéficié ont été essentiellement des dons de matériels difficiles à évaluer. Par exemple à Dori, des dons de médicaments sont faits ponctuellement par la commune Alexis-Le-Vieux (France).

En matière d'éducation, la coopération décentralisée semble être moins présente que dans le secteur de la santé. On constate plutôt l'existence de liens de coopération entre Établissements (secondaires) de pays du Nord avec ceux du Burkina. Par exemple, le lycée Bogodogo de Ouagadougou est jumelé au lycée Léon Blum de France. Il a bénéficié de documents pédagogiques et d'équipements de communication (micro-ordinateur, magnétoscope, etc.). Le lycée Nelson Mandela de Ouagadougou est jumelé quant à lui avec Montpellier et Martigues et bénéficie de dons en matériel pédagogique. Le lycée Mixte de Goughnin (Ouagadougou) a bénéficié, dans le cadre du jumelage avec *Children Edge Link* (Grande Bretagne), de la somme de

800 000 FCFA pour l'année scolaire 1992-1993 et de matériel pédagogique par la suite.

Toutes les actions menées dans le cadre du jumelage contribuent à l'amélioration des services de santé et d'éducation, mais les actions demeurent limitées. Cependant, il n'y pas de lien direct entre ces actions et le processus de décentralisation. Elles surgissent à l'improviste et il est difficile aux autorités locales de pouvoir compter sur ces appuis pour intensifier leur propre rôle dans le processus de décentralisation. Néanmoins, ces actions contribuent à l'amélioration des offres de services dans les communes dans les secteurs de la santé et de l'éducation

## **L'action des bailleurs au Cameroun**

De façon générale, la situation du Cameroun ressemble, en ce qui concerne l'action des partenaires au développement, à celle qui prévaut au Burkina Faso, à l'exception près que la situation économique du pays lui permet de jouer un rôle plus actif dans la définition des programmes mis sur pied. La coopération décentralisée y semble aussi moins active.

## **Les appuis multilatéraux**

L'Union Européenne apparaît aujourd'hui comme un bailleur de premier plan. Au Cameroun, avec un volume financier d'aide au développement en cours de près de 345 milliards de FCFA, soit 29,4 % environ du budget de l'exercice 1998-1999, elle est le premier bailleur de fonds en termes de dons. L'Union Européenne entretient, par l'intermédiaire du Fonds Européen de Développement, des liens de coopération qui se traduisent par des subventions ou des prêts bonifiés destinés au financement des programmes à caractère économique et social.

Dans le domaine de la santé, le souci de l'UE reste la promotion au Cameroun d'une couverture sanitaire performante afin d'assurer les bases d'un développement durable. Pour ce faire, elle aide à l'approvisionnement en médicaments essentiels, à la construction de pharmacies où le projet *Pôle de Développement Rural* tente de valoriser le monde rural en développant les capacités réelles des populations locales à se prendre en charge en vue de promouvoir de meilleures conditions de vie.

Ceci traduit la volonté de l'UE de voir s'étendre au Cameroun un développement réellement décentralisé des communautés locales. Ces options s'inscrivent dans l'esprit de l'arrêté de 1998 portant organisation du cadre institutionnel d'exécution de la première phase du Programme National de

Gouvernance soutenu par les Nations Unies et dont l'objectif est l'élaboration d'une loi-cadre sur la décentralisation.

Ajoutons à cela que l'expérience pilote de la mise en place des aires de santé et des districts de santé dans l'Ouest du Cameroun est soutenue par l'UE qui finance aussi divers programmes sociaux par l'intermédiaire d'ONG. C'est en particulier le cas du Programme FOURMI « Fonds aux Organisations Urbaines et aux Micro Initiatives » de 1995. Ce programme s'attache à lutter contre la précarité des conditions de vie des habitants des quartiers défavorisés dans les villes principales et secondaires du Cameroun, plus particulièrement à la précarité du point de vue de l'accès aux services et infrastructures qui font le tissu urbain et dont dispose la population aisée. Dès le départ, ce programme s'était fixé deux objectifs : le premier fut de construire des infrastructures et de mettre en place des services qui permettent d'atteindre ces objectifs. Ceci devait se faire selon des modalités qui impliquent très fortement les populations des quartiers concernés (y compris financièrement) tout en associant les autorités publiques. Le second objectif fut de promouvoir une concertation durable entre population et pouvoirs publics à l'occasion de la réalisation de ces travaux.

Le projet présenté par les populations n'est effectivement subventionné par le Fonds européen que si les habitants mobilisent une contribution, essentiellement en argent, représentant entre 10 et 35 % du montant des travaux. Dans chacune des villes où intervient le programme (dont Bafang et Yaoundé), des organisations intermédiaires locales qui ont déjà une expérience en matière d'animation sociale, collaborent avec ce dernier. Les études techniques sont assurées par des bureaux privés locaux qui, par ailleurs, si le projet se réalise, sont chargés d'organiser l'appel d'offre des entreprises puis d'assurer le suivi technique des chantiers. La décision finale concernant le cofinancement de la réalisation appartient à un comité de sélection qui siège au niveau national pour garantir la neutralité. Ce comité est présidé par le chef de délégation de l'UE au Cameroun, il se compose du maire de la ville, de délégués du gouvernement, de représentants d'autres structures de coopération internationale, d'une personne ressource, de deux organisations intermédiaires et du GRET, elle-même une ONG qui assume la responsabilité générale du programme <sup>15</sup>.

---

<sup>15</sup> Dans son rôle, cette ONG garantit la concertation avec les acteurs privés les plus concernés, contracte avec les prestataires, administre les fonds de financement sous la tutelle de l'ordonnateur camerounais, gère le budget de fonctionnement de l'opération, règle tous les différends et conflits qui ne manquent pas de survenir, réoriente le programme au fur et à mesure des besoins et en fonction de la pratique.

La collaboration avec tous les acteurs est un idéal difficile à atteindre d'emblée. Les acteurs de ce programme doivent faire face aux conséquences des perturbations du contexte socio-politique local voire national. Ces effets sont dus aux luttes d'influence entre les notables du quartier ou de la ville, aux tentatives de récupération des actions sociales à des fins personnelles ou politiques, aux rivalités et autres conflits entre les populations d'origines ethnoculturelles diverses, à la faiblesse des capacités de paiement des populations, etc. Toutefois plus de 400 projets de quartier ont été soutenus dans ce programme depuis 1995, dont des projets d'infrastructures d'éducation et de santé. Chaque projet réalisé conforte la position des populations par rapport aux municipalités de même qu'il contribue à mieux définir les démarches de développement participatif pour lequel les différents acteurs sont invités à œuvrer. À terme, cette approche est sans doute la plus susceptible d'accélérer et de conforter le processus de décentralisation. Certes, on peut déplorer cette « politisation » à la base, mais celle-ci n'est-elle pas aussi le meilleur garant d'une démocratie véritable.

Au Cameroun, les activités de la Banque Mondiale sont plus remarquables dans le secteur des transports avec des engagements chiffrés à 430 milliards de FCFA, mais elles couvrent aussi le secteur social avec des engagements de l'ordre de 68 milliards de FCFA. Mais elle exclut les dons, ce qui est conforme à sa vocation, contrairement à celle de l'Union Européenne.

Le principal projet social en cours de réalisation et qui a bénéficié d'un financement de la Banque Mondiale dans le domaine de la santé demeure le projet *Fécondité, Santé et Nutrition* (20 milliards de FCFA). Ce projet consiste en la construction et en l'aménagement de centres de santé dans plusieurs localités. Ce projet concourt à la viabilisation du district de santé ; il se situe en droite ligne des objectifs prioritaires du Projet National de Développement Sanitaire (PNDS) élaboré par le gouvernement. À ce projet-phare s'ajoutent le financement de la construction, la réhabilitation et l'équipement de certains centres hospitaliers. C'est le cas notamment, de l'Hôpital Général de Yaoundé et du Centre Hospitalier Universitaire de Yaoundé.

Dans le domaine de l'éducation, la Banque Mondiale a depuis longtemps considéré le financement du secteur de l'éducation comme l'une des priorités des actions à mener dans le cadre de sa politique de lutte contre la pauvreté. C'est ainsi qu'elle a financé à partir de 1980, la construction, la réhabilitation et l'équipement de plusieurs Lycées et collèges, et des centres universitaires (Dschang, Douala, Ngaoundéré).

Au Cameroun, tous les organismes spécialisés des Nations Unies participent à la lutte contre la pauvreté et à l'amélioration des conditions de vie des populations, au travers des actions ponctuelles.

Le *Fonds des Nations Unies pour la population* intervient par le biais de la fourniture des médicaments, la réhabilitation des formations sanitaires et la formation du personnel. Le *Programme des Nations Unies pour le développement* (PNUD) est intervenu lors des catastrophes, notamment la prise en charge des sinistrés, particulièrement dans les provinces du Nord et de l'Extrême-Nord et dans le financement des activités du Programme National de Gouvernance.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) assiste le gouvernement dans des programmes prioritaires de santé. Il en est de même de l'UNICEF qui intervient dans les campagnes de vaccination et de lutte contre certaines maladies telle que la cécité des rivières.

Enfin, la BAD apporte une contribution sous forme de prêts dans la mise en place de la politique sectorielle du gouvernement en matière d'éducation et de la santé.

## **Les coopérations bilatérales**

L'*Agence Française de Développement* (AFD) est un important acteur de la scène décentralisée au Cameroun. Dans le domaine de la santé et à titre d'illustration, l'AFD agit en partenariat avec la Commune de Douala 1<sup>er</sup> pour la rénovation des équipements et des structures d'un Centre de Santé Intégré, ainsi que l'aménagement des services d'accueil et des urgences de l'hôpital de district de Deido. Dans le domaine de l'éducation, l'AFD contribue à la réfection, à la construction et à l'équipement des écoles, et des salles de classes dans divers établissements de la ville de Douala et de Yaoundé.

Le *Fonds d'Aide et de Coopération* (FAC) contribue quant à lui au renforcement des services de santé urbaine. Il finance la réfection et l'équipement de certains hôpitaux, c'est le cas de l'Hôpital Central de Yaoundé, où les travaux de réhabilitation et de rééquipement ont coûté environ 5 milliards de FCFA. L'hôpital Général de Douala, quant à lui, bénéficie de la part du FAC, d'un appui à la formation et de l'appui de 13 assistants techniques français. L'Organisation de Coordination pour la lutte contre les Endémies en Afrique Centrale bénéficie chaque année d'un appui du FAC.

L'Allemagne maintient une coopération très active au Cameroun notamment grâce à la GTZ qui intervient particulièrement dans les provinces du littoral, du Nord-Ouest et du Sud-Ouest dans les projets de développement. La KFW procède, de son côté, à la réhabilitation des Centres de Santé et des Hôpitaux de district.

La Coopération avec la Chine est très importante dans le domaine de la santé, à travers des lignes de crédits et de dons. On note également le financement de la réhabilitation de l'hôpital de district de Buéa, mais surtout la construction de l'hôpital pédiatrique de Yaoundé-Ngousso à hauteur d'une contribution d'environ 15 milliards de FCFA. L'appui en personnel médical dans certaines localités telles que Mbalmayo et Guider n'est pas en reste.

Au Cameroun, grâce à des dons et à des aides non remboursables, la coopération belge, bien que ponctuelle, a permis la réhabilitation de plusieurs districts de santé, particulièrement dans le grand Nord. Elle a également participé à la construction et à l'équipement de l'Hôpital Général de Douala.

La coopération japonaise est essentiellement constituée d'une aide bilatérale non remboursable. L'aide du Japon couvre les secteurs prioritaires que sont l'éducation primaire, l'approvisionnement en eau potable de plusieurs centres urbains et une contribution aux programmes élargis de vaccination.

Le Japon contribue surtout à une coopération technique (60 milliards de FCFA). Cette aide permet le financement, la construction et l'équipement d'écoles à l'horizon 2001, soit 32 salles de classes à Yaoundé et à Douala. Ces deux sites de projets ont été choisis prioritairement dans des zones surpeuplées et sous-équipées.

Dans le domaine de la santé, l'aide bilatérale du gouvernement japonais consiste en la fourniture d'équipements biomédicaux, l'achat de matériels roulants, l'acquisition des médicaments essentiels et la construction des centres de santé.

## **L'action des bailleurs en Côte d'Ivoire**

En Côte d'Ivoire, les engagements des bailleurs paraissent les plus nets sans doute en matière de santé publique. Durant les années 1990-1994, plusieurs programmes initiés au profit de la santé publique totalisaient un montant de 97 milliards, dont 31 milliards apportés par l'État en contrepartie.

Cependant est-il besoin de rappeler que les événements de décembre 1999 et les turbulences subséquentes ont complètement modifié le portrait de l'aide extérieure en Côte d'Ivoire. L'étude nationale menée ici s'est déroulée pour l'essentiel avant que les bailleurs ne retirent leur appui au gouvernement ivoirien.

## **Des appuis importants**

L'ampleur des projets appuyés est l'une des caractéristiques de l'action des bailleurs. En Côte d'Ivoire, le projet BAD-Santé implique un montant de 15 milliards de FCFA pour la réhabilitation d'hôpitaux, dont celui de Gagnoa. Le projet KFW, au chapitre de l'appui à la santé de base, mobilise 12,8 milliards et celui de la « FOCOEX » (Espagne) prévoit 12 milliards FCFA pour la réhabilitation des laboratoires d'analyse.

Ces programmes, ainsi que ceux mis en œuvre depuis 1998, ne concernent pas toutes les communes. En réalité dans les communes de l'échantillon, seuls deux bailleurs paraissent significatifs : l'Union européenne à travers le projet de développement des communes côtières, et la Banque Mondiale à travers le programme d'appui à la communalisation.

Bien que ponctuel, l'engagement de l'Union européenne et de la Banque Mondiale paraît considérable si on le mesure sur les cinq années de référence et si on le compare surtout aux interventions des autres acteurs du développement communal.

La Côte d'Ivoire a aussi obtenu de la Banque mondiale un accord de crédit en vue d'assurer le financement de son programme de développement local dans le cadre de la décentralisation. Il est prévu que les moyens dégagés seront affectés aux communes ivoiriennes par un mécanisme triangulaire dans lequel l'État, seul bénéficiaire de l'aide initiale, la leur rétrocédera sous la forme de conventions de financement d'opérations d'intérêt communal. Les communes bénéficiaires doivent, lorsqu'elles sont éligibles, mobiliser sur leurs fonds propres, une part (10 %) du montant des financements établis par projet par le biais d'un compte de régie d'avance municipale. L'État apporte aussi sa quote-part (10 %) et le reliquat (80 %) est versé par le bailleur. Les fonds mobilisés depuis 1995 se montent à 27 milliards FCFA <sup>16</sup>.

Si ces fonds sont en réalité un crédit remboursable par l'État de Côte d'Ivoire, les fonds mis en œuvre par l'Union européenne constituent un don à la Côte d'Ivoire. Un montant total de 20 milliards a été mobilisé pour 20 communes dites côtières. Ces fonds sont gérés à un niveau central selon un mécanisme qui implique à la fois un comité de pilotage rassemblant l'État et ses partenaires et une agence d'exécution assurant l'exécution direct de certains projet (les plus importants), et le conseil auprès des communes pour les projets d'initiative locale. La maîtrise d'ouvrage relève de la responsabilité

---

<sup>16</sup> Si nous rappelons ces programmes, c'est avant tout pour illustrer l'originalité et le caractère décentralisé des programmes mis en œuvre en Côte d'Ivoire avant les événements récents.

des autorités locales, même si une assistance technique est apportée par le dispositif d'exécution mis en place par le comité de pilotage.

De fait, ces deux projets ne concernent pas toutes les communes. Les grandes communes en sont généralement exclues. Ainsi, le PDCC et le PACOM n'ont financé jusqu'ici que Mafféré, Dabou et Bonoua. La tendance qui se dessine n'en reste pas moins significative d'un engagement considérable des bailleurs.

En effet, on peut noter dans le tableau des opérations financières que le cumul des subventions directes de l'État représente seulement 15 % de la valeur des interventions des bailleurs sur la période de référence des cinq années. En réalité, les différents programmes conduits par les bailleurs représentent 40 % de la budgétisation moyenne des communes. La tendance ainsi établie se mesure de façon encore plus nette dans le détail. Pour les petites communes de l'échantillon, l'intervention des bailleurs constitue même l'essentiel des investissements dans les secteurs de l'éducation et de la santé, comme d'ailleurs des autres secteurs.

Les importants investissements réalisés par les communes de Mafféré, Dabou et Bonoua s'expliquent, sur la période de référence, par l'implication particulièrement forte de la Banque Mondiale et de l'Union européenne à travers les programmes spécifiques du PDCC et du PACOM déjà cités.

## **Évaluation de l'action des bailleurs**

On remarque tout d'abord, à l'examen de ces données, l'importance considérable de l'engagement des bailleurs. Notons que le taux moyen de subvention des bailleurs est de 40 % du budget total des communes de l'échantillon sur les cinq années de référence. Si l'on note que les bailleurs ne financent pas toutes les communes et qu'ils ne financent pas tous les investissements, on s'aperçoit que leur engagement sur les cas spécifiques est d'autant plus important<sup>17</sup>. Cette observation paraît bien conforme à l'espoir que la décentralisation, par l'opportunité de la proximité et de la précision des actions qu'elle crée, attire de plus en plus d'actions concrètes des bailleurs. Toutefois, cette situation appelle certaines réserves.

Tout d'abord, on peut craindre les effets pervers de cette tendance à la substitution des bailleurs aux autorités locales. Le moindre des risques n'est pas une certaine déresponsabilisation des élus locaux et, à un degré moindre, de l'État du fait d'un budget d'investissement local essentiellement alimenté

<sup>17</sup> En fait, on peut voir dans le tableau des engagements financiers (en annexe du rapport de Côte d'Ivoire) que cette intervention est décisive.

de l'extérieur. Ce risque existe d'autant plus que les interventions se font à titre gracieux (dons). C'est pourquoi il est heureux que, dans certains programmes, l'éligibilité des projets soit soumise à une contribution locale préalable, traduisant un niveau d'engagement de la commune candidate.

Un autre problème réside dans le caractère objectivement ponctuel des engagements. Bien entendu, les différents programmes connaissent des périodes d'exécution couvrant plusieurs années. Ils sont mêmes très souvent reconduits. Mais, à proprement parler, un programme cohérent et durable de développement doit pouvoir compter sur des ressources durables et donc stratégiquement prévisibles. Ceci confirme la nécessité d'un engagement personnel des acteurs nationaux, à commencer par les communes elles-mêmes.

Le caractère ciblé des investissements réalisés n'est pas sans risque non plus pour la politique de développement local. En effet, la plupart des projets financés par les bailleurs comportent la particularité d'être des projets thématiques, obéissant à des objectifs établis avec l'accord de ces bailleurs. En fait, c'est leur conception des choses qui primera bien souvent. L'inexistence de projets locaux est toujours favorable à l'influence de ceux qui ont des projets et, de surcroît, l'argent pour les réaliser. D'où la nécessité pour les communes d'avoir de véritables plans de développement que les bailleurs seront toujours obligés de prendre en compte.

Sous ces réserves, les élus locaux paraissent, au moment de l'enquête, plutôt satisfaits de l'action des bailleurs de fonds. La tendance des investissements locaux et les engagements internationaux actuellement en cours révèlent qu'il est probable que les bailleurs continueront de jouer un rôle important. La persistance de la crise économique généralisée continuera de créer un environnement spécifiquement favorable à un tel appel de fonds d'actions. Il restera aux autorités locales à transformer les opportunités offertes en véritables plans de développement durable.

## **Conclusions partielles sur le rôle des bailleurs**

La mise en œuvre du processus actuel de décentralisation connaît une adhésion de nombreux partenaires au développement dont les bailleurs.

D'autre part, les bailleurs de fonds ont acquis ces dernières années une position dominante dans les politiques publiques en matière d'éducation et de santé. La crise économique persistante et la rareté budgétaire généralisée ont contribué à fonder la nécessité de leur rôle. De fait, l'essentiel des actions que l'on impute aux autres acteurs des politiques publiques locales est facilité par les bailleurs qui interviennent auprès d'eux comme facilitateurs de projet. La

véritable place occupée par les bailleurs dans le financement du développement de l'éducation et de la santé dans les communes en Côte d'Ivoire est ainsi plus large que la place nominale, certes déjà importante, que l'on peut constater dans la distribution de la comptabilité municipale.

## **Un appui centré sur le processus**

Cependant, l'aperçu de l'appui direct des bailleurs de fonds à la décentralisation montre que l'intérêt de ces derniers a porté beaucoup plus sur le financement du processus en général que sur les secteurs sociaux comme l'éducation et la santé dans les collectivités décentralisées. Cette situation s'explique essentiellement par la structuration et l'organisation des systèmes éducatif et sanitaire, qui ne permettent pas aux bailleurs de fonds d'intervenir directement en appuyant les communes sans passer par les structures gouvernementales en charge des questions de la santé et de l'éducation (Ministères). Les possibilités d'appuis directs aux collectivités décentralisées sont donc réduites voire inexistantes. Toute action des bailleurs par rapport à ces deux secteurs se fait par l'intermédiaire de l'État qui reste l'initiateur, le gestionnaire et surtout le principal responsable des secteurs de l'éducation et de la santé.

La non-disponibilité de ressources financières suffisantes et la faible capacité de mobilisation des ressources locales constituent également un frein à une « prise en main » par les structures décentralisées, des secteurs sociaux de l'éducation et de la santé qui restent de loin, les préoccupations majeures des populations. Il en découle que les effets structurels dus à l'intervention des bailleurs de fonds, s'ils sont perceptibles et importants par rapport au processus général de décentralisation, sont par contre moins visibles et relativement peu significatifs par rapport à la situation des secteurs de l'éducation et de la santé. Dans ce sens, pour les responsables des collectivités décentralisées et pour les populations, l'intervention des bailleurs de fonds est toujours attendue afin de pallier l'insuffisance quantitative et qualitative des offres actuelles en matière d'éducation et de santé à laquelle les ressources locales ne peuvent faire face.

On peut aussi observer que les bailleurs de fonds ne travaillent pas toujours de manière concertée avec les autres acteurs dont les municipalités. Cette absence de concertation peut contribuer à réduire l'efficacité des actions ou à les neutraliser.

Ce diagnostic quelque peu négatif appelle cependant une nuance. Les progrès accomplis par la Côte d'Ivoire en matière d'implication des autorités locales démontrent clairement que, lorsque la volonté politique existe, il est effec-

tivement possible que les communes passent d'un statut de simples spectateurs à celui d'acteurs. Le fait qu'en matière de décentralisation, la Côte d'Ivoire soit aujourd'hui revenue à la case départ rend ce constat particulièrement pénible.

### **Une action essentielle à mieux intégrer**

En général, les bailleurs financent la construction d'équipements publics, ainsi que la réfection des équipements défectueux. On peut ajouter à cela l'équipement des structures construites. Mais leur action consiste rarement à assurer les frais de fonctionnement quotidien des équipements scolaires ou de santé publique.

De façon générale, l'intervention des bailleurs reste décisive pour ce qui est des politiques publiques locales en matière d'éducation et de santé. En Côte d'Ivoire par exemple, les différents programmes conduits par les bailleurs représentent 40 % de la budgétisation moyenne des communes. Si l'on y ajoute les appuis rétrocedés par l'État sous la forme de ses propres interventions, on arrive à une position quasiment monopolistique dans ce pays.

Si l'on s'en tient à la technique de projet mise en œuvre par les bailleurs, on peut croire d'emblée à une efficacité plus grande de l'action des bailleurs par rapport à celle des autres acteurs du système. En effet, le propre des projets est de suivre des objectifs devant être impérativement acquis. Mais l'action directe des bailleurs n'est pas sans inconvénients, d'une part en ce qui concerne le risque de déplanification de l'action publique et, d'autre part, le risque non moins important de déresponsabilisation des acteurs nationaux. À cela s'ajoute le caractère peu systématique de l'action des bailleurs, qui ne se situe que dans des approches ponctuelles, même si celles-ci perdurent parfois. C'est pourquoi on doit recommander une intégration accrue des programmes financés par les bailleurs dans les politiques publiques élaborées par les acteurs principaux que sont l'État et les communes.

## **Chapitre 4**

### ***Les municipalités, acteurs formels pour quelle réalité ?***

Il existe, dans le monde, des variations considérables dans l'étendue des responsabilités dévolues aux collectivités décentralisées. Les attributions en matière de programmation, de planification et de gestion des équipements et des services relevant respectivement de l'action de l'État ou des municipalités varient considérablement d'un pays à l'autre. On peut néanmoins constater que, très souvent, les services de proximité en matière d'éducation (enseignement maternel et primaire) et de santé (santé primaire : dispensaires, centres de santé) sont dévolus aux municipalités.

En ce qui concerne l'Afrique de l'Ouest et Centrale, la dévolution des compétences aux municipalités n'est pas très étendue en comparaison avec les pratiques ailleurs. Bien des services publics qui, sous d'autres cieux, sont du domaine (au moins partiel) des municipalités, relèvent encore du domaine exclusif de l'État. D'autre part, les possibilités d'initiative sont souvent bloquées par l'insuffisance de ressources tant matérielles qu'humaines.

De plus, le processus de décentralisation tel que mené dans la sous-région a eu pour effet de concentrer l'essentiel des ressources publiques aux mains des États centraux provoquant une inadéquation relative entre les ressources affectées aux municipalités et les responsabilités qui leur sont transmises.

Cette constatation globale soulève un questionnement sur l'adéquation entre les ressources humaines et financières et les responsabilités municipales induites par les processus de décentralisation dans les trois pays retenus.

Il s'agit donc d'analyser le processus de décentralisation à travers les étapes par lesquelles les États ont progressivement transféré aux municipalités certaines de leurs responsabilités en matière de services sociaux, et affecté les ressources publiques à la couverture des charges de ces services et d'évaluer la capacité des municipalités à satisfaire les besoins en services sociaux de la population..

Les situations sont disparates à travers les pays. Par exemple, on peut noter que, pendant que les communes de l'échantillon du Burkina Faso et du Cameroun consacrent moins de 1 % en général aux dépenses de santé et d'éducation, ce chiffre peut atteindre et même dépasser 20 % en Côte d'Ivoire. Compte tenu de cette grande disparité, les situations seront examinées pays par pays.

## **Les municipalités et les services sociaux au Burkina Faso**

Au Burkina Faso, le texte fondamental en matière de décentralisation, et surtout en matière de répartition des compétences entre l'État et les collectivités, est la loi d'orientation sur la décentralisation de 1998. En matière de santé, la commune reçoit les compétences suivantes :

- construction et gestion des formations sanitaires de base et intermédiaires ;
- organisation de l'approvisionnement pharmaceutique le cas échéant, prise de mesures relatives à la réglementation et à la prévention des maladies ;
- mesures de prévention de la maladie, mesures d'hygiène et de salubrité dans le ressort territorial de la commune ;
- contrôle de l'application des règlements sanitaires ;
- participation à l'établissement de la tranche communale de la carte sanitaire nationale ;
- contrôle de la qualité de l'eau.

En matière d'éducation, les compétences reçues par la commune dans son périmètre sont :

- prise en charge du développement de l'enseignement préscolaire ; à ce titre, elle acquiert, construit et gère des établissements préscolaires ;
- prise en charge du développement de l'enseignement primaire dans le périmètre communal ; à ce titre, elle construit ou acquiert et gère des écoles primaires ;
- contribution au développement de l'enseignement secondaire ; à ce titre, elle construit et gère des établissements secondaires ;
- prise en charge, avec l'appui de l'État, du développement de la formation professionnelle et de l'alphabétisation ;
- participation à l'établissement de la tranche communale de la carte scolaire nationale.

## **Les dépenses communales de santé et d'éducation**

Il a été très difficile d'identifier les montants inscrits dans les budgets communaux au profit de la Santé et de l'Éducation. Les données obtenues sont très parcellaires. Elles ne couvrent que très exceptionnellement toute la

période retenue (1992-1998). Un seul indicateur est utilisé ici pour tenter d'apprécier l'effet de la décentralisation sur l'éducation : la part prévue des dépenses consacrées à la santé et l'éducation par rapport au budget global de la commune (dans quatre communes).

**Tableau 9 - Rapports entre les budgets prévisionnels de santé et d'éducation et budget communal (en %)**

<b>Éducation :</b>	<b>1992</b>	<b>1993</b>	<b>1994</b>	<b>1995</b>	<b>1996</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>
Dori	n.d	n.d.	0,00	0,02	0,03	0,05	0,00
Houndé	0,39	0,31	4,37	4,25	3,57	16,44	26,26
Kaya	0,00	0,00	0,00	0,00	6,27	0,35	0,34
Ouahigouya	0,30	0,30	0,17	0,14	0,20	0,34	0,08
<b>Santé :</b>							
Dori	n.d.	n.d.	0,00	1,00	0,81	0,61	0,69
Houndé	0,39	0,39	0,29	0,32	0,00	0,00	0,00
Kaya	4,74	5,43	4,66	2,87	2,75	3,20	3,05
Ouahigouya	0,71	0,49	0,83	0,42	0,51	0,19	1,29

Source : Les sources et les tableaux complets sont disponibles dans le rapport sur le Burkina Faso.

n.d. = Données non disponibles

Le moins que l'on puisse dire, c'est que cette part fluctue considérablement selon les communes et les années. De façon générale, on observe une augmentation entre le début et la fin de la période, ce qui indiquerait un impact positif de la décentralisation.

L'examen des actions entreprises par les municipalités en faveur de ces deux secteurs éclairera-t-il mieux les choses ?

## **Les actions des municipalités en matière de santé et d'éducation**

Les municipalités s'impliquent très fortement dans le développement des services sociaux de santé et d'éducation en y intervenant sous des formes très variées mais non codifiées par un texte précis. Ces interventions compensent dans une large mesure l'absence d'inscriptions de postes précis dans les budgets. Ces actions sont mises en exergue par les responsables municipaux. Elles sont récapitulées dans les tableaux 10 et 11.

**Tableau 10 - Interventions des municipalités dans le développement de la santé**

Actions	Dori	Gaoua	Houndé	Kaya	Ouahigouya	Ouagadougou
Construction et équipements de formations sanitaires	*	*	*	*	*	*
Paielements de salaires au personnel (matrones, gardiens, secrétaires, dactylographes, accoucheuses auxiliaires)	*	*	*	*	*	
Sensibilisation sur les MST-SIDA, Hygiène	*		*	*		
Sensibilisation contre l'excision	*		*			
Subvention des repas aux malades	*			*	*	*
Fournitures de médicaments	*					
Négociation d'appui avec d'autres villes	*					
Fourniture de consommables	*		*	*	*	*
Ramassages d'ordures ménagères	*		*	*		
Création de conditions favorables au développement de la santé	*					
Octroi de carburant pour les JNV	*			*		
Appui financier	*		*		*	*
Organisation de campagnes de vaccination				*		
Formation d'agents de la santé				*		*
Acquisition de matériel roulant par le biais des jumelages						
Subventions financières					*	*
Lutte contre la malnutrition					*	
Construction de logements pour le personnel						*
Construction de latrines						*

On y retrouve, entre autres, la construction et l'équipement des infrastructures, l'embauche de personnel au profit des deux services, les subventions, la fourniture de consommables, la fourniture de produits (médicaments et fournitures scolaires), la formation d'agents, l'organisation de campagnes de sensibilisation, la négociation de partenariat avec les villes étrangères en vue d'apporter un soutien à ces deux secteurs, etc. Quelques exemples d'implications concrètes peuvent aider à mieux comprendre cette implication communal

Gaoua

- contribution de la mairie à la construction de l'école C (école publique) de Gaoua
- construction d'un lycée municipal avec l'appui de Faso Baara pour décongestionner le lycée provincial (45 millions FCFA).

**Tableau 11 - Interventions des municipalités dans le développement de l'éducation**

Actions	Dori	Gaoua	Houndé	Kaya	Ouahi-gouya	Ouaga-dougou
Dotation en fournitures scolaires	*	*	*	*	*	*
Sensibilisation sur la scolarisation des filles	*					
Subvention aux écoles et lycées	*				*	
Paieement de factures d'eau et d'électricité	*					
Offre de prix aux meilleurs élèves	*			*		*
Sensibilisation des parents d'élèves	*					
Participation aux commissions de recrutement des élèves	*		*			
Facilitation d'acquisition de terrains	*					
Résolution de conflits entre parents et enseignants	*					
Recherche de partenaires pour les établissements secondaires	*					
Appui à la gestion des APE	*					
Appui financier	*		*	*	*	*
Construction, équipements de classes, écoles et établissements	*	*	*	*	*	*
Formation d'agents (informatique et autres)						*
Financement de bibliothèques	*					
Distribution d'habits aux élèves	*					
Paieement de salaires (vacataires, personnel d'appui)		*	*	*	*	*
Recrutement de personnel pour DPEBA			*			*
Organisation rentrées scolaires et examens				*		*
Recrutement d'enseignants				*		
Construction latrines pour élèves				*		

Houndé

- construction d'un centre de récupération nutritionnelle, d'une maternité, d'un bloc opératoire, et dons de verres correcteurs
- construction d'une école à six classes (21 millions FCFA)
- normalisation de l'école de Karaba
- normalisation de l'école de Koho (7,5 millions FCFA)
- recrutement d'une dactylographe pour la Direction Provinciale de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation

Kaya

- construction et équipement d'un centre de santé et de promotion sociale
- construction d'une école de 6 classes (20 millions de FCFA)
- construction de classes complémentaires au Lycée Municipal
- construction de latrines pour le Lycée Municipal
- paiement du salaire d'une animatrice au préscolaire
- appui à la santé en personnel (gardien, matrone)
- prise en charge de 3 accoucheuses auxiliaires

Ouahigouya

- clôture des maternités
- construction d'une salle d'hospitalisation
- construction de maternités - acquisition dix lits pour le centre médical
- construction de trois classes
- don de fournitures scolaires
- construction lycée communal
- recrutement de matrones communales

Ouagadougou

- Contribution au fonctionnement de la Direction provinciale
- Aide à 1 400 enfants nécessiteux

La lecture des statistiques relatives aux infrastructures et ces quelques informations ne permettent pas de tirer une conclusion tranchée, notamment en ce qui concerne la santé. Les infrastructures principales de référence (CHR, CMA) n'ont pratiquement pas évolué et les apports ponctuels des municipalités apparaissent comme bien faibles par rapport aux besoins. Sur le plan de l'éducation par contre, on constate une augmentation du nombre de classes, du personnel et des effectifs scolaires. Certes, les accroissements ne sont pas énormes mais, comparativement à l'évolution passée, ces progrès sont réels.

Faut-il conclure à une absence des municipalités sur le terrain de la Santé et de l'Éducation ?

La faiblesse de l'offre depuis les débuts « officiels » (1995) de la décentralisation se comprend assez aisément. Les délais de mise en œuvre sont relativement courts. De plus, la construction et l'équipement des infrastructures de santé et d'éducation coûtent très cher. Ceci n'est pas à la portée des opérateurs économiques privés. De plus, la nécessité de respecter la carte sanitaire nationale n'autorise pas la construction des formations de référence sur n'importe quel site lorsqu'il en existe déjà. Par contre, pour les services de moindre envergure (CSPS, dispensaires ou maternités seuls, cliniques privées, dépôts, officines), cela devrait être possible dans les centres urbains où les normes OMS sont loin d'être atteintes et où la rentabilisation de ce genre d'investissement est possible.

En fait, il serait mieux indiqué ou plus pertinent de chercher à savoir si les services sont plus étendus, si les prestations sont de meilleure qualité et quel rôle y a joué la municipalité de manière directe ou indirecte.

La municipalité peut intervenir directement dans les constructions, le recrutement de personnel, la fourniture de médicaments, de matériels didactiques, de fournitures scolaires, etc. Elle peut indirectement, de par les conditions qu'elle offre, contribuer au développement des infrastructures et à l'extension des services. À titre d'exemples, les lotissements, l'électrification, l'adduction d'eau, les créations d'emploi, l'amélioration de la voirie, la diversification et l'amélioration des services offerts par la commune peuvent attirer une forte population ce qui fera augmenter la demande et, par conséquent, incitera l'offre de services de santé. Elle peut contribuer à améliorer et à renforcer ce qui existe déjà et qui répond à la demande des citoyens. Même si les constructions ne sont pas toutes le fait de la municipalité, l'action des responsables communaux y a grandement contribué. À cet effet, il suffit de citer les diverses actions initiées en faveur du secteur.

## **Les municipalités et les services sociaux au Cameroun**

Le manque de moyens financiers est souvent avancé en première analyse pour expliquer la faiblesse de l'action des municipalités camerounaises sur le terrain. Cependant, on se rend bien compte qu'en plus des moyens financiers qui rentrent naturellement à part entière dans les préoccupations du processus de décentralisation, il y a un certain nombre d'aspects essentiels ou d'accompagnement qui devraient également être pris en compte.

## **Un début d'application**

La mise en application des lois de décentralisation de 1974 et 1987 s'est traduite par un début de renforcement de l'autonomie des municipalités sur certains actes administratifs, notamment l'état civil. Les services sociaux de santé et d'éducation n'apparaissent pas encore comme une préoccupation locale. En tout cas, le transfert formel aux municipalités des compétences spécifiques dans les domaines de la santé et de l'éducation n'est pas encore effectif. Tout au plus, la réglementation exige des communes, en de termes généraux, qu'elles consacrent une partie de leurs ressources financières aux services sociaux de santé et d'éducation.

À la faveur du nouvel environnement institutionnel issu de la tendance vers une plus grande décentralisation des services de santé et d'éducation à partir de 1990, on se serait pourtant attendu à ce que la contribution des municipalités soit plus significative. Il n'en est rien puisque la part des dépenses de santé dans les prévisions de dépenses des communes est faible. Par exemple, en 1997-1998, les données recueillies sur le terrain montrent que la part des dépenses prévues pour le financement des services de santé à Limbe ne représentait que 2,1 % des dépenses totales. Lorsque l'on sait que le taux de réalisation budgétaire est très bas, on comprend que le financement effectif de la santé par cette municipalité est tout simplement marginal. Pour Bafang, absolument rien n'avait été prévu pour le financement de la santé dans le budget communal de l'année 1997-1998 et pour l'année d'avant, il avait été prévu 1,2 %, mais il ressort du compte administratif qu'au bout du compte rien n'avait été dépensé.

## **Des effets marginaux**

Dans l'ensemble, la diversité des modes d'intervention des municipalités contraste avec leur faible intensité et leur présence mineure. On observe plus d'actions d'éclat que d'actions de poids puisque moins de 20 % des écoles ont connu un appui des communes en 1999. De l'analyse des prévisions budgétaires et des comptes administratifs approuvés, il ressort que les communes consacrent moins de 1 % de leur budget annuel aux questions de santé, d'affaires sociales, d'enseignement et d'éducation populaire.

En somme, pour ce qui est des infrastructures de santé et d'éducation, l'action des municipalités est surtout ponctuelle avec des effets matériels marginaux. Quelques maires ont contribué à la création et à la construction d'établisse-

ments de santé ou d'écoles dans les villages avec le concours des « élites<sup>18</sup> » ou de la coopération internationale décentralisée. Les autres actions directes sont également ponctuelles et marginales. En effet, si on s'en tient aux réponses obtenues sur le terrain (établissements scolaires, de santé, leaders coutumiers, etc.), l'intervention directe des communes en matière de production des services de santé et d'éducation s'effectue selon plusieurs modalités d'action. Un certain nombre d'entre elles ont procédé à une distribution de comprimés de nivaquine dans les écoles pour lutter contre le paludisme. Cette action à l'intersection de la promotion de la santé et de l'éducation a parfois été accompagnée d'autres interventions, notamment les dons de matériels.

La participation des municipalités aux structures de dialogue est davantage permanente, mais on verra que ces structures sont bien souvent paralysées par les conflits locaux. En effet, une contribution plus indirecte mais plus constante des communes se manifeste par la participation au fonctionnement des structures de dialogue (Comités de gestion, Comité de santé) en tant que membres statutaires.

En fin de compte, malgré la possibilité offerte aux municipalités d'agir sur la gestion des affaires locales, leur influence sur les services de santé et d'éducation reste marginale.

En perspective, la Commission Nationale de la Bonne Gouvernance au sein de laquelle avait été créée une sous-commission de décentralisation, s'est interrogée sur la nature des services sociaux de santé et d'éducation qui devraient rentrer sous la responsabilité des collectivités décentralisées (régions ou communes). Leur rapport a été remis au Premier Ministre à la fin de 1999. On attend les décisions que le gouvernement prendra à ce sujet.

Au total, dans une localité, l'option de mettre un accent particulier sur les services de santé et d'éducation résulte du choix de la municipalité et non d'une donnée institutionnelle dont elle est obligée de tenir compte.

Il se dégage ici que, dans la décentralisation par service, la municipalité n'est pas considérée comme l'entité de base autour de laquelle doit être organisée une meilleure accessibilité des populations aux soins de santé et d'éducation. De ce fait, il n'y a pas eu, au Cameroun, dans ces domaines précis, d'arbitrage sur les choix en matière de transfert de ressources aux municipalités. On note cependant chez les élus locaux et, plus particulièrement chez ceux qui font partie de l'exécutif municipal, une volonté ferme de conquérir l'espace des

---

<sup>18</sup> Terme désignant les ressortissants plus ou moins fortunés : cadres de l'Administration ou du privé, commerçants, entrepreneurs etc.

services sociaux. Mais en plus de la faiblesse des ressources municipales, plusieurs facteurs constituent encore des obstacles sur leur chemin :

- l'absence de méthodologie de travail avec une vision à court ou à moyen terme ;
- l'attitude souvent négative des responsables et autres fonctionnaires des services déconcentrés de l'État ;
- l'attente des mesures prises par le gouvernement en matière de décentralisation ;
- la faible disponibilité des élus qui ne consacrent finalement en moyenne que moins de 30 % de leur temps à la gestion de la municipalité ;
- au sujet des services sociaux de santé et d'éducation, la municipalité ne reçoit pas suffisamment de doléances émanant des populations.

Au total, dans les domaines de la santé et de l'éducation, les municipalités n'occupent qu'une place marginale dans la définition des politiques et dans la réponse aux demandes de services exprimée par les populations.

## **Les municipalités et les services sociaux en Côte d'Ivoire**

A priori, d'importantes attributions ont été généreusement transférées aux communes ivoiriennes. Le décret de juin 1986 portant sur les transferts de compétences de l'État aux communes en matière sociale précise que sont transférés aux communes ivoiriennes les centres sociaux, les foyers féminins, les centres d'éducation préscolaire, les crèches, les écoles maternelles et primaires, les logements destinés au personnel enseignant, les cantines scolaires, les installations sportives, les dispensaires, les maternités de quartier et les centres de santé.

Les transferts opérés devaient, au sens de la loi de 1985, être accompagnés du transfert des ressources nécessaires. Cela n'a pas été fait. Les communes ivoiriennes ont attendu en vain les mesures d'accompagnement des transferts, qui devaient, sous la forme de subventions, leur permettre d'exécuter les missions dont l'État, par le mécanisme même des transferts, s'était ainsi déchargé sur elles. Normalement, les lignes de crédits affectées dans le budget de l'État à l'accomplissement des tâches correspondantes auraient dû être transférées par subvention, ou autrement, aux communes. C'est là en tout cas une revendication classique de l'Association villes et communes de Côte d'Ivoire.

## **Évaluation de l'action des communes en Côte d'Ivoire**

S'agissant des ressources, apprécier le degré d'optimalité des politiques locales suppose la prise en compte des contraintes structurelles auxquelles les communes doivent faire face, notamment cette éternelle insuffisance des moyens.

Certes, des efforts ont été faits ici. Mais à part quelques communes riches, les plus petites ne doivent leur survie qu'à l'existence des différentes dotations fournies par l'État ou aux interventions ponctuelles des bailleurs de fonds. Certaines grandes communes reçoivent ainsi même des subventions d'équilibre budgétaire. Cependant, même cette aide a considérablement diminué avec le temps, sans qu'aucune solution véritable de remplacement n'ait été trouvée.

Certes, la loi prévoit la possibilité du recours à l'emprunt. Celui-ci a finalement été organisé sous la forme de la caisse de prêt aux collectivités locales, gérée dans le cadre d'un fonds spécial au sein de la caisse autonome d'amortissement. Mais la solution reste limitée quant à sa portée. Même un projet comme le PACOM sous l'égide de la Banque Mondiale, ou le programme de développement des communes côtières, sous l'égide de l'Union Européenne, en apparence plus généreux, restent limités par leur durée (trois ans).

Les difficultés de mobilisation interne sont liées surtout à des problèmes structurels non encore résolus. Ainsi, on sait que la plupart des villes ivoiriennes restent dépourvues de cadastres permettant d'identifier correctement les redevables de l'impôt foncier. L'exemple de certaines communes montre que l'utilisation de cet outil permet d'augmenter sensiblement le rendement de l'impôt foncier. Par ailleurs, l'environnement socio-économique des communes reste de toute manière fortement pénalisé par un aménagement inégal du territoire national. Certaines communes, dans les régions les plus pauvres, n'auront pas de sitôt le tissu économique qui leur permettra de mobiliser des recettes conséquentes.

Tout cela est aggravé par les difficultés de trésorerie qui, ces dernières années, ont atteint des proportions inquiétantes. La plupart des projets municipaux sont restés en souffrance, non pas à cause du manque de moyens, mais de l'impossibilité de décaisser les sommes importantes prises en « otage » par le système rigide de l'unité des caisses publiques. La solution n'est sûrement pas dans les aménagements ou « l'oxygénation » apportée de temps en temps par l'État lorsque les difficultés deviennent un peu trop importantes.

Pour autant, les critiques sont-elles complètement injustifiées ?

L'analyse des problèmes, des engagements des communes et de l'appréciation faite par les populations laisse subsister une impression générale, soit d'insuffisance, soit d'incompréhension entre les populations et les autorités locales. Les chiffres établis permettent de dire dans l'ensemble que les communes ont un niveau général d'engagement appréciable. Mais on ne peut négliger l'opinion des populations.

Départager les points de vue de manière indiscutable suppose, d'une part, une mesure exacte de la demande, à supposer qu'elle soit alors figée et, d'autre part, un indicateur, non moins figé, de l'adéquation offre-demande. Un tel exercice demeure risqué et au demeurant relativement impossible. Ni la demande ne peut être figée, pour des raisons évidentes d'adaptation perpétuelle aux exigences générales du contexte, ni les réponses données par les autorités ne peuvent satisfaire dans l'absolu.

En réalité, on ne peut, sans exagérer, exiger une parfaite adéquation entre la demande et l'offre.

On peut rechercher un ancrage simple et plus sobre de l'analyse. À cet égard, il paraît plus judicieux de rechercher plutôt qu'un indicateur introuvable de satisfaction absolue, un indicateur de suivi des efforts faits par les communes dans la promotion de l'éducation et de la santé. Le mérite des communes qui atteignent un haut niveau d'investissement dans ce domaine doit, certes, être nuancé par l'importance des subventions extérieures. Mais celles qui réalisent un bon score sans subvention montrent bien le sens des efforts.

Au vu des performances réalisées, il apparaît ainsi raisonnable de considérer qu'un engagement de l'ordre de un tiers du budget serait un objectif *minimum*. Peu importe alors d'où viendraient les financements. Les communes réaliseraient ainsi l'objectif premier de leur affectation globale à la lutte contre la pauvreté et à l'amélioration de la condition sociale des citoyens. Le constat de la situation actuelle montre bien que cette exigence reste conforme à la tendance. La question de solutions durables à la faiblesse structurelle des moyens des communes reste en tout cas ainsi posée.

Le volume des transferts financiers entre l'État et les communes a toujours été important en raison du système de répartition des ressources publiques. La liste des moyens mobilisables par les communes reste théoriquement significative d'une grande attention de la part du pouvoir central. Les communes peuvent ainsi a priori inscrire dans leurs budgets certains impôts d'État dont le produit leur est affecté en partie. Il s'agit des impôts fonciers et des patentes et licences. À cela s'ajoutent des taxes locales et surtout, la possibilité pour chaque commune de créer des redevances et droits en tout genre, à condition de fournir des prestations payantes aux populations. L'État

fournit aux plus démunies, une dotation globale de fonctionnement et, à l'occasion, des subventions d'équipement ou d'équilibre. Depuis la mise en place de la *Caisse de prêt aux collectivités locales*, les communes peuvent même emprunter. Cette option va même être singulièrement favorisée par le nouveau *Programme d'assistance aux communes* (PACOM) mis en place avec le concours des bailleurs de fonds sur la base de prêts consentis à l'État de Côte d'Ivoire.

Pour aider les communes à asseoir une administration locale performante, le ministère de l'Intérieur a, dès le départ, mis des agents d'encadrement à leur disposition. Tout recrutement doit de toute manière se faire dans le respect d'un cadre organique des emplois, approuvé par la tutelle. De fait, sur le plan financier comme sur le plan des aides non financières, la masse des interventions de l'État doit être relativisée. On ne peut considérer que la fiscalité affectée aux communes constitue en soi une politique spécifique de promotion de l'action locale.

En vertu de la législation actuellement en vigueur, l'État ne ristourne aux communes qu'environ 40 % des ressources fiscales partagées. Ce taux de reversement est au demeurant en hausse par rapport aux 35 % de la législation précédente. Si l'on note que la fiscalité représente encore pour les communes les ressources les plus stables, on s'aperçoit de l'enjeu de la question du partage du gâteau fiscal entre l'État et les communes.

S'agissant des aides directes en forme de subvention ou de dotation, on doit noter qu'elles ont considérablement été réduites ces dernières années. Elles ne subsistent que pour les petites communes. On peut constater à partir du tableau 12 que l'aide directe de l'État ne représente sur la période des cinq années que 2 % des budgets des six communes de l'échantillon<sup>19</sup>. Elle paraît très faible si on la compare aux interventions des bailleurs de fonds. L'aide directe de l'État ne représente en effet que 15 % du cumul de l'aide apportée par les bailleurs directement aux communes de l'échantillon. Toutefois, ces observations doivent être nuancées par l'approche stratégique utilisée dans le financement du développement local. Il est bon de se rappeler que, même en Côte d'Ivoire, l'intervention des bailleurs est faite sur la base de conventions de financement avec l'État.

Les sommes importantes ainsi mobilisées dispensent en réalité l'État de l'accroissement équivalent de ses interventions auprès des communes. Ce qui en explique en partie la diminution dans bien des cas. Bien entendu, les textes de transfert de compétence n'ont pas eu pour effet de limiter le champ de compétence des communes. Ils n'ont fait que les préciser en excluant, sur les

<sup>19</sup> Nous n'avons retenu ici que trois années.

points indiqués par les textes, toute discussion des interventions locales. La responsabilité des communes en matière sociale, scolaire et de santé publique reste donc juridiquement établie. Elle est d'autant plus conforme aux attentes du système que les communes, par l'effet même de la clause générale de compétences, paraissent bien avoir une sorte de mission générale.

**Tableau 12 - Ressources financières pour l'investissement communales en Côte d'Ivoire (1994, 1996 et 1998) en milliers de Cfa**

Com-mune	Fonds Propres	Subven-tion Etat	Budget	Budget In-vestismnt	Education et Santé	Ed. Sté % budgt.	Ed.Sté % invest.
<b>1994</b>							
Adjamé	1 542 298	0	1 542 298	251 958	225 851	15%	90%
Port-Bouët	2 128 221	0	2 128 221	461 799	414 796	19%	90%
Bonoua	59 396	27 941	129 337	63 834	52 947	41%	83%
Dabou	355 230	40 048	413 378	242 500	122 174	30%	50%
Gagnoa	294 765	19 704	314 469	60 779	9 541	3%	16%
Moyenne de	L'année				22%		
<b>1996</b>							
Adjamé	3 152 474	0	3 152 474	678 172	320 430	10%	47%
Bonoua	114 436	41 400	353 338	236 482	164 380	47%	70%
Dabou	1 032	49 590	1 081 830	880 578	233 086	22%	26%
Gagnoa	325 712	32 097	738 409	452 162	15 690	2%	3%
Maféré	6 527	41 400	237 227	208 300	32 782	14%	16%
Port-Bouët	4 261	0	3 945 942	1 540	0	0%	0%
moyenne de	L'année				16%		
<b>1998</b>							
Adjamé							
Bonoua	185 456	41 400	567 181	417 204	99 423	18%	24%
Dabou	207	49 590	694 496	736 994	281 034	40%	38%
Gagnoa	457 760	32 097	746 380	360 423	73 366	10%	20%
Maféré	50 408	41 400	660 878	587 438	405 388	61%	69%
Port-Bouët				1 823 200			0%
<b>cumul</b>	<b>28 150 971</b>	<b>685 661</b>	<b>38 415 006</b>	<b>14 946 092</b>	<b>6 391 473</b>	<b>22 %</b>	<b>42 %</b>
<b>moyennes</b>		<b>26 372</b>	<b>1 477 500</b>	<b>553 559</b>	<b>32%</b>		

Par ailleurs, l'environnement macro-économique, tel que décrit plus haut établi un niveau d'exigence élevé de la demande en intervention des pouvoirs

publics en faveur des politiques de santé publique et de promotion du système scolaire en vue de la lutte contre la pauvreté. Cette exigence peut être ressentie comme pesant à un niveau local principalement sur les autorités locales, puisqu'elles ont les compétences de proximité en la matière. C'est par rapport à cette donnée globale qu'il faut examiner les flux d'investissement réalisés par les communes ivoiriennes de l'échantillon de référence.

Le tableau 12 donne les agrégats qui situent sur les forces et faiblesses des politiques menées par les communes de l'échantillon dans les secteurs de l'éducation et de la santé. Le tableau restitue les rapports sur plusieurs enquêtes menées dans les communes de l'échantillon, lesquels rapports restent individuellement disponibles.

Dans le détail, on peut noter que la notion budgétaire de dépense d'éducation et de santé est prise dans un sens plutôt large. En faisant la synthèse des dépenses analysées, on constate que les communes se sont engagées sur les points suivants <sup>20</sup> :

- les constructions et aménagements des écoles et centre de santé,
- la clôture des équipements,
- l'équipement des services,
- la protection maternelle et infantile,
- l'assistance sociale,
- l'aide aux personnes âgées,
- l'aide aux indigents.

Le tableau 12 résume les efforts d'investissement de chaque commune sur une période de cinq ans. On peut ainsi noter que les communes ont consacré les proportions suivantes de leur budget aux dépenses d'éducation et de santé : 22 % en 1994 ; 23 % en 1995 ; 19 % en 1996 ; 24 % en 1997 et 32 % en 1998.

La quasi-homogénéité de ces données cache cependant les fortes tensions que l'on peut noter dans le détail des situations individuelles. Si la moyenne de 24 % obtenue sur les cinq ans pour toutes les communes paraît conforme à la tendance, l'évolution est très contrastée, avec un maximum de ressources budgétaires de 61 % et un minimum de 2 %.

Le moins qu'on puisse dire c'est que les communes ne font pas vraiment les mêmes efforts d'investissements en éducation et santé. Sous ce rapport, on

---

<sup>20</sup> Les dépenses marquant l'engagement des communes ne peuvent en effet être complètement saisie qu'à travers l'économie des sections 62 et 92 du budget.

peut remarquer la situation suivante des différentes communes : sur cinq ans, tandis qu'Adjamé et Port-Bouët n'ont dépassé la moyenne des investissements qu'une seule fois et que Gagnoa n'a jamais dépassé la barre ; Bonoua l'a passée quatre fois ; Dabou trois fois. Quant à Mafféré, il a passé deux fois la moyenne des investissements sur trois années possibles, compte tenu du fait qu'il n'a été érigé en commune qu'en 1995.

## **Évaluation des politiques locales par les populations**

L'évaluation des politiques locales en matière d'éducation et de santé peut se faire à deux niveaux. Celles-ci sont d'abord en effet valables autant qu'elles satisfont les attentes des populations. De ce point de vue, l'opinion des populations permet une mesure importante de l'efficacité des solutions mises en œuvre. C'est au regard de ce constat que toute analyse peut ensuite relativiser les observations faites.

Les données utilisées dans ce rapport sont issues de l'enquête menée, dans les communes d'Adjamé, Port-Bouët, Bonoua, Dabou, Maféré et Gagnoa, auprès des bénéficiaires (populations) des prestations communales, de certains acteurs non gouvernementaux (ONG, chefs traditionnels) et des autorités municipales<sup>21</sup>.

La connaissance des devoirs d'une mairie est l'une des indications essentielles sur la conscience que les citoyens peuvent avoir de leurs droits par rapport aux prestations municipales. Si la plupart des bénéficiaires – trois sur quatre – déclarent connaître les devoirs des mairies vis-à-vis de leurs administrés, il reste malgré tout un pourcentage non négligeable d'entre eux qui soit ne disent rien sur la question, soit continuent à ignorer les responsabilités qui incombent à celles-ci.

C'est principalement dans les communes de Gagnoa et de Port-Bouët que les populations qui ignorent et/ou ne disent rien sur les devoirs municipaux sont les plus nombreuses, avec respectivement 27 % et 26 %. Dans une commune de création relativement récente comme Maféré (14 %), cette tendance demeure à un niveau bien faible. La connaissance des responsabilités des mairies semble fonction de la scolarisation et du niveau d'étude atteint par les personnes interviewées : la proportion des enquêtés qui les connaissent est sensiblement égale à celle des scolarisés.

Au demeurant et en dépit de l'importance remarquable des réponses éparées et très diversifiées, les déclarations des bénéficiaires sur les différents types

<sup>21</sup> On se référera au rapport national pour une évaluation des contraintes méthodologiques de cette enquête.

de responsabilités municipales se focalisent sur la construction des infrastructures de base (32 %) ainsi que l'assainissement et la salubrité des périmètres communaux (22 %).

Pour les populations des deux communes d'Abidjan (Adjamé et Port-Bouët), leur connaissance des devoirs des mairies semble emprunter leur contenu aux préoccupations immédiatement vécues, largement marquées par les méfaits engendrés par la croissance de la ville d'Abidjan.

Parmi les problèmes sociaux les plus préoccupants, l'éducation et la santé des populations ont été retenues au cours de l'enquête pour appréhender les opinions des citoyens sur les efforts que déploient les municipalités afin de répondre à leurs attentes. Ces deux groupes d'indicateurs devraient permettre d'apprécier les opinions des populations sur les services de proximité, en ce qui concerne ces deux secteurs sociaux. La prise en charge depuis toujours par l'État de l'organisation, du fonctionnement et de la gestion des systèmes scolaires et sanitaires a conféré, au fil du temps, aux populations un volant non négligeable d'assurance et une garantie sur les prestations du pouvoir central à ce sujet. Cet environnement quelque peu sécurisé du service public semble avoir été déterminant dans les opinions et les déclarations des bénéficiaires sur la cession de la gestion des centres de santé aux municipalités par le pouvoir central ou sur les actions municipales destinées à réduire l'analphabétisme.

Les opinions des populations sur l'action des municipalités au bénéfice de l'école laissent apparaître un contraste impressionnant entre les insatisfactions, voire les frustrations des citoyens, et les seuils de réponses positives à cette interrogation. En effet, si, sur l'ensemble des enquêtés 457 % clament sans ambages leur déception par rapport aux prestations des communes dans le domaine de l'éducation, seuls 20 % déclarent, de manière nette, leur satisfaction à ce sujet. Entre ces deux positions extrêmes apparaît « un marais » de citoyens relativement indécis, malgré le sentiment mitigé de satisfaction (un peu satisfait) qui les caractérise. Dans ce groupe, qui représente le tiers des enquêtés, les opinions - et donc les perceptions - paraissent fragiles et probablement encore inachevées.

Dans certaines communes, les populations sont quasiment unanimes à déclarer que les mairies n'entreprennent aucune action pour réduire l'analphabétisme. C'est particulièrement le cas de Bonoua (98 % des répondants). Par contre, et en comparaison aux autres communes de l'enquête, celle de Port-Bouët semble mieux réagir face à la lutte contre l'ignorance de ses administrés en organisant à leur intention des cours d'alphabétisation.

Les écoles municipales ou celles dont la gestion relève des municipalités apparaissent, pour le moment, comme une innovation en Côte d'Ivoire. Très peu d'enfants sont envoyés dans les écoles municipales qui, d'ailleurs, ne sont pas bien nombreuses. On comprend dès lors que l'immense majorité des répondants ne soient pas en mesure de se prononcer sur la crédibilité des écoles municipales.

Les répondants sont plus nombreux (54 %) à penser que les mairies ne se soucient pas de l'éducation des enfants. Ces indications rendent compte d'une opinion très partagée, voire largement contrastée, qui, tout en relevant les faiblesses des interventions communales en matière d'éducation des enfants (par 46 % des parents), crédite avantageusement les municipalités (par environ l'autre moitié de personnes enquêtées) d'une action non négligeable en faveur de l'éducation des enfants. Ce jugement très significatif met en relief les communes de Maféré et d'Adjamé, notamment à travers la construction des infrastructures scolaires et, dans une moindre mesure, la prise en charge des frais d'éducation de certains enfants. On comprend l'opinion des répondants de ces deux communes dès lors que la construction d'établissements scolaires par les mairies demeure un acte d'importance majeure pour les populations.

Après le domaine de l'éducation, celui de la santé interpelle les principales composantes d'une collectivité décentralisée. La santé de la population a été retenue comme deuxième série d'indicateurs d'évaluation de l'action sociale des municipalités. Les populations interrogées dans le cadre de cette enquête sont-elles satisfaites du « comportement » et des actions des municipalités en matière de santé ? De même manière que sur l'éducation, il existe une certaine pointe d'équilibre dans les perceptions et les opinions des citoyens en ce qui concerne l'action des mairies à ce sujet. Dans les appréciations d'ordre général sur l'éducation comme sur la santé, les avis des enquêtés sont partagés. Les points de différenciation et de divergence d'opinion n'apparaissent de manière nette que sur les aspects spécifiques. Ainsi, 58 % des répondants interrogés pensent que la santé des populations n'est pas intégrée ou prise en compte par les mairies dans leurs préoccupations quotidiennes. Sur l'ensemble des communes ayant participé à l'enquête, celle de Dabou se caractérise par un désaveu cinglant (78 %) de l'action des municipalités en matière de santé suivie de Gagnoa (77 %) et de Bonoua (74 %).

À l'inverse, de la même manière que Maféré est l'exemple d'effort le plus cité en ce qui concerne l'éducation, 92 % de ses administrés annoncent que cette commune est préoccupée par la santé de ses populations. La commune de Port-Bouët présente une proportion de 56 % alors que les autres mairies gravitent à moins de 30 %.

Qu'il s'agisse de la santé ou de l'éducation, les autorités municipales de Maféré jouissent d'une bonne audience auprès de leurs administrés. Si les populations d'Adjamé ont apprécié les efforts de leurs autorités communales en matière d'éducation, elles marquent cependant leur déception quant à la prise en charge des problèmes de santé par leur commune.

En cas de maladie ou pour tout autre besoin de santé, la majorité (60 %) des bénéficiaires des prestations municipales se rendent dans des centres sanitaires gérés par l'État. Peu nombreux sont ceux qui fréquentent les centres privés pour lesquels les déclarations d'enquêtés évoquent les coûts plutôt élevés. Les communes de Maféré, Port-Bouët et Gagnoa se caractérisent par les proportions les plus élevées d'enquêtés qui se rendent dans les centres publics de santé. Toutefois, la commune de Dabou se signale par des sollicitations plus importantes des centres privés de santé par sa population.

Par ailleurs, lorsqu'ils sont malades, 15 % d'enquêtés se rendent, en première démarche, chez les tradi-praticiens. La raison invoquée est le coût élevé des soins médicaux de type moderne. La majorité des enquêtés (66 %) s'oppose à la cession de la gestion des centres de santé aux mairies. Ce refus est fortement exprimé à Bonoua (85 %). Les administrés de Maféré, grâce sans doute au crédit d'efficacité et de résultat accordé à leurs leaders communaux, souhaitent, pour plus de la moitié (53 % d'entre eux) que la gestion des centres de santé soit cédée aux mairies.

Pour la moitié des personnes interviewées, les mairies seraient incapables de gérer correctement les centres de santé. Ces enquêtés fondent leur argumentation sur les défaillances manifestes de la plupart des communes dans l'accomplissement de leurs attributions classiques (état civil, voirie). Pour certains enquêtés, au-delà de l'incapacité des autorités municipales à assurer la gestion des formations sanitaires, il reste que cette fonction figure parmi celles communément et habituellement reconnues à l'État. De la sorte, le transfert des compétences du pouvoir central aux municipalités, en ce qui concerne l'organisation et la gestion des centres de santé, poserait un véritable problème d'opportunité, de capacité technique, de disponibilité en ressources humaines qualifiées.

Pour 30 % de personnes interrogées, la gestion des centres de santé devrait être cédée aux municipalités. Bien que numériquement minoritaires, celles-ci sous-tendent cette opinion par leur assurance sur la bonne gestion financière des municipalités, l'idée d'une meilleure prise en compte des problèmes sanitaires par les mairies, le rapprochement possible entre les mairies et leurs administrés ainsi que l'espoir d'une réduction des coûts de santé.

## **Conclusions partielles**

L'analyse des données de terrain et l'exploitation des données secondaires nous permettent sinon de répondre de façon définitive, du moins de jeter un éclairage nouveau aux six questions de recherche initialement dégagées pour ce chapitre.

### **Étapes et cycles de transfert des charges et ressources**

L'examen de ces expériences de décentralisation sur le terrain ne permet pas de dresser une situation bien nette des étapes et cycles de transfert des charges et ressources. La raison en est que les diverses tentatives n'ont pas toujours conduit à des transferts effectifs de ressources ni à des applications effectives en ce qui concerne les transferts de compétences.

Le transfert des charges de l'État vers les communes comporte quatre étapes ou stades, qui sont autant de moments de conquêtes ou de redistribution entre le niveau central et le niveau local.

1. Le stade des pétitions de principe
2. La répartition des rôles
3. La délimitation du rôle des communes
4. La conquête d'espaces nouveaux de « Décentrabilité »

Partout en Afrique, la mise en œuvre de la décentralisation s'accompagne toujours des pétitions de principe favorables à l'autonomie des communes. L'affirmation de la clause générale de compétences en faveur des communes consacre ainsi d'emblée l'idée qu'elles auraient la pleine responsabilité de la conduite de leurs affaires. Cependant, sur le terrain du transfert des moyens, le système a le moins servi les espoirs qu'il a suscités.

La délimitation permanente du rôle des communes est l'autre donnée qui contribue à moduler plus ou moins fortement l'autonomie locale. La tutelle reste pesante et les approbations et autorisations préalables, en nombre important encore, sont le moyen par lequel les compétences des communes sont, dans les faits, chaque jour contestées ou concurrencées par l'État.

La dernière donnée est ainsi la conquête par les communes d'espace nouveau de décentrabilité. Les nombreuses initiatives prises par les communes, certaines considérées comme intempestives, contribuent en effet, notamment dans les secteurs sociaux, à affirmer la légitimité de leur rôle et, ainsi, à disqualifier chaque jour davantage la pertinence des limites posées volontairement ou objectivement par l'État à leur action. Il faut dire que les communes sont

aidées en cela par l'activité, parfois importante, des prestataires privés et des ANG, dont l'action concrète sur le terrain, par son retentissement dans le public, contribue à modeler de nouvelles formes de décentralité des politiques sociales.

## **Modèle général suivi et ses logiques**

Le modèle général suivi apparaît sous deux aspects, certes pas nécessairement contradictoires, mais spécifiques, voire parallèles.

D'une part, nous avons un système officiel qui suppose la mise en exergue de deux acteurs principaux : l'État et les municipalités, que tous les autres acteurs sont censés servir. D'autre part, nous avons l'émergence de plus en plus affirmée des autres acteurs, comme pôles autonomes de gestion des problèmes locaux dans une configuration inédite de la décentralité des politiques publiques.

Cette nouvelle configuration est surtout apparue à cause de la faible internalisation du système même de la décentralisation administrative. Les responsables municipaux travaillent et vivent souvent loin de leurs administrés. Tout se passe comme si l'on avait fait l'impasse sur les structures traditionnelles, dont les autorités sont invitées à remettre leur influence à des organes qui ne sont endogènes que par leur composition.

Face à ce caractère encore inachevé du processus de décentralisation, la prolifération d'associations diverses aux vocations diversifiées (comités de quartiers, associations de défenses et d'intérêts divers, de femmes, de jeunes, de développement, régionales, etc.) est venue apporter des réponses ponctuelles. Mais si cette « intrusion » dans l'action locale apparaît encore *a priori* peu systématique, elle n'en continue pas moins de poser le problème de la représentativité sociologique du système. Or, on sait que la représentativité permet aux organes locaux de mobiliser la population et, de manière générale, de lui demander les efforts de participation. Car, le découplage entre les structures administratives et les populations est souvent la source même de la déresponsabilisation observée dans les campagnes.

C'est pourquoi l'une des perspectives d'évolution souhaitable du système est la réconciliation institutionnelle et opérationnelle des deux niveaux de la décentralisation : l'officiel, et le traditionnel ou le social. Cela peut être réalisé par l'imagination de structures nouvelles de concertation entre les municipalités et les acteurs sociaux à l'échelle locale. Cette concertation locale pourrait ensuite être prise en compte dans le cadre de la planification stratégique proposée plus haut.

Parce qu'ils ont des obligations de résultats, les responsables locaux déploient de réels efforts pour le développement des SSSE. La lecture de la panoplie de ces actions permet d'affirmer qu'elles sont très variées et multifformes. Leur valorisation n'est malheureusement pas faite systématiquement.

À la lumière des déclarations des différents conseillers municipaux, certaines actions ont des fréquences élevées et peuvent servir de modèles : constructions d'établissements de soins et de formation, appui financier, mise à disposition de personnel par la commune aux services déconcentrés, paiement de salaires, appui technique, en matériel et autres par le biais des jumelages, apport en médicaments, fournitures scolaires, consommables divers, etc.

Il semble intéressant de formaliser et d'institutionnaliser ces initiatives mais non sans avoir d'abord réglé la question des transferts de ressources.

### **Modèle spécifique de décentrabilité dans la sous-région**

Un modèle spécifique de décentrabilité dans la sous-région pourrait être construit autour de la stratégie proposée, d'une répartition positive des compétences entre l'État et les communes, d'une part, et d'une concertation systématique entre les municipalités et les autres acteurs. Le tout devant se faire par une planification stratégique des interventions, destinée à en définir les objectifs, les moyens, les méthodes d'évaluation et de validation, de manière à créer ici les synergies qui empêchent la duplication inutile des actions, voire les conflits.

Les conditions de réussite d'une politique de décentralisation nécessitent donc :

- un mécanisme politico-administratif approprié permettant d'assurer la mise en œuvre efficace des mesures nécessaires à la décentralisation.
- une démarche cohérente et une programmation appropriée qui, en identifiant de façon précise les compétences, les fonctions et les responsabilités affectées, prévoient des ressources suffisantes et assurent la concertation et l'information de tous les intervenants concernés.
- une démarche de nature à permettre à l'aide extérieure de s'intégrer de façon harmonieuse dans les mécanismes et d'accélérer le déroulement de l'opération.

Pour favoriser un développement harmonieux et intégré de l'ensemble des services sociaux de santé et d'éducation, il faut :

- promouvoir la compétence locale et la responsabilisation accrue des autres acteurs et des populations en matière de satisfaction des services sociaux de santé et d'éducation...

- désengager l'État de ces activités au profit d'actions visant à mettre en place un cadre favorable aux interventions des différents acteurs.

- accompagner la décentralisation par une déconcentration plus poussée des services publics.

- mieux programmer l'investissement, assurer une gestion rationnelle des ressources et une exploitation optimale des potentialités.

Mais il faut au préalable faire disparaître la méfiance qui caractérise les relations entre le pouvoir central, les élus locaux, les ONG et le mouvement associatif et les populations. C'est à la résolution de ces intérêts conflictuels et à la sauvegarde de l'équilibre général que sera appréciée la nouvelle voie de la décentralisation.

### **Quelques distorsions entre la réalité et le modèle**

La réalité actuelle est loin de correspondre à ce modèle. La lecture officielle du système s'en tient aux seules relations entre l'État et les communes. Celles-ci sont encore marquées par l'aléa d'une définition imparfaite de la répartition des compétences, mais surtout des ressources affectées aux politiques publiques. Ensuite, les acteurs sociaux sont insuffisamment pris en compte par les deux acteurs principaux du système. Ni l'État, ni les communes ne les considèrent encore comme des acteurs systématiques des politiques publiques. Enfin, on doit regretter que tout le système ne soit pas coordonné par une planification stratégique impliquant la définition démocratique des objectifs, des moyens et des méthodes d'acquisition et de validation des résultats.

Les résultats de la recherche à l'origine du présent ouvrage révèlent un décalage entre, d'une part, le modèle général de décentralisation et la décentralisation des services sociaux de santé et d'éducation (SSSE) et, d'autre part, la décentralisation des services et le transfert des ressources.

- Il ressort des investigations que les parts des budgets consacrées aux SSSE sont faibles. Ceci s'expliquerait par l'absence de transferts effectifs de ressources consécutivement aux transferts de compétences. L'action urgente à mener ici est l'éclaircissement de la question des transferts de ressources par l'amélioration des textes d'orientation de la Décentralisation.

- La recherche révèle une faible articulation entre les activités de la municipalité et celles des Services Techniques Déconcentrés de l'État (STDE). Le champ des partages des compétences n'est pas totalement clair, en tout cas pas pour les responsables locaux.

Au regard de ce diagnostic, deux actions essentielles méritent d'être entreprises : une meilleure articulation des actions entre les activités des municipalités et celles des services provinciaux de santé et d'éducation par la mise en œuvre d'un mécanisme juridique ; l'éclaircissement des champs de compétences entre État et municipalités en matière de santé et d'éducation.

La décentralisation (prise en charge des SSSE par les municipalités) n'a pas entraîné un changement dans la nature de ceux-ci. Qu'il s'agisse des infrastructures ou des services effectifs offerts (pour la santé) et le contenu des programmes (pour l'éducation) le modèle général reste celui conçu au niveau central.

Elle n'a pas entraîné une expansion extraordinaire des services de santé et d'éducation, peut-être parce que l'expérience observée est courte, mais elle a eu un impact positif indéniable en libérant le «génie créateur» et les énergies des responsables municipaux qui ont multiplié les initiatives pour mobiliser les populations et les autres acteurs (bailleurs de fonds, ONG, etc.) pour répondre à la très forte demande exprimée dans ces domaines. En cela, la décentralisation apparaît comme un réel espoir. Il faudrait cependant continuer à y apporter des améliorations notamment en ce qui concerne le point essentiel de la répartition des compétences et sur le transfert des ressources.

On peut cependant noter qu'en dépit d'une opinion des populations toujours sévère, la Côte d'Ivoire par exemple présente une moyenne de budgétisation des communes en faveur de l'éducation et de la santé de l'ordre de 24 % de leurs ressources. Certes, cela est dû à des transferts extérieurs, on le sait. Mais le fait que ces taux soient essentiellement dus à des interventions spécifiques des bailleurs de fonds et de l'État, à titre de subvention des politiques locales, n'en souligne pas moins cette dynamique nouvelle créée par le fait même de la décentralisation. On peut donc, dans ce pays tout au moins, imputer à la décentralisation une capacité de dynamisation des politiques publiques dans le domaine de référence.

## **Chapitre 5**

### ***L'implication accrue des acteurs non gouvernementaux – Pour quelle efficacité ?***

Devant la croissance de la demande et l'insuffisance de l'offre en matière de fourniture de services sociaux, les sociétés civiles locales s'organisent en marge des structures de la décentralisation formelle et, notamment, des municipalités. On assiste ainsi à une prolifération et à une nouvelle dynamique d'associations se donnant comme objectif de résorber le déficit d'offre de services sociaux. La nouvelle vitalité des associations est encouragée par les bailleurs de fonds internationaux.

Les ONG sont sans doute les plus connus parmi ces nouveaux acteurs mais n'en constituent pas les seuls intervenants. On peut aussi citer les différentes formes d'associations, d'origine traditionnelle ou moderne, réunissant les ressortissants d'une zone (village, unité administrative, communauté ethnique, etc.) et dont les objectifs et les actions concrètes contribuent de façon non négligeable au développement local : associations d'élites, comités de développement, etc.

Ce constat conduit à un questionnement quant à l'impact de la décentralisation sur le rôle de ces acteurs non gouvernementaux (ANG) dans la satisfaction des besoins en services sociaux et leurs capacités d'intervention en la matière.

Il s'agit d'analyser les mutations subies dans le processus de décentralisation en ce qui concerne l'émergence des acteurs non gouvernementaux (ONG, associations diverses, etc.) et les champs de compétence que ces nouveaux acteurs se sont appropriés dans la satisfaction des besoins en services sociaux. Les questions ici encore sont nombreuses : quel est l'impact de la décentralisation sur le rôle des acteurs non gouvernementaux dans la satisfaction des besoins en services sociaux ? L'action de ces organisations intègre-t-elle davantage les préoccupations des populations ? Quelles sont les limites des possibilités d'action de ces organisations ? Peut-on capitaliser l'émergence des nouveaux acteurs pour une reformulation de la décentralisation ?

Dans les domaines de la santé et de l'éducation, en dehors de l'État, des collectivités locales et de la coopération bilatérale et multilatérale, on peut recenser de nombreux acteurs agissant de façon plus ou moins formelle. Les actions de ces acteurs feront l'objet d'une présentation particulière :

- les ONG,
- les acteurs privés laïcs,
- les confessions religieuses,
- les associations de parents d'élèves,
- les tradi-praticiens.

On peut aussi ajouter à ces principaux acteurs d'autres dont les interventions, quoique moins probantes, sont tout de même sporadiquement enregistrées. Ils participent aux opérations ci-après : construction, entretien, et équipement des écoles, logements des maîtres, cantines, etc. par des apports en nature et en espèces. Il s'agit des institutions privées sans but lucratif (syndicats, associations de ressortissants de certains villages,...), des organisations des communautés de base et des diverses associations de développement.

## **Les ANG et le secteur de la santé**

Notons tout d'abord une différence importante entre les trois pays étudiés. Alors qu'au Burkina Faso – et dans une moindre mesure au Cameroun - une multitude de textes légaux officialisent et encadrent l'action des ANG dans le domaine de l'éducation et de la santé, il en va tout autrement en Côte d'Ivoire. Sauf la loi sur les associations de 1960, les ONG ne bénéficient d'aucun statut juridique dans ce pays. Cette absence met les ONG ivoiriennes dans une situation moins avantageuse que les ONG étrangères qui peuvent profiter, du moins dans leurs rapports avec les bailleurs, d'un statut juridique sans zone grise.

## **Les opérateurs privés et le secteur de la santé**

Au Burkina Faso, l'État a créé la vente des produits pharmaceutiques au secteur privé. Toutes les officines pharmaceutiques sont donc privées. En conséquence, les formations sanitaires ont été dotées de dépôt de médicaments essentiels génériques. Entre les dépôts pharmaceutiques et les pharmacies, on ne peut pas véritablement parler de concurrence. Les pharmacies privées vendent les spécialités et les génériques alors que les dépôts ne vendent que des génériques. Les officines pharmaceutiques sont très développées dans les grands centres urbains et beaucoup moins en zone rurale.

En Côte d'Ivoire, on note dans certaines communes la création d'infrastructures de santé (centres médicaux, cabinets de soins, pharmacies, etc.) par des confessions religieuses ou des personnes physiques. Dans ce secteur,

interviennent principalement des fondateurs ou gérants de cabinets de soins, de cliniques privées et d'officines pharmaceutiques.

Au Burkina Faso, un recensement effectué en 1997 par l'Arrondissement de Baskuy dans la commune de Ouagadougou indiquait, pour ce seul arrondissement, 50 cabinets de soins privés et une polyclinique privée. Selon les responsables de la mairie, ces chiffres sont sans doute dépassés car, chaque jour, s'ouvrent des cabinets privés. Les responsables de ces structures sont pour la plupart d'anciens agents de santé ayant servi dans la fonction publique. Ils interviennent avec le souci premier de réaliser des bénéfices sur les prestations des services qu'ils offrent même si leurs interventions s'inscrivent dans le sens de contribuer à la résolution des problèmes de santé des populations en leur fournissant des services de qualité. L'implantation de leurs établissements répond plus à leur propre souci de rentabilité qu'à la couverture adéquate de l'ensemble de la population.

Le Cameroun compte aujourd'hui près de 524 centres de santé qui relèvent du secteur privé. Ils offrent aux patients des services variés allant des consultations aux soins en passant par les hospitalisations, la prescription des ordonnances et la vente des médicaments. Face au coût de plus en plus élevé des médicaments et des consultations dans les cabinets privés, les populations camerounaises se tournent de plus en plus vers les « agents traditionnels » de santé. Bien que nombre d'entre eux surestiment leurs capacités à traiter « toutes sortes de maladies », leur contribution d'un point de vue d'ensemble est appréciable et ils arrivent à soulager bien des malades. Les structures sanitaires étatiques reconnaissent d'ailleurs l'importance de leur contribution et tentent de les intégrer dans la politique sanitaire de l'État.

Les tradi-praticiens et les médecins modernes se réfèrent mutuellement des malades. Les tradi-praticiens sont aussi sollicités pour la production des médicaments, valorisant ainsi la pharmacopée traditionnelle. Si les tradi-praticiens contribuent à l'offre des services de santé en soignant certains malades dans des unités dotées d'équipements rudimentaires, leur action est jugée globalement négative en milieu urbain, en particulier où ils sont souvent accusés de se livrer à des activités de sorcellerie, de fétichisme ou de fraude caractérisée. À Bafang, on a signalé des cas de soi-disant tradi-praticiens qui soignent le paludisme en diluant de la nivaquine achetée en pharmacie dans leur mixture.

## **Les confessions religieuses et le secteur de la santé**

Traditionnellement, la santé a souvent constitué un terrain d'activités des confessions religieuses et, en particulier, des églises chrétiennes.

C'est notamment le cas au Burkina Faso (Saint Camille, Centre Paul VI, par exemple à Ouagadougou ; Ligue Mondiale Islamique à Ouahigouya). En général, les prestations, si elles sont également payantes, sont comparativement moins onéreuses que dans les cabinets et officines privés, voire même dans les services publics. Mais à ce niveau également, elles n'obéissent pas forcément à une certaine logique d'implantation qui intègre le souci d'une meilleure couverture générale de la population. Selon le responsable d'un district sanitaire de Ouagadougou, le chef de district doit contrôler le fonctionnement de toutes les formations sanitaires qui relèvent de sa zone. Mais des problèmes existent avec les formations sanitaires appartenant à ces organisations : manque de renseignements sur leurs installations, contacts directs entre les responsables et le ministère au mépris des autorités déconcentrées, manque de contrôle sur leurs tarifications, et leurs sources d'approvisionnement en médicaments.

Au Cameroun, les églises ou les confessions religieuses de toutes obédiences construisent des centres de santé à partir de leurs propres fonds ou des subventions allouées par les congrégations mères. Elles les rentabilisent en offrant aux patients des soins payants de qualité acceptable. Sur le terrain, elles rivalisent avec les formations sanitaires publiques et attirent une clientèle sélective qui possède les moyens de se payer les soins. Faut-il rappeler que ces hôpitaux religieux reçoivent des dons en nature des ONG. Les actions de ces hôpitaux religieux qui pallient aux carences de l'État sur le terrain, sont complétées par celles des promoteurs privés laïcs qui construisent et gèrent des cliniques à clientèle très sélective, essentiellement constituée des fortunés.

En Côte d'Ivoire, l'Hôpital Protestant de Dabou, construit en 1968 par les églises Protestantes Méthodistes d'Angleterre et de Côte d'Ivoire, constitue un exemple de l'activité des églises dans le secteur. Cette institution fonctionne grâce à des subventions de l'Église, de l'État, de dons ponctuels et de ses propres activités. En 1997, sur un budget de 732 millions de FCFA, l'hôpital n'a reçu que 100 millions de l'État ivoirien. Aujourd'hui, l'Hôpital Protestant est supervisé par une ONG appelée Fondation pour la Santé qui est une institution de l'église protestante. Elle a entre autres pour objectif la formation du personnel. Pour cette raison, elle compte ouvrir une école d'infirmiers.

## **Les ONG et le secteur de la santé**

Apparues au Burkina Faso depuis le milieu des années 1950, les ONG se sont fixées pour tâche d'intervenir en faveur des communautés de base par la réalisation de petits projets et programmes de développement à moyen et long

terme. Essentiellement étrangères par le passé on rencontre aujourd'hui des ONG aussi bien nationales qu'internationales. Bien que les pouvoirs publics aient défini des cadres et des zones prioritaires d'intervention, leur implantation et intervention se révèlent inégalitaires sur le territoire national du fait qu'elles ont tendance à privilégier certaines zones, notamment celles de la partie Nord et Centre du pays. En outre, elles interviennent généralement hors des limites communales dans le but, selon elles, de toucher directement les populations les plus démunies.

Dans cette stratégie d'intervention, les secteurs de la santé et de l'éducation peuvent être considérés comme les parents pauvres de l'appui des ONG dans les communes. Leurs activités dans ces domaines sont marginalisées au profit d'autres activités dans des secteurs comme l'agriculture, l'artisanat, l'hydraulique villageoise, la sauvegarde de l'environnement, le petit crédit. Pour les élus, le diagnostic est clair : les ONG ne s'intéressent pas beaucoup aux populations urbaines ; elles préfèrent mener des activités vers des zones rurales car elles estiment que les populations des zones urbaines sont plus nanties. Ainsi, même si des ONG sont présentes dans la zone, la plupart de leurs interventions sont en réalité plus orientées vers les populations de « l'intérieur » que vers celles vivant dans l'espace territorial de la commune. De plus, ils interviennent soit directement auprès des populations, soit par l'intermédiaire des structures déconcentrées de l'État.

Au Cameroun, les interventions des ONG visent essentiellement le secteur public bien que n'étant pas totalement absentes du secteur privé surtout confessionnel. On constate qu'elles ont souvent un effet ostentatoire ou une portée politique. Elles font des interventions ponctuelles dans les formations hospitalières pour les doter en lits, matelas et médicaments. Ce sont généralement des opérations non programmées ayant pour but de faire connaître davantage l'organisation ou tout simplement son promoteur.

La culture d'ONG est relativement récente en Côte d'Ivoire où les ONG ont moins d'une vingtaine d'années. Aujourd'hui, compte tenu de la prise de conscience de la société civile, soutenue par les partenaires au développement (agences nationales et internationales), la participation des organisations non gouvernementales est beaucoup plus importante, plus efficace, plus structurée et mieux perçue. Néanmoins, elle reste dominée par les ONG internationales.

Certaines organisations non gouvernementales, spécifiquement celles d'envergure internationale (CARITAS, Médecins sans frontière, Don Orione, Droit à la Santé, la Croix-bleue etc.), disposent d'importants réseaux de financement de leurs activités au bénéfice de la santé des populations de Côte d'Ivoire.

À Port-Bouët, l'action de CARITAS et de *Médecins sans frontière* est particulièrement importante. Par exemple, CARITAS y a réalisé en 1997 (avec l'aide d'autres ONG) un centre de santé disposant de cinq lits d'observation et d'un dépôt de produits pharmaceutiques. Quotidiennement, le centre accueille 25 personnes qui paient la somme de 300 FCFA pour une consultation. Ce centre abrite également un service optique qui propose des verres pharmaceutiques à des prix abordables lui permettant quand même de dégager des bénéfices réinjectés dans le centre.

L'ONG *Médecins sans Frontière* a elle aussi ouvert un centre de santé à Port-Bouët qu'elle compte éventuellement rétrocéder aux populations locales.

La congrégation religieuse Don Orione installée à Bonoua s'occupe des populations défavorisées, notamment les handicapés physiques quelle que soit leur religion. En 1979, cette ONG a signé une convention avec les ministères des affaires sociales et de la santé publique pour ses activités sociales. Le centre est désormais spécialisé et doté des services complets avec un personnel qualifié. On compte environ 60 lits. Le centre pratique des prix avantageux par rapport au commerce. On remarque ainsi que les lunettes dans le centre Don Orione coûtent deux fois moins cher que dans un magasin d'optique. En dehors de traitements physiques, le centre peut offrir un métier aux handicapés. "Droit à la santé», cette ANG qui intervient dans la commune de Maféré, a aidé le centre de santé urbain à s'équiper. Elle a offert un matériel évalué à 600 000 000 FCFA. Par ailleurs, on note une action ponctuelle de médecins français bénévoles qui viennent à Maféré prodiguer des soins gratuits à tous les habitants de la commune.

D'autres associations ont un rayonnement plutôt national, avec des ouvertures plus modestes et des plates-formes d'action qui bénéficient d'appuis plus ou moins réguliers, sous forme de subventions et d'aides diverses.

Enfin, la dernière catégorie regroupe des organisations non gouvernementales dotées de plages financières assez modestes et sans partenaires étrangers. Dans ce cas de figure, les ressources peuvent provenir d'activités lucratives, des cotisations des membres ou des allocations de l'État.

Toutefois, pour assurer la pérennité de leurs activités et sécuriser leur propre existence, quelques organisations non gouvernementales de dimension locale recherchent des partenaires extérieurs.

Il ressort des entretiens avec les organisations non gouvernementales que leur collaboration avec le pouvoir central tend à se développer dans un cadre fortement réglementé (établissement des conventions de transfert de compétences ou de cession de ressources pour les organisations non gouvernementales nationales ou locales) et souvent hiérarchisé. Leurs

activités étant menées avec des financements publics et sous la supervision de l'État, elles apparaissent comme des démembrements du pouvoir central.

La collaboration entre les organisations non gouvernementales et les autres acteurs, qui interviennent particulièrement dans le domaine de la santé en Côte d'Ivoire, semble correctement s'articuler. La collaboration des organisations non gouvernementales avec l'État n'exclut pas le recours aux opportunités de travail offertes par les mairies, ou d'autres types d'associations. Certaines interventions des mairies viennent en appui à celles initiées par les associations et portent, en ce qui concerne le secteur de la santé, sur des concours à la construction d'infrastructures et à la dotation en équipements nécessaires (lits d'hospitalisation, dons en produits pharmaceutiques).

Très peu d'ANG tiennent une comptabilité rigoureuse qui permette d'avoir une idée relativement exacte du niveau réel de leur contribution en valeur monétaire. Cela est d'autant plus difficile que, pour l'essentiel, les interventions des ANG se font en nature : constructions de salles de classe, dons de fournitures scolaires à certaines écoles pour ce qui est du domaine de l'éducation. Au niveau de la santé, il s'agira par exemple de prestations gratuites de soins médicaux, de campagne de sensibilisation des populations sur les MST-SIDA, sur l'hygiène, la vaccination des enfants ou la réalisation et l'équipement d'infrastructures sanitaires (dispensaires, dépôts pharmaceutiques).

Une difficulté supplémentaire vient se greffer à cette situation : la plupart de ces acteurs se montrent réticents à livrer les informations relatives à cet aspect des investigations. Cependant, on estime que, de façon générale, la contribution des ANG dans les secteurs de la santé et de l'éducation est relativement faible.

## **Les ANG et le secteur de l'éducation**

Un grand nombre d'ANG interviennent dans le secteur de l'éducation. Les plus importants sont les fondateurs d'établissements privés et les Associations de Parents d'Élèves (APE), mais il ne faut pas négliger l'apport des autres acteurs, même si leurs interventions sont généralement ponctuelles. On pense ainsi aux associations diverses telles que celles de ressortissants des localités considérées, les associations de femmes, les organisations d'élèves, les actions de jumelage et, bien sûr, les organisations non gouvernementales.

Les personnes physiques ou morales et les confessions religieuses qui s'investissent dans le secteur sont présentes dans les différents ordres d'enseignement : le préscolaire, le primaire, le secondaire surtout technique et

le supérieur. Bien que la part revenant à l'État soit encore la plus importante, la place qu'ils occupent et leur rôle ne sont pas négligeables et s'accroissent d'année en année.

Le privé laïc intervient dans ce secteur avec deux soucis majeurs : faire suffisamment de recettes et produire de bons résultats qui, à leur tour, draineront davantage d'inscrits dans leur établissement. Ce qui, en retour, accroîtra leurs recettes. À partir de ces objectifs, il est clair que le choix des lieux d'implantation de ces établissements dépend des capacités financières des populations de la localité et/ou de ses environs.

### **Le secteur privé laïc et confessionnel et le secteur de l'éducation**

Les trois principales religions monothéistes interviennent dans le secteur de l'Éducation : le catholicisme, le protestantisme et l'Islam. Au Burkina Faso par exemple, où la foi islamique touche environ 52 % de la population burkinabè, le catholicisme (20 %) et le protestantisme (3 %), la religion musulmane est surtout présente dans l'enseignement primaire (les écoles médersas). Les deux autres couvrent le primaire et le secondaire, les catholiques touchant un peu le supérieur (enseignement livré dans certains séminaires).

Les établissements de type confessionnel existent depuis l'époque coloniale. L'objectif visé dès la mise en place de ces structures était d'enseigner aux enfants à lire et à écrire et de contribuer ainsi à l'élévation de la scolarisation et de l'alphabétisation au sein de la population. Mais il s'agissait aussi et surtout de faire passer le message religieux et de mobiliser le plus grand nombre d'adeptes possibles. Pour l'essentiel, l'enseignement était gratuit dans ces établissements, jusque même les fournitures scolaires. À la faveur du contexte économique et des rapports entre les responsables de ces établissements et l'Administration, ces établissements ont connu une plus grande influence de l'État dans la gestion et surtout les programmes d'enseignement. Mais ils sont restés pour l'essentiel dans le giron des religieux.

Au Burkina Faso, l'État n'a aucun droit de regard sur la gestion des établissements privés laïcs et leurs fondateurs fixent à leur guise les frais de scolarité. Ce dernier se contente seulement de leur octroyer des autorisations d'ouverture, et de mettre quelquefois à leur disposition un site pour s'implanter.

La politique poursuivie par l'État n'est pas totalement celle qui prévaut au niveau du privé. Ainsi, l'État parle de carte scolaire, l'ouverture des écoles devant tenir compte des effectifs d'enfants scolarisables et des distances qui séparent deux établissements. La logique d'implantation des établissements confessionnels était guidée par le souci de s'installer dans les zones

favorables à la propagation du message religieux. Le privé laïc préfère les localités où ils peuvent recueillir le maximum de recettes.

Si l'on excepte le cas de la ville de Ouagadougou où l'on retrouve plus de 300 établissements privés, l'implantation des établissements scolaires privés (laïc ou confessionnel) n'est pas très importante dans les autres communes étudiées (15 seulement).

Au Cameroun, le secteur joue un rôle clé dans l'éducation. Un peu partout sur le territoire national, il seconde l'État. Il représente 41,2 % des établissements scolaires des sites étudiés. Le privé confessionnel construit des écoles missionnaires à partir des dons alloués par la congrégation d'origine, des cotisations des fidèles et des dons des élites locales. Ces investissements sont rentabilisés par le prélèvement annuel des frais de scolarité fixés à chaque rentrée scolaire et auxquels il convient d'ajouter les subventions allouées par l'État mais dont le montant a connu une nette décroissance au cours de la dernière décennie.

Ces écoles missionnaires reçoivent également des dons d'organisations philanthropiques. Sur le terrain, elles s'imposent par la discipline, la morale, la qualité de l'enseignement et le taux de réussite qui avoisine souvent 80 %.

La place du secteur privé laïc n'est pas négligeable dans le système d'éducation au Cameroun. En effet, des promoteurs privés, qui s'engagent à respecter la déontologie de l'éducation, construisent sur fonds propres, sur prêts bancaires ou sur association des fonds, des établissements scolaires qu'ils rentabilisent par le prélèvement des frais de scolarité collectés au fil des ans. Des seuils de ces frais sont fixés au début de chaque année scolaire par les autorités de tutelle. Certes, ces promoteurs reçoivent des subventions de l'État, mais ils comptent surtout sur la réputation de leur établissement pour enregistrer le plus grand nombre d'élèves. C'est pourquoi, ils doivent soigner leur image de marque et recruter des enseignants de qualité.

En Côte d'Ivoire, le développement des établissements privés, notamment dans le primaire et le secondaire, est toujours embryonnaire. Cependant, des initiatives sont développées ici et là par des privés dans la réalisation d'établissements d'enseignement.

Les associations confessionnelles sont pionnières dans le domaine. Ainsi, dès la colonisation, les églises chrétiennes (catholiques et protestantes) se sont investies dans ce domaine en créant des écoles. L'église catholique, par exemple, a créé, dès 1944, la première école catholique à Gagnoa. Elle prend part activement à l'éducation et à la formation des jeunes. Et elle compte à l'heure actuelle six groupes scolaires primaires, quatre établissements secondaires dont un seul abrite un second cycle. Mais les ressources de ces

établissements proviennent de la subvention de l'État et de la scolarité payée par les parents d'élèves. La part de l'État qui se limitait au versement des salaires des enseignants suivant la convention de 1973 s'est élargie au prorata du nombre d'inscrits et varie selon le niveau et la zone.

L'église protestante a créé, dès 1955 dans la commune de Dabou, les cours secondaires protestants. Elle apporte une partie des fonds nécessaires au fonctionnement de l'État et l'État y apporte des subventions pour les élèves affectés et y affecte le personnel enseignant.

Les églises assurent ainsi le service public et, en contrepartie, l'État les subventionne. Quant à la municipalité, elle ne leur alloue aucune aide.

Les établissements confessionnels catholiques connaissent actuellement de graves problèmes de trésorerie du fait du non-paiement par l'État d'une subvention estimée à plus de 500 millions FCFA. Ils dénoncent le non-respect des clauses bien précises de la convention qui existe entre l'État et l'enseignement confessionnel en général, ce qui entraîne des problèmes sociaux (arriérés de salaires d'enseignants, démotivation de ces derniers, menaces de grèves, etc.).

### **Les Associations de Parents d'Élèves (APE)**

L'éclosion et la montée en importance des associations de parents d'élèves (APE) méritent d'être soulignées. Les APE apparaissent partout comme une volonté de la population (on pourrait aussi dire de la société civile) à suppléer aux insuffisances des prestataires établis des services d'éducation, l'État en premier. Cette présence est cependant l'objet d'une certaine récupération par l'État par le biais d'une formalisation de leurs actions.

Les associations sont fonctionnelles dans tous les établissements. Leurs ressources proviennent essentiellement des cotisations annuelles faites par les parents d'élèves. Ces cotisations sont en fait obligatoires et, dans certains cas (au Burkina Faso notamment), sont prélevées lors des premiers versements des frais de scolarité. Elles varient en général entre 1000 et 5000 FCFA dans les établissements d'enseignement. D'importantes sommes d'argent sont donc gérées par ces associations. Les fonds collectés servent à de multiples fins, entre autres au recrutement et au paiement des enseignants supplémentaires.

Au Burkina Faso, les APE sont structurées en associations d'établissement, de département, de province et au niveau national. Le bureau national de l'association nationale des parents d'élèves est la structure dirigeante qui coordonne les activités. L'État burkinabè leur accorde une telle importance dans la gestion du système éducatif que les deux ministères chargés de

l'éducation ont pris un Arrêté conjoint qui réaffirme leur rôle et leur mission d'organisation et de gestion des écoles en vue de participer pleinement à l'éducation, l'instruction et la formation de leurs enfants.

Le même arrêté précise aussi la répartition des fonds récoltés par les APE. Ces fonds, précise-t-on, sont divisés en deux chapitres : un fonds de fonctionnement de l'association et un fonds de soutien au fonctionnement de l'école ou de l'établissement. Si le premier est géré directement par le bureau, le fonds de soutien quant à lui est géré par le Comité de gestion de l'école. Partout, un nombre croissant d'établissements fonctionnent grâce à ces fonds. Les dépenses en matériels et réfections des locaux sont faites en prélevant sur ces fonds. Dans les établissements d'enseignement secondaire, le manque d'enseignants a rendu nécessaire le recrutement de vacataires payés à partir de ces fonds.

Dans tous les ordres d'enseignement, les APE camerounaises sont très actives. Dans le secteur public, l'APE est une instance décisionnelle qui supplée aux difficultés rencontrées par l'État dans la gestion courante des établissements scolaires. Son regard sur la discipline et la morale permet d'améliorer la qualité de l'enseignement.

Dans les établissements où il y a insuffisance notoire des enseignants, elle recrute et rétribue les vacataires, ce qui accroît l'offre des services de l'éducation. En priorité, les APE paient les salaires à ces vacataires et personnels d'appui dans 21 % des établissements des six sites étudiés au Cameroun. Dans 19 établissements sur 53 dénombrés dans les sites étudiés, elles ont procédé à l'extension et à la construction des salles de classe.

D'une manière générale, les APE, selon leurs moyens, complètent l'action de l'État par la fourniture du matériel didactique, l'achat des tables bancs, la distribution des prix aux meilleurs élèves et la réfection des bâtiments vétustes. Dans le secteur privé, l'APE apporte sa contribution à la bonne exécution de la mission éducative des fondateurs d'établissements par un contrôle tacite de la déontologie de l'enseignement.

Dans certaines régions telles que le département du Noun où existe un royaume encore très vivace, les APE sont localement considérées comme premiers partenaires de l'État dans l'éducation. C'est d'ailleurs ce qu'illustre ce qu'il est convenu d'appeler « l'école des parents », expérience unique en zone rurale. Elle est créée par des parents qui, bien que démunis, en assurent le fonctionnement tout au long de l'année. Elle est gérée par un comité de parents d'élèves issu du comité de développement. L'école fonctionne sur la base des fonds provenant des cotisations exigibles des membres du comité

des parents, des dons du comité de développement, des élites et des tiers. Quant aux infrastructures, elles sont limitées.

Dans une de ces écoles (École des parents de « Koupa Matapit »), on ne compte que deux salles de classe. Le taux de scolarité est fixé par la réunion des parents d'élèves à 2000 FCFA par an et par enfant. L'école ne bénéficiant d'aucune intervention de la commune rurale, les deux maîtres en poste sont payés à partir des frais de scolarité collectés. Le matériel didactique est acheté par les parents qui cotisent à l'occasion. Quarante-deux écoles primaires de ce type, dont aucun instituteur n'est ni formé ni pris en charge par l'État, fonctionnent dans le Noun.

Dans le secteur public, l'APE est un partenaire de premier plan de l'État dans l'éducation. En effet, en fonction de la présence effective sur le terrain, du caractère permanent, périodique ou ponctuel des interventions, de l'importance de celles-ci, les ANG en général et les APE en particulier occupent un rang appréciable dans l'échelle dans le secteur de l'éducation. Ainsi, l'importance des ANG dans le secteur de l'éducation est mesurée en s'interrogeant sur leur place effective. À titre d'exemple, est considéré comme premier acteur principal dans le domaine de gestion d'un établissement scolaire, l'acteur qui est en permanence sur le terrain et qui supporte matériellement et financièrement les plus grandes charges induites par l'établissement. Le 2<sup>e</sup> acteur principal est celui qui, en fonction de ses interventions et du nombre d'établissements, est cité en seconde position.

Des observations faites sur le terrain, il ressort donc qu'au Cameroun, l'État est incontestablement le premier acteur principal dans la gestion des établissements scolaires. L'APE, quant à elle, est le 2<sup>e</sup> acteur principal dans ce domaine. À côté de l'État qui demeure le principal intervenant dans 49 % des établissements secondaires, l'Église l'est dans 17 %, l'APE dans 13 % et le privé laïc dans 10 %.

On note également que l'indépendance des APE vis-à-vis des pouvoirs publics semble irriter quelque peu certains dirigeants administratifs qui auraient souhaité avoir un regard plus profond sur leurs activités, et surtout sur les caisses.

Sur ce fond de divergence, est donc né, en 1996, le comité de gestion financière dont le rôle principal est la supervision de la gestion des recettes et des opérations de dépenses dans les établissements publics. Une lecture approfondie du décret instituant le comité de gestion et des textes précisant les modalités de son application, la confrontation de ses actions au quotidien, montrent que le comité de gestion doit faire ses preuves sur le terrain.

En Côte d'Ivoire, les parents d'élèves représentés par leurs associations prennent une part active au financement et à la gestion des écoles. Ils tirent leurs ressources financières des cotisations des adhérents et du droit d'inscription des élèves. Les cotisations sont des sommes modiques. Par exemple à Maféré, elle s'élève à 2 000 F, tandis qu'à Dabou, les parents ne paient que 1 000 FCFA. Dans les autres communes la contribution par individu ne dépasse pas 5 000 F. De telles sommes ne permettent pas d'entreprendre de grandes réalisations.

## **Les ONG et le secteur de l'éducation**

Au Burkina Faso, les interventions des ONG en matière de santé et d'éducation ont été présentées. Le lecteur est également prié de se reporter à la partie « Analyse de l'apport et impact des ANG dans les SSE au Burkina Faso ».

Dans ce pays, les ONG sont rares à œuvrer dans le domaine de l'éducation. Leur champ d'action se limite à des cours d'alphabétisation au bénéfice de parents et enfants déscolarisés ou non scolarisés et à l'assistance à l'enfance abandonnée afin de permettre à la majorité des citoyens d'accéder à l'instruction. C'est le cas de l'ONG CARITAS.

D'apparition récente, les ONG camerounaises œuvrent surtout pour encourager les élèves en octroyant par exemple des bourses d'études ou en procédant à des attributions de prix aux meilleurs élèves<sup>22</sup>. Les ONG aident les populations à rechercher le financement pour la réalisation des micro-projets, auprès des bailleurs de fonds internationaux tels que l'Union Européenne, la BAD, etc. Ces ONG, dont les interventions sont surtout ponctuelles, financent leurs opérations à partir des cotisations des membres, des dons et legs de toute nature ainsi que des financements provenant des organismes nationaux ou internationaux, des subventions des personnes morales de droit public ou de la rémunération des services rendus au tiers. Cette catégorie d'acteurs fonde ses interventions sur une connaissance empirique de son territoire de compétence. Très souvent, elle ne réalise que les projets qui rehaussent localement sa renommée.

Les Écoles Familiales Agricoles (EFA) constituent un bon exemple de prise en charge de l'éducation par les acteurs non gouvernementaux au Cameroun. Une EFA est un centre de formation professionnelle des jeunes dont l'âge

---

<sup>22</sup> À titre indicatif, la Fondation Monthé a octroyé des bourses pour un montant de 500 000 FCFA aux meilleurs élèves de la ville de Bafang en 1998-1999.

varie entre 12 et 19 ans ayant le niveau de fin d'études primaire. C'est une association composée de familles et de professionnels de la gestion.

La gestion courante de l'école et la formation des jeunes sont assurées par une équipe pédagogique sous le contrôle du Conseil d'Administration constitué de personnes déléguées. Les ressources des EFA proviennent des frais de scolarité des élèves, des cotisations des membres de l'association, des subventions des collectivités locales, des dons et cotisations des élites de la localité où elle est implantée.

La formation dans une EFA est tournée vers les professionnels de l'agriculture notamment vers ceux qui font de la production végétale et animale. La formation dure trois ans. En principe, on forme un élève dans une EFA pour qu'il puisse travailler sur place dans son village : l'élève crée sa ferme dès son entrée à l'école.

Deux tiers des membres du Conseil d'Administration sont constitués des parents d'élèves. Ce conseil recrute des formateurs qui lui sont proposés par la coordination nationale des EFA. Le savoir-faire ne s'acquiert pas seulement à l'école, d'où l'intérêt de la formation en alternance et de la formation pratique.

La formation dans les EFA se fait dans le respect des traditions de la localité. C'est pourquoi les chefs traditionnels sont impliqués dans le processus de mise en place ; on leur reconnaît ici le rôle de dépositaires des traditions ancestrales de même que leur capacité à mobiliser toutes les potentialités du village. De la même manière, les élus locaux, lorsqu'il y en a, sont impliqués dans le processus de manière à pouvoir mobiliser une contribution financière de la commune au fonctionnement de l'école. Les élites du village sont sollicitées pour appuyer le processus de mise en place de l'école et pour apporter leur savoir-faire aux élèves. La coordination nationale des EFA est assurée par l'Institut Européen pour la Coopération et le Développement. Elle a pour rôle d'apporter un appui technique aux différentes écoles, de fournir un encadrement pédagogique aux formateurs, et de rechercher des financements pour le développement des EFA.

L'organisation des EFA fait que très vite cette structure devient un enjeu du pouvoir local. L'organisation théoriquement conçue par la coordination nationale, est prise au piège des conflits locaux avec souvent la confiscation du conseil d'administration. Le fait que des structures du type EFA ne soient pas encore reconnues par le Ministère de l'éducation nationale constitue encore un frein à l'éclosion de ce type de structure éducative.

## **Conclusions partielles**

L'implication des ANG dans la satisfaction des besoins des populations en matière de santé et d'éducation est venue du fait que l'État et les municipalités n'ont pas toujours eu de réponses appropriées aux demandes exprimées par ces populations. Un grand nombre d'acteurs non gouvernementaux ont donc senti la nécessité d'occuper le vide laissé par les pouvoirs publics dans ce domaine. Les facilités et les encouragements multiformes accordés par ces derniers à ces différents acteurs viennent du fait que ceux-ci constituent un apport non négligeable dans la satisfaction des besoins des populations dans le domaine de l'éducation et de la santé.

## **Des retombées jugées négatives**

Le processus de décentralisation entamé depuis le début des années 1990 a-t-il eu un impact sur le rôle joué par les ANG ? Les réponses données à cette question par ces acteurs sont mitigées. Mais pour l'essentiel, elles sont plutôt négatives. Cependant, elles méritent d'être nuancées dans la mesure où très peu d'acteurs semblent être imprégnés de cette notion de décentralisation, de ses objectifs et but. Il est vrai que, hormis les discours sur la décentralisation et quelques actions médiatiques, beaucoup de gens ignorent ce que font réellement les structures chargées de la décentralisation. De plus, bon nombre d'acteurs intervenaient déjà bien avant la mise en place des principaux dispositifs de la décentralisation.

## **La contribution des ANG : un rôle d'appoint**

Il est difficile d'établir de façon précise la contribution des ANG à l'éducation et à la santé. Malgré le grand nombre des acteurs, notamment les ONG dans certaines localités, ceux intervenant principalement dans les secteurs de l'éducation et de la santé sont peu nombreux. L'ensemble des interventions ne fait en effet l'objet d'aucune centralisation, ni au niveau de la comptabilité de l'État, ni au niveau municipal. On peut noter néanmoins, là où elles interviennent, en dehors des subventions ponctuelles, quelques cas de prise en charge complète des services sociaux locaux.

Toutefois, la contribution des ANG reste globalement une contribution d'appoint aux politiques publiques mises en œuvre par les communes et l'État. Plusieurs formes d'action peuvent être répertoriées : l'assistance technique, les subventions, la fourniture de moyens divers. Ces interventions se font plutôt sous forme d'appui à la construction et l'équipement de certaines infrastructures (écoles, dépôts pharmaceutiques, etc.), aux journées

nationales de vaccination, l'alphabétisation, la sensibilisation des populations dans divers domaines (assainissement, hygiène, lutte contre les maladies notamment les MTS-SIDA, etc.).

En ce qui concerne l'école, les ANG interviennent à plusieurs niveaux. Elles construisent des écoles, payent les salaires des enseignants, collaborent à la gestion. Traditionnellement, cette action fut d'abord initiée par les ONG religieuses de confession chrétienne. Le relais fut ensuite pris par les associations de parents d'élève, les associations d'élites régionales et les organisations de base (groupes communautaires). Les autres ANG interviennent de manière plus ponctuelle dans ce secteur.

Dans le domaine de la santé, l'engagement traditionnellement significatif reste également celui des ONG religieuses de confession chrétienne. Elles ont été suivies plus récemment (cela est relatif) par les ONG internationales comme *Médecins sans frontière*. Mais on peut noter localement l'intervention très significative de certaines organisations d'élites locales.

Les difficultés de collecte de l'information ne permettent pas toujours de se faire une idée exacte des interventions chiffrées de la plupart des ANG. Une comptabilité mal tenue, surtout lorsque les interventions se font en nature, ou simplement le refus de livrer les informations touchant ce domaine rendent malaisée toute entreprise d'établir des statistiques relatives aux valeurs monétaires des investissements opérés par les acteurs, ce qui limite du même coup une appréciation objective des interventions des ANG.

Des tentatives opérées pour disposer de données chiffrées ont permis de retenir quelques acteurs non gouvernementaux dont le niveau des interventions n'est pas négligeable. Même si, au regard des immenses besoins des populations dans les domaines de santé et d'éducation, le volume des interventions paraît modeste, il est certain que l'action combinée des différents ANG apporte une aide précieuse aux populations qui, bien souvent, n'ont pour seul recours que le concours de ces organisations. De là à tirer la conclusion que l'État et les municipalités démissionnent de leur responsabilité ou que l'action des ANG constitue une échappatoire pour eux, il n'y a qu'un pas que certains n'hésitent pas à franchir, notamment les responsables des structures privées de santé. Les organisations non gouvernementales par contre justifient « l'attentisme des pouvoirs publics » par le fait que l'État ou les municipalités ne peuvent pas tout faire.

Compte tenu de l'évolution tendancielle traduisant le désengagement progressif de l'État et à la mutation de son rôle d'une part, du rôle assez limité des municipalités dans ces secteurs d'autre part, et eu égard aux énormes besoins des populations à satisfaire, une recommandation majeure s'impose.

Là où les ANG prennent en charge les projets d'éducation et de santé et dans la limite des moyens qu'elles peuvent mobiliser, on peut dire que la densité de leur action est plus importante que celles des municipalités et celles de l'État, toutes proportions gardées. Même si les projets ne sont pas toujours coordonnés, ceux-ci ont, dans la mesure où ils sont spécifiques, une portée immédiate plus nette. C'est pourquoi il est souhaitable qu'une coordination des actions des ANG soit faite de manière à pouvoir les intégrer aux politiques publiques locales ou nationales. Les ANG pourraient être des vecteurs utiles des actions programmées par l'État et les communes.



## Chapitre 6

### ***Peut-on mieux intégrer les leaders coutumiers ?***

Les municipalités sont, en quelque sorte, les collectivités *officielles* de base. Pour qu'elles puissent jouir, au-delà de leur personnalité juridique, d'une certaine identité sociologique, leurs limites territoriales de compétence devraient épouser les contours d'une communauté sociologique de base. En Afrique Occidentale et du Centre, il peut s'agir, suivant le cas, du « village », de la « chefferie traditionnelle », du « clan » etc. correspondant à une communauté bien cernée ayant ou non un pouvoir traditionnel à sa tête.

Ainsi, pris sous l'angle communautaire, le village pourrait être considéré comme une commune car, dans l'essence même de la vie africaine, le village constitue sans aucun doute la cellule communautaire de base. Il s'agit d'une cité organisée où le doyen d'âge est considéré comme le « maire » de la collectivité. Le colonisateur aurait donc pu faire coïncider la commune du type français avec la communauté villageoise, substituant celle-ci à celle-là. Mais pour des raisons de stratégies coloniales évidentes, il a préféré à cette solution, celle d'un espace territorial différent et surtout éloigné du milieu humain africain et de ses traditions. La commune française va de ce fait se juxtaposer, voire se superposer, à la collectivité villageoise. Cette conception centralisatrice et la pratique qui en est résultée survivront à l'indépendance.

En Afrique francophone, on constate généralement que le découpage administratif, sur lequel le découpage communal est calqué, vise plus à rationaliser l'administration de l'État qu'à préserver l'intégrité des collectivités traditionnelles et l'autorité des pouvoirs coutumiers ou à les impliquer dans la gouvernance locale.

Avant les indépendances, le colonisateur français avait créé, pour les chefs traditionnels, un statut matérialisé par la définition d'une hiérarchie : 1<sup>er</sup> degré de commandement, 2<sup>e</sup> degré, etc. Cette initiative n'avait pas pour but d'impliquer les autorités coutumières dans les affaires locales, mais simplement de les instrumenter dans certaines tâches comme le recouvrement des impôts de capitation. Une fois devenus indépendants, les États ont repris à leur compte, et à divers degrés, les méthodes du colonisateur d'hier. On assiste ainsi le plus souvent à une situation de contradiction marquée par l'existence de communes censées être l'émanation de la communauté de base et l'existence en leur sein, ou à côté d'elles, de collectivités traditionnelles reconnues.

En Côte d'Ivoire par exemple, à l'indépendance, l'administration ivoirienne, suivant en cela l'administration coloniale intégrera cette subdivision administrative qu'est le village à ses structures afin que la chefferie traditionnelle apporte l'adhésion de ses « sujets » aux décisions administratives. Mais le village n'est pas une circonscription administrative. C'est la plus petite division géographique de la population servant de base de travail à l'administration et de structure pour le développement économique du pays.

Les chefferies traditionnelles ne seront donc considérées que comme des auxiliaires contrôlés de l'administration. Ce sont des agents publics, « agents de transmission et de liaison entre la population et l'administration, dont l'action est contrôlée et dirigée par le sous-préfet ». Ils ont pour mission essentielle de veiller au bon ordre et de renseigner l'autorité locale sur tous les faits qui pourraient affecter la sécurité, la salubrité et la tranquillité publique.

La chefferie traditionnelle est donc utilisée comme le « relais », le « maillon », le dernier moyen d'appréhender la population. Auxiliaire indispensable du sous-préfet, il se sert souvent d'elle pour faire appliquer les mesures impopulaires. L'administration doit donc avec cette force non négligeable, car l'autorité des chefs traditionnels vient, en grande partie, de la tradition et des coutumes.

La question se pose alors de savoir si des autorités ainsi constituées ont réellement le pouvoir de provoquer une mobilisation locale au service d'un développement collectif. Si non, comment y remédier ?

Au total, une hypothèse de la recherche est que dans l'ensemble de la sous-région d'Afrique de l'Ouest et du Centre, les communautés de base traditionnelles et leurs autorités semblent avoir souvent été ignorées dans la formulation de la décentralisation, ce qui aurait pour conséquence une faible assise sociologique des municipalités de la sous-région. Il en découlerait la non-inclusion des réponses traditionnelles aux besoins en services sociaux, notamment les différentes formes de participation populaire.

Ce dernier constat renvoie à un questionnement sur l'incidence de la décentralisation sur le rôle et la capacité des pouvoirs locaux non institutionnalisés à organiser une réponse aux besoins de la population en services sociaux dans les trois pays retenus.

## La chefferie traditionnelle dans la sous-région

À son arrivée, le colonisateur a trouvé un espace social et politique organisé avec des institutions. En vue d'asseoir son autorité et d'atteindre ses visées, il s'est appliqué à bouleverser cet ordre préexistant. L'administration coloniale s'est peu à peu substituée aux formes d'autorités antérieures, pour se poser comme seul garant de l'ordre nouveau. Depuis lors, les pouvoirs politiques qui lui ont succédé ont gardé la même ambition de contrôler l'espace national de façon exclusive. Cependant, une société ne peut pas, du jour au lendemain, faire table rase de l'organisation qu'elle connaissait depuis des siècles. Les institutions traditionnelles précoloniales, bien qu'ayant souffert de l'hégémonie des institutions modernes républicaines héritées de la colonisation, ont survécu jusqu'aujourd'hui.

La notion d'État est venue remettre en cause, et ceci à des degrés divers, ces différents modes d'organisation. Cette évolution a contribué à réduire leur autorité sur la population et, aujourd'hui, ces pouvoirs traditionnels, cette catégorie de leaders coutumiers, n'ont une influence réelle sur la population que dans certaines régions des pays concernés : le sultanat de Rey Bouban, en pays Peul au Cameroun, par exemple ou le *mogho naaba* qui reste un chef influent sur la communauté Mossi au Burkina Faso.

D'une façon générale, on note une absence nette de tout rôle institutionnel accordé tant aux chefs qu'aux notables traditionnels dans l'organisation juridique de la décentralisation. Cette attitude traduit sans doute une volonté d'exclure formellement ce dernier ordre d'encadrement social du marché politique. La logique d'exclusion adoptée par les colonisateurs européens tenait d'un complexe de supériorité, tandis que celle des leaders nationaux modernes qui ne la suppriment pas s'explique par la méfiance. En effet, bien que réduits au rang de simples auxiliaires de l'administration, les chefs et les notables traditionnels n'en demeurent pas moins des potentiels vecteurs de la remise en cause locale de la prééminence de l'autorité centrale. En d'autres termes, en favorisant l'émergence des pouvoirs effectifs des chefs traditionnels sur les populations au niveau local, il risque de se créer un marché politique véritablement concurrentiel à la base. Toutefois, le pouvoir central n'exclut pas, de manière formelle ou informelle, les leaders traditionnels de la recherche des solutions aux problèmes que les populations rencontrent en matière de santé et d'éducation en particulier, et des services sociaux en général. On peut donc se demander dans quelle mesure le processus de décentralisation a permis de mobiliser la capacité des pouvoirs locaux.

La volonté d'instaurer une « répartition institutionnelle des tâches » en réservant le domaine politique aux structures « modernes » et en assignant les

fonctions coutumières aux structures traditionnelles, n'a jamais véritablement abouti. En pratique, ces deux types de structures d'encadrement partagent le même espace social et entretiennent des rapports dynamiques. Chacune d'elles participe à l'évolution de l'autre et en subit à son tour l'influence. Il existe une interaction entre pouvoirs traditionnels et pouvoirs modernes (chefs coutumiers maires de commune, de l'utilisation par les acteurs locaux non institutionnalisés du pouvoir moderne ou de moyens modernes (mandat électif, association), pour renforcer leur pouvoir traditionnel et intervenir dans les domaines sociaux, et utilisation du pouvoir moral de ces acteurs sur les populations par les structures décentralisées dans la gestion des communes. C'est justement cette interaction que nous voulons observer à travers la nouvelle politique de décentralisation et, précisément, le volet éducation et santé.

Pour compléter le tour d'horizon sur le contexte de la chefferie traditionnelle dans la zone de la recherche, nous allons examiner les situations spécifiques par pays.

### **La situation de la chefferie traditionnelle au Burkina Faso**

On peut retenir que la mutation profonde au sein de la chefferie traditionnelle est intervenue en 1983 avec l'avènement de la révolution. Ainsi, ont été abrogés tous les textes relatifs à cette chefferie : les textes organisant les modes de désignation des chefs de villages, ceux fixant les limites de compétences territoriales entre autorités coutumières et autorités administratives, ainsi que tous les textes relatifs aux rémunérations, gratifications et autres traitements des chefs coutumiers en Haute Volta. Durant cette période, la chefferie coutumière et la pratique de la coutume ont été placées sur le même pied d'égalité que les communautés ou organisations religieuses.

La loi de 1993 portant sur le régime électoral des conseillers de village, de secteur communal, de département et de province, aménage une place aux communautés coutumières au sein des conseils de villages et de secteurs. Les conseils de village, de secteurs et de départements se composent de conseillers élus et de conseillers désignés représentant les organisations socioprofessionnelles, et les communautés religieuses et coutumières. Ils ont un statut consultatif. Ils ne sont pas éligibles dans les bureaux des conseils. La loi ne pose aucune incompatibilité entre les responsabilités de chef coutumier et le mandat de conseiller élu au sein des conseils municipaux et communaux.

L'analyse des rapports entre l'administration et la chefferie de la période coloniale à nos jours révèle que plusieurs changements sont intervenus dans les rôles et les missions de ces deux types d'acteurs. Seul le pouvoir révolutionnaire a voulu nier l'autorité des chefs traditionnels.

Aujourd'hui, il y a une résurgence du pouvoir traditionnel. Les chefs coutumiers sont des maires, des députés, et beaucoup exercent des fonctions administratives. Mais quel rôle jouent-ils dans le processus de décentralisation et, précisément, dans les secteurs de l'éducation et de la santé.

Les six sites de la recherche sont de compositions ethnique et linguistique différentes. L'origine de leur peuplement ainsi que les fondements de leur organisation sociopolitique sont amplement décrits dans le rapport de l'équipe du Burkina. Les modes d'organisation sociale et politique traditionnels sont spécifiques à chaque ethnie. On peut néanmoins citer trois modes assez caractéristiques :

Le mode **lignager** du pouvoir politique attribué aux *Birifor*, partie de l'ensemble ethnique *Lobi*, dans le sud-ouest du pays. Les *Birifor* vivent dans de petits ensembles sans autorité centrale. La cellule de base est le *Yir*, qui regroupe le patriarche et sa famille, ses frères cadets et les leurs. Les *Birifor* rechignent à toute forme d'autorité, et on les a parfois qualifié d'anarchistes.

Le mode **villageois** d'exercice du pouvoir se rencontre chez les *Bwa*, ethnie de l'Ouest Burkina. Selon certains auteurs, le projet communal se lit dans l'organisation de l'espace *bwa*. L'espace y est en effet distribué en auréoles concentriques. Le village se présente comme la collectivité de base, et le commandement politique appartient au représentant le plus âgé du lignage fondateur assisté d'un conseil d'anciens.

Dans le mode d'exercice du pouvoir que pratiquaient les *Mosse*, l'institution **étatique** était déjà présente. L'organisation politique des *Mosse* est très centralisée. Cet empire a à sa tête un chef suprême (le Mogho-Naba), à qui tous devaient allégeance. L'idée d'identité au niveau villageois se réfère plutôt au quartier, et les chefs à ce niveau y représentent le pouvoir central. On peut donc parler de pouvoir déconcentré.

En dépit de leurs différences, ces trois types d'organisation sont des systèmes gérontocratiques où les plus vieux sont censés détenir le savoir et même le pouvoir sinon politique, du moins occulte, parce qu'ayant accès aux cultes des ancêtres.

Ouagadougou, Kaya, Ouahigouya et Dori se présentent comme des sociétés hiérarchisées, avec une chefferie traditionnelle ancienne. Par contre, Houndé et Gaoua sont des sociétés où la chefferie est de création récente. Ces nouveaux chefs ont un pouvoir plus limité sur la population. L'organisation et le fonctionnement de la chefferie à Dori semblent s'apparenter à ceux des Mossi. Mais actuellement, le système ne fonctionne plus.

À Gaoua, le chef de terre n'a pas traditionnellement un pouvoir au sens plein du terme. Il joue le rôle d'intermédiaire entre les ancêtres et les membres de la communauté. Il assume une fonction religieuse au sein de sa communauté qui consiste à faire veiller l'esprit des ancêtres sur la communauté. C'est une sorte de prêtre religieux avec des pouvoirs surnaturels. Avec les différentes mutations, son pouvoir a plutôt un aspect symbolique que réel. S'il est encore reconnu comme autorité légitime, le chef de terre a une influence de plus en plus faible sur la population.

La structuration de la chefferie traditionnelle dans la commune de Houndé est de type segmentaire et classique. Son organisation est placée sous la supervision du chef de village et du chef de terre. Le chef de village est désigné parmi les plus âgés. Il doit être un autochtone, être de la lignée des premiers résidents du village, et être accepté par toute la famille. Son rôle est de diriger le village conformément aux normes coutumières. Le chef est considéré selon cette logique comme le sage du village. Entre lui et le chef de terre, il y a un rapport de hiérarchie. Ce dernier (chef de terre) répond aux attentes du chef de village selon les circonstances. Son rôle est surtout d'ordre coutumier. Il préside les sacrifices. Comparativement aux sociétés hiérarchisées, les deux chefs n'ont pas un pouvoir autoritaire sur la population. Leur pouvoir est plutôt moral. La structuration du pouvoir est effective dans les quartiers. Chaque quartier dispose d'un chef de terre et d'un chef de quartier. L'assemblée du village réunit tous les chefs des quartiers. C'est le chef du village qui préside les réunions et les décisions sont prises de façon collégiale. Aujourd'hui, la chefferie traditionnelle existe, mais elle n'a aucun pouvoir décisionnel. Sa principale tâche se résume à l'exécution des cérémonies coutumières.

## **La situation de la chefferie traditionnelle au Cameroun**

L'État camerounais a favorisé le développement d'autres pouvoirs locaux non institutionnalisés comme les chefferies de quartiers ayant les mêmes attributions que les chefferies traditionnelles. Ces nouveaux pôles de pouvoirs constituent, avec les chefferies traditionnelles, ce qui est considéré dans cette étude comme des pouvoirs locaux non institués ou encore les leaders traditionnels.

Porte-parole souvent passionnés des réclamations des populations à la base, les chefs et les notables locaux n'ont souvent vu la décentralisation d'un bon œil que si celle-ci aboutissait à l'élargissement de leur emprise sur les différentes collectivités territoriales décentralisées.

L'impact de la décentralisation sur le rôle des chefs et leur capacité à répondre aux besoins des populations en services sociaux varient donc selon leur emprise sur la direction des communes. Exploitant leur statut pour se hisser facilement à la tête des communes de leur localité avant le multipartisme, un certain nombre de leaders locaux se sont retrouvés directement à la base des initiatives municipales dans les domaines de la santé et de l'éducation scolaire. Leur double casquette de leaders traditionnels et de responsables municipaux a souvent créé une confusion dans laquelle les résultats positifs ou négatifs des maires étaient imputés, à tort ou à raison, aux chefs. Il en est résulté une forte pression des opinions publiques lors des élections municipales de 1996 pour que les chefs traditionnels se retirent et laissent libre champ à des confrontations pluralistes et compétitives.

A la suite de ces élections, des leaders traditionnels battus dans leur propre fief ont généralement vu leur rôle, leur poids et leur capacité de mobilisation momentanément fragilisée dans leur communauté locale. Dans ces cas de figure, la décentralisation aura diminué – ne serait-ce que provisoirement - la capacité des pouvoirs traditionnels à organiser les populations.

Toutefois, cet affaiblissement de la capacité des pouvoirs traditionnels à mobiliser leur population ne correspond pas nécessairement à une suppression de leur capacité propre à mobiliser des moyens pour répondre aux besoins des populations en services sociaux. L'équation politique personnelle de certains leaders coutumiers leur a permis d'obtenir des équipements de santé ou des établissements scolaires, par exemple sous forme de dons (cas de l'hôpital des rois de Foumban). Force est de constater toutefois que cette équation personnelle capable d'obtenir des équipements ou des services sociaux n'est pas courante. Il en est résulté des conflits parfois ouverts entre le maire élu et l'autorité traditionnelle. Dans le cas du Cameroun, ces conflits sont également observés entre les maires élus et les délégués du gouvernement nommés. Dans ce contexte, le processus de décentralisation est source des conflits entre les acteurs en présence, notamment entre les pouvoirs coutumiers et les pouvoirs institutionnalisés.

En somme, le créneau le plus courant par lequel les pouvoirs coutumiers ont généralement obtenu une amélioration des services de santé et d'éducation dans leur localité reste la mobilisation directe des élites et des populations. Ce créneau est exploité à travers le recours aux quêtes ponctuelles pour la construction ou le financement du fonctionnement courant des établissements scolaires ou des unités de soins. En outre, la capacité des leaders coutumiers peut être sollicitée indirectement lorsqu'ils sont membres des comités de gestion financière des établissements et unités de soins. On peut dire que, globalement, la décentralisation de ces dix dernières années ne leur a pas

nécessairement donné plus d'efficacité. Elle a par contre suscité un certain nombre de conflits.

Entre les tenants des pouvoirs locaux et les responsables des services déconcentrés de la santé et de l'éducation, les conflits sont fréquents. Le refus des responsables des services administratifs de santé et d'éducation de soumettre leur gestion au regard critique des populations locales y est pour beaucoup. Ces dernières sont souvent représentées dans les Comités de gestion, les comités de santé, les Associations des Parents d'Élèves par des notables ou des représentants proches ou ressortissants des pouvoirs traditionnels.

L'excès de zèle des leaders coutumiers représentant les populations locales vient souvent envenimer les choses. Ils confondent souvent leur droit de regard avec une possibilité de substitution ou pouvoir de contrôle total des agents de l'État en service dans leur école, leur centre de santé ou leurs hôpitaux. Dans ce cas, on parlera d'une querelle de chefs.

Si, malgré tout, le rapprochement des services des populations reste l'objectif ultime de la décentralisation, on peut se demander comment mieux intégrer les pouvoirs locaux dans le processus.

Il a été montré plus haut comment les pouvoirs traditionnels locaux et le pouvoir central de l'administration moderne se disputent la gestion de l'espace politique local. La question de « mieux intégrer » devient alors un appel pour la présentation d'une voie qui permettrait de faire primer la collaboration sur la confrontation dans l'intérêt des populations locales. Ce prérequis posé, il reste à trouver et proposer une réponse réellement accessible et acceptable par toutes les parties.

Partout où, sous prétexte de rester en première ligne dans les instances officielles de la décentralisation, des leaders coutumiers ont effectivement pris parti pour une formation politique, leur pouvoir s'est fortement fragilisé auprès de leurs populations locales. Les mécanismes électoraux au Cameroun n'autorisent pas les individus, y compris les leaders coutumiers à présenter une candidature libre, ils sont obligés de militer dans un parti politique. Cette situation augmente les risques pour les leaders coutumiers de perdre toute ou une partie de leur autorité à partir du moment où ils rentrent dans un processus électif. Dans un premier temps, cela se produit lorsqu'ils choisissent de militer dans un parti politique, ensuite, ce sera encore le cas qu'il perde ou gagne les élections. Dans tous les cas, il aura mis son autorité dans la balance, ce qui est contraire aux règles qui régissent les pouvoirs traditionnels, « on devient chef traditionnel de père en fils et il vous est impossible de démissionner ». On peut donc se poser la question de la

compatibilité entre les postes électifs et la fonction de chef traditionnel. Que peut faire un chef traditionnel qui aspire à des fonctions politiques, et qui en a les moyens, pour y arriver sans pour autant contribuer à détruire les structures traditionnelles ?

La logique de fond authentique de l'introduction et de la promotion des institutions communales comme base de la décentralisation est une logique citoyenne et universaliste. Or, les leaders traditionnels tiennent, pour beaucoup, leur pouvoir des systèmes d'encadrement à logique plus ou moins féodale ou religieuse. Le choc des logiques pourrait bien être la dimension la plus difficile à gérer dans un effort de conciliation des pouvoirs traditionnels et des pouvoirs modernes dans le processus de décentralisation.

### **La situation de la chefferie traditionnelle en Côte d'Ivoire**

L'enquête menée révèle que les pouvoirs locaux coutumiers présentent des réalités disparates en Côte d'Ivoire.

La chefferie traditionnelle de Bonoua est une royauté qui remonte au début du XVIII<sup>e</sup> siècle. Cette royauté règne sur l'ensemble de la ville de Bonoua. Le roi est assisté dans ses fonctions par des notables dont le premier occupe le poste de Premier ministre. Au nombre de 39, ces notables représentent les sept familles de Bonoua. Ils sont choisis par l'ensemble des chefs de groupe ou classe d'âge. Le premier des chefs de génération est chef de quartier. Chaque génération est au pouvoir pour 36 ans. Ainsi, par le biais de leurs représentants, les populations de Bonoua participent à la gestion des affaires de leur village, tribu. La royauté de Bonoua est donc une organisation démocratique.

Le pouvoir coutumier de Dabou est, contrairement à Bonoua où l'on parle de royauté, une chefferie où le pouvoir est exercé de façon collégiale par une classe d'âge, les « aînés sociaux ». Tous les chefs sont désignés par les populations villageoises. Elles élisent le conseil dont est issu le chef. Une fois désigné, le chef nomme ses conseillers (trois à huit membres). Le Conseil composé du chef et de ses conseillers prend ses décisions de façon collégiale. Le chef est chargé de faire connaître et appliquer les décisions arrêtées. C'est un fonctionnement décentralisé, une municipalité en miniature. Dans le système du village de Lodjoukrou, le doyen d'âge est considéré comme le « maire » de la collectivité. En Côte d'Ivoire, on peut affirmer que les collectivités traditionnelles sont ignorées dans la formulation de la décentralisation, mais que les leaders coutumiers eux sont « incontournables » dans l'application même du processus de décentralisation.

Ils sont consultés de façon permanente par les municipalités. Les autorités municipales se basent en effet sur cette institution pour déterminer les aspirations des populations.

En 1980 à Bonoua, la nouvelle commune comptait parmi les conseillers municipaux l'autorité traditionnelle de la zone, ce qui lui donne un droit de regard sur la gestion municipale. Mais il faut relever que, depuis 1985, elle n'en fait plus partie. Cependant, les notables et les autres membres de la cour royale assistent aux délibérations du conseil municipal, les séances étant publiques. Ils ont la possibilité d'y prendre la parole et de donner leur avis. Les chefs de groupe d'âge jouent même un rôle primordial dans le processus décisionnel lors des sessions du conseil municipal. Toute décision doit, en effet revêtir leur assentiment avant son adoption. Cette situation résulte du fait que la royauté est impliquée dans le processus de la décentralisation. Ce sont les classes d'âge qui déterminent les objectifs de la population. Un comité consultatif se réunit tous les mois pour définir ses aspirations. Ensuite, les besoins de la population sont intégrés aux projets communaux. L'espace politique local est occupé par la chefferie traditionnelle, même si cela n'apparaît pas officiellement. Le Maire est l'élu de la cour royale. Il a été choisi par la population suivant les recommandations des chefs de groupe d'âge. Les leaders coutumiers participent donc à la gestion locale en exerçant un contrôle indirect, par leur assistance et leur conseil.

À Dabou, l'insertion de la chefferie traditionnelle dans le processus de la décentralisation se réalise de deux manières : le recrutement des membres de la collectivité traditionnelle par la commune et la participation aux prises de décision. Tout d'abord, chaque village a un « fils » employé à la mairie, qui sert de « boîte aux lettres » pour les messages destinés aux chefs et aux populations. En outre, chaque chef dispose d'un contact téléphonique facilitant davantage les communications.

Ensuite, à l'exemple de Bonoua, le maire est généralement proposé par l'ensemble des chefs. Aussi, ces derniers participent-ils à toutes les réunions du conseil municipal et y donnent leur avis. Quelquefois, le chef est conseiller municipal. C'est le cas des chefs d'Allaba, de Debrimou et de la communauté Appolo (1<sup>er</sup> Adjoint au maire). Cette dernière autorité explique que la décentralisation serait mieux perçue par les populations et plus effective s'il y avait une plus grande association des chefs traditionnels au conseil municipal. Ce qui faciliterait d'autant mieux l'appui de ces leaders coutumiers aux actions menées par les municipalités dans les services de base et, particulièrement, les secteurs sociaux de santé et d'éducation.

## **La chefferie traditionnelle et les services sociaux**

Dans les trois pays, il a été constaté un fait récurrent : de plus en plus, les leaders coutumiers utilisent leur titre dans la recherche de moyens pour développer leurs quartiers ou leurs villages. Constatant que leur statut n'évolue pas et que l'administration ne fait que se servir d'eux, certains chefs préfèrent orienter leurs actions dans le sens de l'appui à la population.

D'une façon générale, sur la base du fait que les autorités traditionnelles sont considérées comme des auxiliaires de l'administration, les plus notables de leurs actions en matière de santé et d'éducation consiste à servir de médium aux décisions de l'État. En effet, les autorités traditionnelles sont souvent chargées de relayer l'information auprès de la population sur les actions publiques. En l'absence de statut dans l'ordonnancement politique moderne, l'influence des chefs varie selon leur appartenance ou non au parti au pouvoir et les tâches que leur confie l'administration varient également en fonction de cette appartenance politique.

On note aussi de façon récurrente dans les trois pays que les leaders coutumiers se plaignent et dénoncent l'absence de considération entre les autorités municipales, les représentants de l'État et eux-mêmes.

## **Les interventions de la chefferie traditionnelle au Burkina Faso**

Les lois provisoires sur la décentralisation de 1993, tout comme les textes d'orientation de 1998 ont défini les compétences de l'État et de la collectivité. Les forces sociales que sont les pouvoirs traditionnels n'ont pas eu de compétences attribuées. Pourtant, les collectivités locales les concertent pour toutes les actions qui concourent au développement de la commune. Selon la ville (pouvoir traditionnel centralisé ou non), l'autorité de ces chefs (réelle ou symbolique) est utilisée par les autorités locales. Au plateau mossi (Ouagadougou, Ouahigouya, Kaya), les chefs traditionnels occupent toujours un espace de pouvoir et sont parfois mieux écoutés que les représentants du pouvoir moderne. Les autorités communales ont recours à eux et, selon la localité, ces chefs traditionnels peuvent influencer l'application de certaines décisions.

Historiquement, les chefs traditionnels ont plus souvent joué un rôle (négatif ou positif) dans l'éducation. Exemple : le fait que les chefs refusaient de scolariser leurs enfants a longtemps dévalorisé cette institution aux yeux des populations. Ce rôle continue aujourd'hui encore, même s'il est difficile de l'évaluer précisément. Dans le domaine de l'éducation, l'action des chefs se limite surtout à la sensibilisation des populations, à leur information sur les

actions à mener. Ils interviennent essentiellement dans les actions de mobilisation des populations. À l'approche de la rentrée scolaire, ils organisent des séances de sensibilisation pour inciter les parents à envoyer leurs enfants à l'école. Ils sont peu représentés dans les structures scolaires, sauf en qualité d'enseignants ou parents d'élèves. À Kaya par exemple, il n'y a que deux chefs coutumiers dans la province, qui sont membres du collectif des associations de parents d'élèves. Néanmoins, le président de ce collectif affirme que cette présence vaut son pesant d'or. Dans les constructions d'écoles ou de collèges, les autorités coutumières sont sollicitées pour le choix du site. Connaissant bien les lieux (hantés, lieu de culte), elles choisissent les lieux les plus appropriés.

En matière de santé, les interventions sont quelque peu différentes. Dans une ville comme Ouagadougou où les moyens de communication sont diversifiés, les chefs jouent moins un rôle d'informateur que dans une zone comme Gaoua ou Dori. Lors des campagnes de vaccination, les recrutements d'élèves, la lutte contre l'excision, l'assainissement du cadre de vie, ils sont consultés. À Ouagadougou, pour les campagnes de vaccination, ils sont sollicités pour renforcer l'information des populations par les mass-médias. Dans les villes moyennes, ils sont utilisés comme « moyens de communication » et de sensibilisation de la population. À Houndé par exemple, lorsque le chef reçoit une lettre de la part des autorités l'invitant à mobiliser la population, il réunit d'abord les chefs de quartiers. Ces derniers répercuteront l'information dans leurs quartiers. Afin de lutter contre certaines pratiques anciennes, les chefs traditionnels sont conviés à des sessions de formation et, de retour dans leurs localités, ils doivent informer et sensibiliser la population. Par exemple, dans le cadre de la lutte contre l'excision, le Kamsonghin Naaba (chef de quartier Kamsonghin de Ouagadougou) est membre du comité chargé de sensibiliser la population à travers le pays. Il est également président d'honneur de la Croix Rouge nationale.

En tant que leaders de leurs communautés, les chefs coutumiers doivent parfois pallier les insuffisances des actions entreprises par l'État en faveur de leur quartier, village ou ville. C'est ainsi que le Kaam Naaba de Saint-Léon (un quartier de Ouagadougou) et le chef du secteur 28 de Ouagadougou affirment payer parfois de leurs poches des seringues lorsque les dotations s'avèrent insuffisantes pendant les campagnes de vaccination, ou encore honorer les ordonnances de leurs sujets les plus démunis.

Cinq des six chefs enquêtés à Ouagadougou lors de la seconde phase de la recherche avouent n'avoir rien changé dans leurs actions depuis le début de la décentralisation. Seul le chef de Wemtenga (un quartier périphérique de la

ville) a vu son rôle en matière de santé accru. Il est le président du comité des sages qui veille sur le dépôt pharmaceutique et est ainsi sollicité dans la résolution des problèmes liés à la conservation des produits et à la gestion de la trésorerie.

Certains chefs estiment que la décentralisation empiète sur leur territoire de compétence sans pour autant les associer à la réalisation des programmes. Ils regrettent le manque de cadre de concertation formel entre autorités municipales et leaders coutumiers.

L'absence de cohésion ou même le manque de collaboration entre les structures déconcentrées de l'État et les collectivités locales fait que, dans les communes, les chefs sont souvent saisis par les services de santé ou de l'éducation. Les communes disposent de services sociaux, mais ils collaborent peu ou pas avec les services déconcentrés des ministères en charge de cette politique. À Houndé, les autorités administratives de la santé saisissent le chef du village par intervalle de six mois pour lui faire un bilan des malades soignés et les causes de la manifestation de telle ou telle maladie. Par ailleurs, le chef de village a mis en contact les services de santé et les tradi-praticiens pour une relation de complémentarité.

Le chef de Dori affirme envoyer des messages aux populations lors des journées nationales de vaccination, des travaux de salubrité ou d'intérêt commun. Ces messages ne sont pas perçus de la même façon par toute la population. Pour les populations non autochtones, c'est le discours de l'homme politique, pour les autochtones, c'est plutôt le chef traditionnel.

## **Les interventions de la chefferie traditionnelle au Cameroun**

La chefferie traditionnelle a joué, et continue de jouer dans certaines régions du Cameroun, un rôle majeur dans l'offre des services de santé à la population en tant que centre de convergence ou de contrôle des tradi-praticiens, de protection et d'assistance à la collectivité traditionnelle.

On a noté sur le terrain que certains responsables traditionnels sont membres des comités de santé et des comités de gestion créés au sein des unités de soins. De même, ils sont sollicités lors des opérations sanitaires ponctuelles, par exemple lors des campagnes d'information ou de vulgarisation en matière de santé. Les actions des autorités traditionnelles sont plus significatives en ce qui concerne la participation aux réunions des comités de santé, ce qui se traduit par une assistance aux responsables des centres de santé pour la coordination des activités impliquant les populations locales. Ils contribuent aussi à informer les autorités de santé sur les signes annonciateurs des

épidémies et mènent des actions de sensibilisation de la population sur les campagnes de prévention, de vaccination, d'hygiène et de salubrité.

On peut donc dire que quelques leaders coutumiers (les chefs traditionnels et les chefs de quartiers) constituent aussi des agents de vulgarisation, de sensibilisation et d'information des populations sur les questions liées à la santé.

Dans la ville de Limbé par exemple, le chef du premier degré (*Paramount Chief*) sensibilise les tradi-praticiens sur la nécessité d'exercer leur métier avec honnêteté et professionnalisme. Pour y parvenir, il recourt à un crieur ambulant appelé messager du chef. La radio locale et le babillard public sont aussi des supports utilisés pour transmettre les informations aux populations. Ces informations ont été livrées par les six chefs traditionnels interrogés à Limbé.

Dans la Commune urbaine d'arrondissement de Douala 1<sup>er</sup>, il ressort que le degré d'implication varie d'un leader coutumier à l'autre. Il apparaît également que ces pouvoirs traditionnels « officiels » ont des contacts de travail très limités avec la mairie lorsqu'il s'agit des problèmes en rapport avec la santé.

À Obala, les leaders coutumiers exercent des pressions sur les autorités administratives pour obtenir plus d'infrastructures sanitaires et de personnels dans leur localité. Ils excellent par conséquent dans les actions de *lobbying* mais ils ne participent pas directement à l'offre et à la demande des soins de santé.

Des investigations conduites dans la commune urbaine de Yaoundé 4<sup>e</sup> montrent que les chefs traditionnels sont démunis de moyens financiers et humains, d'où leur incapacité à concevoir et mettre en œuvre une politique de santé. Leur intervention directe est plutôt sporadique. C'est également le cas de Foumban où la médecine traditionnelle joue un rôle très important car on y dénombre seulement huit médecins (dont sept installés dans la zone urbaine) pour 180 000 habitants, contre 52 tradi-praticiens spécialisés dans la médecine traditionnelle. Ces tradi-praticiens procurent des soins de toute sorte aux malades qui ne disposent pas assez de ressources pour fréquenter les centres modernes de soins. Le coût de ces services varie d'un individu à l'autre suivant sa capacité à payer. Certains de ces tradi-praticiens internent des malades dans leurs concessions.

Ils interviennent aussi comme des agents de vulgarisation des actions de l'État. À ce titre, ils participent aux campagnes de lutte contre les maladies endémiques, de vaccination, d'hygiène et de salubrité. Ici, le sultan, en tant que chef traditionnel et chef religieux, mène des actions plus remarquables.

Par exemple, il a fait brancher la léproserie d'un village au réseau électrique moderne, initié le projet de construction de l'hôpital des rois Bamoun à Fouban, pour lequel il a trouvé des financements auprès des bailleurs de fonds étrangers. Cette intervention est assez régulière dans les centres de soins en milieu rural. Certains chefs traditionnels et tradi-praticiens sont d'ailleurs membres des comités de santé. Ici, la collaboration entre les médecins modernes et les leaders coutumiers est plus franche car les actions de la médecine traditionnelle complètent celles de la médecine moderne ; par exemple, il y en a qui font partie des comités de gestion des hôpitaux. En ce sens, les tradi-praticiens concourent à plus grande demande des soins de santé.

Étant devenus pour la plupart de simples auxiliaires de l'administration, les chefs traditionnels et autres leaders coutumiers interviennent, lorsqu'ils le font, dans le secteur de la santé comme de simples agents d'information et de transmission des directives en provenance du pouvoir central. Il est clair après des investigations sur les six sites, que la contribution financière des leaders coutumiers à la production des soins de santé est négligeable.

L'Hôpital des rois Bamoun constitue un bon exemple d'une solution adaptée des autorités coutumières aux problèmes de santé des populations locales. Cet hôpital d'un type particulier est situé à l'intérieur du palais. Créé sur l'initiative du Sultan et appuyé par le Conseil Supérieur de Haut de Seine en 1997, il est doté d'une capacité de 17 lits et est fortement apprécié des populations, particulièrement pour la facilité de communication entre les patients et le personnel traitant. En effet, tout le personnel de ce centre de santé ou du moins s'exprime en dialecte local. De plus, le coût des médicaments et des prestations de services est à la portée des malades, c'est-à-dire plus bas que dans les autres formations sanitaires du Département. En effet, les médicaments génériques vendus dans cette formation sanitaire sont obtenus à faibles coûts ou offerts par le partenaire étranger, le Haut Conseil de Seine. Dans de nombreux cas d'indigence constatée, les médicaments et les prestations sont offerts gratuitement. En outre, tous les utilisateurs mentionnent la qualité de l'accueil et la propreté des locaux. Un projet d'extension en cours permettra de porter la capacité de ce centre de santé à 50 lits et d'installer des services de radiologie, d'endoscopie, d'urgence et de réanimation.

Plus que dans le secteur de la santé, les leaders coutumiers camerounais interviennent à la fois comme offreurs et demandeurs directs et indirects des services d'éducation. En tant que parents, ils demandent les services d'éducation pour leur progéniture, ils participent au financement, à la construction ou à l'équipement en matériel didactique des établissements scolaires, tout

ceci à travers les Associations de Parents d'Élèves. En tant que structure organisée ou alors en tant qu'institution résultant de la tradition, leur action en matière d'éducation reste marginale au niveau local.

Sur le site de Limbé, un seul leader traditionnel sur sept a déclaré avoir entrepris des actions d'alphabétisation et d'éducation en matière de protection de l'environnement, en collaboration avec des ONG locales. À Douala, il apparaît que les niveaux et le degré d'implication des pouvoirs traditionnels varient suivant que le chef est issu des traditions ancestrales et non simplement imposé par l'État et qu'il est soutenu ou non par un comité de développement légitime aux yeux des populations. La personnalité du chef joue aussi un rôle important surtout lorsque vient le temps d'arbitrer des conflits.

Il apparaît également que ces pouvoirs ont des contacts de travail très limités avec la mairie dans ces domaines, en dehors des cadres formels des comités de gestion où les uns et autres siègent. Par contre, l'action des chefs de quartiers est plus perceptible puisqu'ils sont davantage impliqués dans la mise en œuvre des programmes proposés par les autres acteurs, en particulier par les ONG, les Églises et le pouvoir central.

D'autres problèmes qui entravent le jeu des différents acteurs ont été enregistrés. Ces problèmes se rapportent aux difficultés que les leaders traditionnels et la municipalité éprouvent à collaborer concrètement pour améliorer les services de santé et d'éducation. Les chefs ont relevé que leurs doléances n'étaient pas toujours prises en compte aussi bien par la commune que par l'unité administrative déconcentrée. D'une manière générale, ces chefs estiment qu'ils sont complètement négligés dans le processus de prise de décisions et que les relations avec les autorités administratives sont plutôt verticales. La contribution qu'ils attendent de la municipalité en matière d'entretien des voies d'accès et de la voirie urbaine ne vient pas toujours quand il le faut et parfois pas du tout. Des correspondances en direction de la municipalité pour attirer son attention sur des problèmes concrets (le vent qui emporte le toit d'une école, l'insuffisance des tables-bancs, etc.) sont restées sans suite. C'est la raison pour laquelle ces leaders pensent que la politique des communes est contre-productive. En outre, l'insuffisance de moyens financiers et humains a été relevée par ces chefs comme constituant un frein à leurs activités de sensibilisation et de vulgarisation.

Mais les chefs ont tenté d'avancer d'autres explications à l'attitude de leurs populations. Le peu d'ouverture de ces populations aux problèmes de santé et d'éducation résulterait de la pauvreté ambiante. En effet, elles redoutent de longues ordonnances et le mauvais traitement dont ils seraient victimes de la part des personnels de santé dans les centres publics de soins. En outre, les habitudes qui relèvent de la culture sont parfois source d'incompréhension et

de blocage, face aux actions de vulgarisation par exemple. Au vu de ces difficultés, les chefs ont proposé des solutions qui s'appuient sur une plus grande intervention de la communauté et des élites dans l'offre des services publics en général. En résumé, la municipalité doit se rapprocher effectivement des populations. En outre, il faudrait accroître les moyens d'action (pouvoir) des chefs pour leur permettre d'atteindre le maximum de personnes pendant les diverses campagnes de sensibilisation et d'information.

## **Les interventions de la chefferie traditionnelle en Côte d'Ivoire**

En Côte d'Ivoire, les chefferies traditionnelles se reconnaissent volontiers le devoir de veiller sur la santé et l'éducation de leurs administrés. Au cours des entretiens, elles ont reconnu cette responsabilité et se disent préoccupées par la situation sanitaire et éducative de leurs populations. Cette reconnaissance traduit leur conscience, d'une part, des attributions et des obligations qui leur incombent et, d'autre part, de leur fonction en tant qu'interlocuteurs et interfaces entre les pouvoirs publics et les populations.

Cependant, la reconnaissance de cette responsabilité ne garantit pas une action de nature à satisfaire les exigences sociales des administrés, notamment dans ces secteurs sensibles. L'efficacité de leur action sera évaluée dans leurs interventions dans le domaine sanitaire et éducatif.

À la question de savoir si les chefs traditionnels sont en mesure de répondre aux attentes des populations, en matière de santé, les réponses des chefs eux-mêmes sont mitigées. Trois chefs sur cinq reconnaissent qu'ils n'ont rien réalisé pour contribuer à la santé des populations. Cette absence d'initiative marque les décalages qui s'observent entre la connaissance de leur rôle, voire la générosité des intentions, et les actes ou la pratique. Dans les faits, et malgré leur prédisposition avérée à exercer leur autorité d'intermédiaire naturel entre l'État et les populations, les chefs traditionnels affichent d'importantes limites qui restreignent considérablement leur périmètre et surtout leur capacité d'intervention directe au bénéfice de leurs administrés.

La majorité des chefferies traditionnelles ne disposent pas des moyens de leur politique et se résignent à attendre que les mairies ou les particuliers (en général les ressortissants des circonscriptions ou des localités placées sous leur tutelle) entreprennent des actions en matière de santé et les associent à leur exécution. Témoins privilégiés de l'action publique ou privée, ils en deviennent les garants moraux, en qualité de dépositaires de « la puissance » et des valeurs cardinales qui avaient régi la société.

Les chefs traditionnels qui ont pu mener quelques actions ou participer à des activités sanitaires font des récits plutôt enrichissants de leurs expériences. Ils

ne font pas de dons en équipements mais participent à la construction d'infrastructures de sanitaire (dispensaires, maternités, etc.). Leur participation se traduit par l'encadrement des populations au cours de l'exécution des travaux. De ce point de vue, les chefs traditionnels mettent en lumière leur capacité d'entraînement des populations. De même, ils mettent à contribution leurs administrés quant à la mobilisation des ressources destinées à l'investissement (levée des cotisations).

Dans la commune de Bonoua par exemple, l'engagement des populations a permis de collecter les fonds nécessaires à la construction d'un centre de santé, d'une maternité et des logements pour le personnel médical. Les chefs traditionnels sollicitent parfois d'autres sources de financement pour compléter l'effort local.

Ils réussissent ces opérations grâce à leur présence très proche des populations, puis à l'instauration d'un cadre de gestion qui n'échappe pas aux contribuables et à leur implication dans les activités menées qui déterminent les priorités des populations. Un comité consultatif définit leurs aspirations qui sont intégrés aux projets communaux.

L'enjeu dans le domaine de la santé se situe probablement dans le souci omniprésent du pouvoir central de contrôler les choix. la définition des priorités et l'affectation des ressources en matière de santé d'une part, la quête d'autonomie et d'affirmation des municipalités de l'autre ainsi que les difficultés des chefs traditionnels à s'affirmer et s'assumer comme interlocuteurs privilégiés de ces deux premières composantes.

Si les leaders coutumiers jouent un rôle important dans la sensibilisation des populations, et parfois la mobilisation des ressources pour la santé, il reste qu'ils ne tirent véritablement leur efficacité que de l'influence qu'ils peuvent exercer sur les représentants du pouvoir central à tous les échelons de la structure sociale, notamment au niveau local et national.

De là, naît un dilemme crucial : l'autorité morale subséquentement reconnue aux leaders traditionnels ne dispose pas de substrat économique nécessaire à la satisfaction des besoins immédiats des populations. Le processus de décentralisation vient révéler les insuffisances d'une hiérarchisation en mal d'adaptation au contexte contemporain et pour laquelle la principale notoriété ne peut dans la réalité véritablement combler les attentes des citoyens. De ce fait, dans la conscience de leur incapacité à apporter les ressources nécessaires à la réalisation des besoins des populations en services sociaux, les leaders traditionnels créent des espaces de négociation tacite ou ouverte avec les municipalités et l'État, entre autres, sur les dimensions sociologiques et politiques de l'action de ces composantes.

Face à la réalité des promesses électorales non tenues par exemple (les populations enquêtées l'ont évoqué), les autorités municipales tentent de rétablir les passerelles en s'appuyant sur les chefferies traditionnelles. De même, dans la perspective des enjeux électoraux et la nécessité de garantir la paix sociale, le pouvoir central place les chefferies dans un rôle de tampon pour juguler ou amortir les points de conflits ouverts ou potentiels.

Dans cette optique, les expériences de mobilisation des pouvoirs traditionnels pourraient se capitaliser en tant que composante susceptible de compenser les limites de l'assise sociopolitique du pouvoir central et des municipalités. Cet équilibre précaire entre les pouvoirs locaux institutionnalisés et les chefferies traditionnelles survivra tant que persisteront le caractère non achevé de la décentralisation, la puissance avérée des chefferies traditionnelles en tant que lobbies sociopolitiques, les acteurs en présence ayant mutuellement conscience de leur interdépendance pour se maintenir en surface. Les récentes revendications des chefferies traditionnelles sur la gestion foncière et l'examen des demandes de rétrocession des recettes constituent l'un des tests majeurs auxquels cette stabilité apparente demeure désormais soumise.

Sur le plan de l'éducation, les chefs traditionnels ivoiriens disent s'intéresser à la scolarisation des enfants et à l'alphabétisation des adultes. Les attitudes observées au cours des entretiens sur la santé paraissent également irradier le secteur éducatif. Pour améliorer les niveaux d'alphabétisation et de scolarisation dans leur circonscription, ils participent à la construction d'infrastructures scolaires. À Dabou par exemple, les populations rurales ont construit quasiment toutes les écoles primaires et les logements pour enseignants. À Bonoua, quelques établissements ont été construits sur l'initiative des chefs de groupe et classe d'âge. Ainsi, les chefs traditionnels ne disposent pas eux-mêmes de ressources pour résoudre les contraintes relatives à l'éducation des populations. Aussi, limitent-ils, dans la plupart des cas, leurs interventions à l'accompagnement et au soutien des actions entreprises par les pouvoirs publics, les municipalités ou les particuliers. Comme dans le cas de la santé, les populations sous tutelle restent la source de financement la plus en vue, à laquelle recourent, de manière presque systématique, les chefs traditionnels.

La mobilisation des populations se fait, comme dans l'action sanitaire, par l'intermédiaire de leurs représentants, en l'occurrence les chefs de groupe d'âge ou de famille. L'action des chefferies engendre l'émergence d'un espace citoyen.

Par exemple à Bonoua, tout Abouré se doit de participer à la réalisation de l'œuvre sociale. C'est une obligation et même un devoir. Il se considère comme un citoyen de son village. Et comme tout citoyen, il participe à la gestion de sa cité. Il pourvoit solidairement aux besoins de la communauté.

Nul ne peut se soustraire à cette gestion communautaire. Sept chefs de famille procèdent par la levée de cotisations pour financer les diverses réalisations en matière de santé et d'éducation. Ils sont responsables si leurs membres de leurs familles ne s'acquittent pas de leurs obligations et ils peuvent même perdre leur siège à la cour royale en cas d'insoumission des leurs.

Le coutumier apporte donc son aide au pouvoir local qui gagnerait à les utiliser pour la couverture des besoins de base des populations.

## **Conclusions partielles**

Conclure ce chapitre n'est pas une mince affaire. Les résultats obtenus contiennent peu d'indications chiffrées. Cette difficulté tient essentiellement à la nature des interventions et à leur caractère informel. Ces acteurs interviennent de façon pratiquement bénévole, et n'ont pas de contrainte de comptabilité. Mais le constat général ne fait cependant aucun doute.

## **Le rôle pouvoir traditionnel en question**

S'agissant tout d'abord de l'identification des acteurs, il existe aujourd'hui, à côté des chefs issus d'une organisation politique traditionnelle, des leaders créés sur ce mode coutumier, soit dans les sites où n'existait pas ce mode d'organisation politique, soit dans les nouveaux quartiers des villes. Dans les zones où la chefferie traditionnelle n'est pas ancrée, on peut relever qu'elles ont été mises en place par les autorités politiques modernes, d'abord le colonisateur, puis par les différents régimes politiques depuis l'accession à l'indépendance.

Le rôle des pouvoirs urbains non institutionnels est apparu du fait de la nécessité de trouver des interfaces jouant le même rôle que les chefferies. On sait en effet que l'urbanisation n'a pas, loin s'en faut, entraîné dans les villes africaines la substitution radicale de la culture urbaine de type occidental à la culture africaine villageoise. Les populations ont souvent gardé leurs systèmes de reconnaissance de l'autorité et d'organisation communautaire de base. Dans ces conditions, les nouvelles autorités établies sont devenues assez vite les nouveaux interlocuteurs des acteurs soucieux d'investir dans la collaboration ou l'entente avec les principaux bénéficiaires des œuvres sociales.

Les différents régimes politiques successifs ont tous attribué à la chefferie des missions, tantôt comme des auxiliaires de l'administration, tantôt dans leur rôle de responsables coutumiers. Leur autorité est certes reconnue, mais elle est souvent utilisée pour servir des intérêts partisans. Les responsables

administratifs de village ou de quartiers, par exemple, sont des créations récentes au Burkina Faso. Avec les autres chefs traditionnels d'assise plus historique, ils sont des auxiliaires de l'administration, notamment en matière d'impôt de capitation, de recensement et parfois de lotissement.

Les rôles sociaux et administratifs reconnus ou dévolus aux chefs traditionnels ne sont pas toujours dénués d'arrière-pensées politiques ou électoralistes. Hier sollicités par l'administration coloniale pour ses besoins (mobiliser la main-d'œuvre pour les travaux forcés, collecter les impôts,...), ces leaders coutumiers sont aujourd'hui utilisés par les partis politiques pour courtiser l'électorat. Mais les leaders coutumiers utilisent à leur tour le pouvoir moderne, ou les moyens modernes (mandat électif, association), pour renforcer leur pouvoir traditionnel et intervenir dans les domaines sociaux.

On peut noter que l'influence des chefs traditionnels n'est plus aussi marquée au sein des populations. Leur incarnation de la tradition n'est plus unanimement reconnue compte tenu de leur implication dans le jeu politique. L'ambiguïté de leur situation affaiblit leur pouvoir : vis-à-vis des « modernistes », ils apparaissent comme des usurpateurs qui utilisent leur « bonnet » (insigne du pouvoir traditionnel) pour accéder aux sphères du pouvoir politique moderne, tandis que les « traditionalistes » se sentent trahis par ces chefs qui se compromettent avec le pouvoir moderne dont les lois veulent tuer les coutumes.

Toutefois, cet affaiblissement de la capacité des pouvoirs traditionnels à mobiliser leur population ne correspond pas nécessairement à une suppression de leur capacité propre à mobiliser des moyens pour répondre aux besoins des populations en services sociaux. L'équation politique personnelle de certains leaders coutumiers peut leur permettre d'obtenir des équipements de santé ou des établissements scolaires, par exemple sous forme de dons (cas de l'hôpital des rois de Fouban au Cameroun). Mais il s'agit d'un cas de figure peu courant.

De même, ils mettent à contribution leurs administrés quant à la mobilisation des ressources destinées à l'investissement (levée des cotisations).

## **La contribution des pouvoirs traditionnels**

L'analyse du rôle des leaders coutumiers dans l'offre des services de santé et d'éducation a montré que leur intervention est marginale. Cette conclusion vaut surtout lorsqu'il s'agit de construire et de gérer les établissements scolaires et les centres de santé. Les modes d'intervention de ces acteurs traditionnels, ou créés sur le mode traditionnel de pouvoir, sont peu formalisés. Les plus actifs de ces responsables coutumiers arrivent à

mobiliser des fonds pour financer leurs actions. Les moyens s'obtiennent via des ONG ou associations de développement, par le jumelage, ou en utilisant leurs relations personnelles pour obtenir des subventions.

Dans les deux domaines retenus (éducation, santé), ils interviennent, en tant qu'auxiliaires de l'administration, pour répercuter les directives de l'administration et sensibiliser les populations (lutte contre certaines pratiques traditionnelles néfastes à la santé, vaccinations, scolarisation des enfants et des filles en particulier...). En somme, le créneau le plus courant par lequel les pouvoirs coutumiers ont généralement obtenu une amélioration des services de santé et d'éducation dans leur localité reste la mobilisation directe des élites et des populations. Ce créneau est exploité à travers le recours aux quêtes ponctuelles pour la construction ou le financement du fonctionnement courant des établissements scolaires ou des unités de soins. En outre, la capacité des leaders coutumiers peut être sollicitée indirectement lorsqu'ils sont membres des comités de gestion financière des établissements et unités de soins. Globalement, on peut dire que la décentralisation de ces dix dernières années ne leur a pas nécessairement donné plus d'efficacité. Par contre, elle a suscité un certain nombre de conflits.

La logique de fond authentique de l'introduction et de la promotion des institutions communales comme base de la décentralisation est une logique citoyenne et universaliste. Or, les leaders traditionnels tiennent, pour beaucoup, leurs pouvoirs des systèmes d'encadrement à logique plus ou moins féodale ou religieuse. Le choc des logiques pourrait bien être la dimension la plus difficile à gérer dans un effort de conciliation des pouvoirs traditionnels et des pouvoirs modernes dans le processus de décentralisation.

Pourtant, le coutumier apporte son aide au pouvoir local qui gagnerait à les utiliser pour la couverture des besoins de base des populations. Les expériences de ces acteurs, proches des populations, peuvent être bénéfiques à l'administration locale, car ils fonctionnent souvent dans leur village de façon collective. Par son apport, l'institution traditionnelle peut constituer la chaîne qui relie le pouvoir local à sa population. Autant les élus locaux occupent la première place dans la cité, parce qu'étant l'émanation de la volonté du peuple, autant les chefs coutumiers occupent une place primordiale presque dépositaires des traditions ancestrales, guides des populations et eux aussi l'émanation du peuple par l'intermédiaire de leurs représentants. On assiste ainsi à l'émergence d'un espace politique local.

Sur le terrain et dans leurs zones d'influence, les pouvoirs traditionnels sont incontournables dans toute stratégie de mobilisation des citoyens. C'est pourquoi on peut recommander leur association étroite à toute planification de l'action locale, comme instance de facilitation.

Une solution de compromis proposée par l'équipe du Cameroun consisterait à laisser les chefferies traditionnelles dans leur sphère propre par une réhabilitation bien pensée des conseils régionaux. Une réflexion amorcée dans ce sens au Cameroun vise la réhabilitation des chefferies traditionnelles avec entre eux un accès rotatif aux charges. Cette institution de quotas de chefs devrait être soumise à avis populaire démocratiquement selon une périodicité adéquate.

Une autre solution préconisée par l'équipe de Côte d'Ivoire consisterait à mieux intégrer les leaders coutumiers dans le processus de décentralisation par la création de collectivités au statut inférieur. La communauté rurale, en Côte d'Ivoire, est en effet dotée d'un organe exécutif dénommé « président » désigné par l'autorité administrative et d'un organe délibérant, appelé conseil rural qui comprend des membres nommés et des membres élus. La communauté rurale constitue ainsi un pas vers la décentralisation et, surtout, un effort vers la déconcentration, car jusqu'ici les communautés traditionnelles que sont les villages n'étaient que des cellules de base servant de cadre de travail à l'administration territoriale et de structure de développement économique.

Mais en définitive, l'idéal ne serait-il pas que les chefs traditionnels se confinent à des positions d'arbitres neutres et de défenseurs populaires des cultures locales et des intérêts scolaires, sanitaires entre autres de leurs communautés de proximité avec plus de charisme que d'autorité ? La solution viendra certainement plus des chefs eux-mêmes. Ils sont comme les élites, condamnés à innover ou périr. La création en milieu urbain de « chefs traditionnels » nouveaux ou celle plus ancienne des chefs indigènes introduite pour casser souvent la résistance des chefs précoloniaux résistant à la colonisation montre que le titre peut rester le même alors que la réalité qu'il recouvre change.



## **Chapitre 7**

### ***Conclusions et recommandations***

La décentralisation dans la sous-région Afrique de l'Ouest et Centrale est un mouvement encore en début de course dont les effets en termes de transferts réels d'attributions ont encore peu de profondeur. À travers les travaux sur les trois pays de la sous-région, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, la recherche a eu pour ambition de permettre non seulement une meilleure connaissance des processus de décentralisation, mais aussi de dégager les meilleures réponses trouvées et, à partir de là, de faire des recommandations quant aux options possibles d'articulation des domaines d'intervention des municipalités et des autres acteurs non gouvernementaux, en particulier des autorités traditionnelles, en vue de la satisfaction des besoins des populations en services sociaux.

Les conclusions peuvent être tirées en suivant plusieurs lignes de constats et d'évaluation-propositions. Mais d'une façon générale, la décentralisation ne prendra toute sa dimension qu'en reconnaissant le rôle du secteur non étatique dans les prestations de service public, notamment en matière de santé et d'éducation.

### **Sur le rôle des municipalités**

Partout en Afrique, la mise en œuvre de la décentralisation s'accompagne toujours des pétitions de principe favorables à l'autonomie des communes. L'affirmation de la clause générale de compétences en faveur des communes consacre ainsi d'emblée l'idée qu'elles auraient la pleine responsabilité de la conduite de leurs affaires.

Cependant, sur le terrain du transfert des moyens, le système a le moins servi les espoirs qu'il a suscités.

La délimitation permanente du rôle des communes est l'autre donnée qui contribue à moduler plus ou moins fortement l'autonomie locale. La dernière donnée est ainsi la conquête par les communes d'espace nouveau de décentralité. Les nombreuses initiatives prises par les communes contribuent en effet, notamment dans les secteurs sociaux, à affirmer la légitimité de leur rôle et, ainsi, à disqualifier chaque jour davantage la pertinence des limites posées volontairement ou objectivement, par l'État à leur action. De nouvelles formes de décentralité des politiques sociales sont ainsi modelées.

Face à ce caractère encore inachevé du processus de décentralisation, la prolifération d'associations diverses aux vocations diversifiées (comités de quartiers, associations de défenses et d'intérêts divers, de femmes, de jeunes, de développement, régionales, etc.) est venue apporter des réponses ponctuelles. Mais si cette « intrusion dans l'action locale apparaît encore a priori peu systématique, elle n'en continue pas moins de poser le problème de la représentativité sociologique du système. Or, on sait que la représentativité permet aux organes locaux de mobiliser la population et, de manière générale, de lui demander les efforts de participation. Car le découplage entre les structures administratives et les populations est souvent la source même de la désresponsabilisation observée dans les campagnes.

C'est pourquoi l'une des perspectives d'évolution souhaitable du système est la réconciliation institutionnelle et opérationnelle des deux niveaux de la décentralisation : l'officiel et le traditionnel ou le social. Cela peut être réalisé par l'imagination de structures nouvelles de concertation entre les municipalités et les acteurs sociaux à l'échelle locale. Cette concertation locale pourrait ensuite être prise en compte dans le cadre de la planification stratégique proposée plus haut.

Parce qu'ils ont des obligations de résultats, les responsables locaux déploient de réels efforts pour le développement des SSSE. La lecture de la panoplie de ces actions permet d'affirmer qu'elles sont très variées et multiformes. Leur valorisation n'est pas systématiquement faite malheureusement.

Il semble intéressant de formaliser et d'institutionnaliser ces initiatives mais non sans avoir réglé la question des transferts de ressources.

Un modèle spécifique de décentrabilité dans la sous-région pourrait être construit autour de la stratégie proposée, d'une répartition positive des compétences entre l'État et les communes d'une part et d'une concertation systématique entre les municipalités et les autres acteurs, d'autre part. Le tout étant coordonné par une planification stratégique des interventions, destinées à en définir les objectifs, les moyens, les méthodes d'évaluation et de validation, de manière à créer ici les synergies qui empêchent la duplication inutile des actions, voire les conflits.

Les conditions de réussite d'une politique de décentralisation nécessitent donc :

- Un mécanisme politico-administratif approprié permettant d'assurer la mise en œuvre efficace des mesures nécessaires à la décentralisation.
- Une démarche cohérente et une programmation appropriée qui, en identifiant de façon précise les compétences, les fonctions et les responsa-

bilités affectées, prévoient des ressources humaines, financières suffisantes et assurent la concertation et l'information de tous les intervenants concernés. Ceci est de nature à permettre à l'aide extérieure de s'intégrer de façon harmonieuse dans les mécanismes et d'accélérer le déroulement de l'opération.

Pour favoriser, donc, un développement harmonieux et intégré de l'ensemble des services sociaux de santé et d'éducation, il faut :

- Promouvoir la compétence locale et la responsabilisation accrue des autres acteurs et des populations en matière de satisfaction des Services Sociaux de Santé et d'éducation, etc.
- Désengager l'État de ces activités au profit d'actions visant à mettre en place un cadre favorable aux interventions des différents acteurs.
- Accompagner la décentralisation par une déconcentration plus poussée des services publics.
- Mieux programmer l'investissement, assurer une gestion rationnelle des ressources et une exploitation optimale des potentialités.

Mais, il faut au préalable faire disparaître la méfiance qui caractérise les relations entre le pouvoir central, les élus locaux, les ONG et le mouvement associatif et les populations. C'est à la résolution de ces intérêts conflictuels et à la sauvegarde de l'équilibre général que sera appréciée la nouvelle voie de la décentralisation.

La recherche a révélé un décalage entre d'une part le modèle général de décentralisation et la décentralisation des services sociaux de santé et d'éducation et, d'autre part, la décentralisation des services et le transfert des ressources.

Il ressort des investigations que les parts des budgets consacrées à ces services sont faibles aussi bien en volume qu'en proportion. Ceci s'explique par l'absence de transferts effectifs de ressources consécutivement aux transferts de compétences. L'action urgente à mener ici est l'éclaircissement de la question des transferts de ressources par l'amélioration des textes d'orientation de la décentralisation. En effet, la recherche révèle une faible articulation entre les activités de la municipalité et celles des services techniques déconcentrés de l'État. De plus, le champ des partages des compétences n'est pas totalement clair, en tout cas pas pour les responsables locaux.

Au regard de ce diagnostic, deux actions essentielles méritent d'être entreprises. Il faut d'abord en arriver à une meilleure articulation des actions entre les activités des municipalités et celles des services provinciaux de santé et d'éducation par la mise en œuvre d'un mécanisme juridique. Il faut aussi

procéder rapidement à un éclaircissement des champs de compétences entre État et municipalités en matière de santé et d'éducation.

## **Sur le rôle des acteurs non gouvernementaux**

L'implication des ANG dans la satisfaction des besoins des populations en matière de santé et d'éducation est venue du fait que l'État et les municipalités n'ont pas toujours eu de réponses appropriées aux demandes exprimées par ces populations. Un grand nombre d'acteurs non gouvernementaux ont donc senti la nécessité d'occuper le vide laissé par les pouvoirs publics dans ce domaine. Les facilités et les encouragements multiformes accordés par ces derniers à ces différents acteurs viennent du fait que ceux-ci constituent un apport non négligeable dans la satisfaction des besoins des populations dans le domaine de l'éducation et de la santé.

Le processus de décentralisation entamé depuis le début des années 1990 a-t-il eu un impact sur le rôle joué par les ANG ? Les réponses données à cette question par ces acteurs sont mitigées, mais, pour l'essentiel, elles sont plutôt négatives. Cependant, elles méritent d'être nuancées dans la mesure où très peu d'acteurs semblent être imprégnés de cette notion de décentralisation, de ses objectifs et but. Il est vrai que, hormis les discours sur la décentralisation et quelques actions médiatiques, beaucoup de gens ignorent ce que font réellement les structures chargées de la décentralisation. De plus, bon nombre d'acteurs intervenaient déjà bien avant la mise en place des principaux dispositifs de la décentralisation.

La contribution des ANG reste globalement une contribution d'appoint aux politiques publiques mises en œuvre par les communes et l'État. Plusieurs formes d'action peuvent être répertoriées : l'assistance technique, les subventions, la fourniture de divers moyens.

Dans le domaine de l'éducation, les ANG interviennent à plusieurs niveaux. Elles construisent des écoles, payent le salaire des enseignants, collaborent à la gestion. Traditionnellement, cette action fut d'abord initiée par les ONG religieuses de confession chrétienne. Le relais fut ensuite pris par les associations de parents d'élèves, les associations d'élites régionales et les organisations de base (groupes communautaires). Les autres ANG interviennent de manière plus ponctuelle dans ce secteur.

Dans le domaine de la santé, l'engagement traditionnellement significatif reste également celui des ONG religieuses de confession chrétienne. Elles ont été suivies plus récemment (cela est relatif) par les ONG internationales

comme *Médecins sans frontière*. Mais, on peut noter localement l'intervention très significative de certaines organisations d'élites locales.

Même si, au regard des immenses besoins des populations dans les domaines de santé et d'éducation, le volume des interventions paraît modeste, il est certain que l'action combinée des différents ANG apporte une aide précieuse aux populations qui, bien souvent, n'ont pour seul recours que le concours de ces organisations.

Compte tenu de l'évolution tendancielle traduisant le désengagement progressif de l'État et la mutation de son rôle d'une part, du rôle assez limité des municipalités dans ces secteurs d'autre part, et eu égard aux énormes besoins des populations à satisfaire, une recommandation majeure s'impose.

Il s'agit de la mise en place d'un cadre d'intervention approprié pour les ONG et de la coordination des actions des ANG sur le terrain en vue d'une meilleure synergie avec les autres acteurs.

Là où les ANG prennent en charge les projets d'éducation et de santé et dans la limite des moyens qu'elles peuvent mobiliser, on peut dire que la densité de leur action est souvent plus importante que celle des municipalités et celle de l'État, toutes proportions gardées. Même si les projets ne sont pas toujours coordonnés, ceux-ci ont, dans la mesure où ils sont spécifiques, une portée immédiate plus nette. C'est pourquoi il est souhaitable qu'une coordination des actions des ANG soit faite de manière à pouvoir les intégrer aux politiques publiques locales ou nationales. Les ANG pourraient être des vecteurs utiles des actions programmées par l'État et les communes.

## **Sur le rôle des pouvoirs non institutionnalisés**

Il existe aujourd'hui, à côté des chefs issus d'une organisation politique traditionnelle, des leaders créés sur ce mode coutumier, soit dans les sites où n'existait pas ce mode d'organisation politique, soit dans les nouveaux quartiers des villes. Le rôle des pouvoirs urbains non institutionnels est apparu du fait de la nécessité de trouver des interfaces jouant le même rôle que les chefferies. On sait en effet que l'urbanisation n'a pas, loin s'en faut, entraîné dans les villes africaines la substitution radicale de la culture urbaine de type occidentale à la culture africaine villageoise. Les populations ont souvent gardé leurs systèmes de reconnaissance de l'autorité et d'organisation communautaire de base.

Les différents régimes politiques successifs ont tous attribué à la chefferie des missions, tantôt comme auxiliaires de l'administration, tantôt dans le rôle de responsables coutumiers. Ils sont considérés comme des auxiliaires de l'admi-

nistration, notamment en matière d'impôt de capitation, de recensement et parfois de lotissement. Les rôles sociaux et administratifs reconnus ou dévolus aux chefs traditionnels ne sont pas toujours dénués d'arrière-pensées politiques ou électoralistes. Ils sont souvent utilisés par les partis politiques pour courtiser l'électorat. Mais, à leur tour, les leaders coutumiers utilisent le pouvoir moderne ou les moyens modernes (mandat électif, association) pour renforcer leur pouvoir traditionnel et intervenir dans les domaines sociaux.

Il en résulte que l'influence des chefs traditionnels est d'autant moins marquée au sein des populations que leur implication dans le jeu politique est grande. Toutefois, cet affaiblissement de la capacité des pouvoirs traditionnels à mobiliser leur population ne correspond pas nécessairement à une suppression de leur capacité propre à mobiliser des moyens pour répondre aux besoins des populations en services sociaux. L'équation politique personnelle de certains leaders coutumiers peut leur permettre d'obtenir des équipements de santé ou des établissements scolaires par exemple sous forme de dons. Mais il s'agit d'un cas de figure peu courant.

De même, ils mettent à contribution leurs administrés quant à la mobilisation des ressources destinées à l'investissement (levée des cotisations).

Dans les deux domaines retenus (éducation, santé), l'analyse du rôle des leaders coutumiers est marginale. Les modes d'intervention de ces acteurs traditionnels ou créés sur le mode traditionnel de pouvoir, sont peu formalisés. Les plus actifs de ces responsables coutumiers arrivent à mobiliser des fonds pour financer leurs actions. Les moyens s'obtiennent via des ONG ou associations de développement, par le jumelage, ou en utilisant leurs relations personnelles pour obtenir des subventions. Mais le créneau le plus courant par lequel les pouvoirs coutumiers ont généralement obtenu une amélioration des services de santé et d'éducation dans leur localité reste la mobilisation directe des élites et des populations. Ce créneau est exploité à travers le recours aux quêtes ponctuelles pour la construction ou le financement du fonctionnement courant des établissements scolaires ou des unités de soins. On peut dire que, globalement, la décentralisation de ces dix dernières années ne leur a pas nécessairement donné plus d'efficacité. Elle a suscité par contre un certain nombre de conflits.

La logique de la décentralisation est une logique citoyenne et universaliste. Or, les leaders traditionnels tiennent, pour beaucoup, leurs pouvoirs des systèmes d'encadrement à logique plus ou moins féodale ou religieuse. Le choc des logiques pourrait bien être la dimension la plus difficile à gérer dans un effort de conciliation des pouvoirs traditionnels et des pouvoirs modernes dans le processus de décentralisation.

L'idéal ne serait-il pas que ces leaders se confinent à des positions d'arbitres neutres et de défenseurs populaires des cultures locales et des intérêts scolaires, sanitaires, entre autres de leurs communautés de proximité avec plus de charisme que d'autorité ? La solution viendra certainement plus des chefs eux-mêmes. Ils sont, comme toutes les élites, condamnés à innover ou périr.



## Bibliographie

Abdoud, Mohamadou, "Les communes dans le processus démocratique: la quête difficile d'un pouvoir local effectif en Mauritanie", *Africa Development*, 21, 4 1996, 75-92.

Aberg, J. et al., *Examen de la littérature pour la décentralisation et la mobilisation des ressources au Sahel. Avant-projet*, Research Triangle Park, N.C., Research Triangle Institute, 1999.

Agrawal, A. et J. Rizot, « Accountability in Decentralization : A Framework with South Asian and West African Cases », *Journal of Developing Areas*, 33, 4 1999, 472-502.

Associates in Rural Development, *Sahel Decentralization Policy Report*, Burlington. VT., ARD, 1994.

Assogba, Yao, «Problématique de la gouvernance en Afrique au Sud du Sahara. Tendances générales en Afrique francophone », *Revue canadienne de développement*, 17, 2 1996, 58-73.

Ayee, Joseph, R. A. « The Measurement of Decentralization: the Ghanaian Experience, 1988-92 », *African Affairs*, 95, 378 1998, 31-50.

Ayee, Joseph R. A., « Decentralization under Ghana's Fourth Republican Constitution », *Verfassung und Recht in Übersee*, 25 4, 1992, 394-406.

Ayee, Joseph R. A., « Good Governance and Decentralization in Ghana. Retrospect and Prospect », *Démocraties africaines*, 9, 1997, 43-50.

Ayee, Joseph R. A., « The Adjustment of Central Bodies to Decentralization. The Case of the Ghanaian Bureaucracy », *African Studies Review*, 40, 2 1997, 37-57.

Bah, A.O., *La décentralisation en Guinée*, Genève, Institut universitaire du développement, Séminaire État, territoire, décentralisation , 1997.

Banque Mondiale, « La décentralisation : repenser l'État », dans *Le développement au seuil du Xxe siècle : Rapport sur le développement du monde*. Paris, Éditions ESKA, 2000, 113-148.

Bako- Arifari, Nassirou et Pierre-Joseph Laurent (dirs), *Les dimensions sociales et économiques de développement local et la décentralisation en Afrique au sud de Sahara*. Bulletin Associations euro-africaine pour l'anthropologie du changement social et du développement, 15, mai 1998.

Bertrand, Monique, « Décentralisation et culture politique locale au Mali : de la réforme territoriale au cas de Bamako », *Autrepart*, 10 1999, 23-40.

Boone, Catherine, « State Building in the African Countryside : Structure and Politics at the Grassroots », *Journal of Development studies*, 34, 4 1998, 1-3.

Brunet, Françoise (rapporteur), *La Décentralisation en Afrique Sub-saharienne*, Paris, Secrétariat d'État à la coopération, 1997.

Carroll Barbara Wake et Terrence Carroll, "State and Ethnicity in Botswana and Mauritius: A Democratic Route to Development", *Journal of Development Studies*, 33, 4 1997, 464-486.

Clark, John F. et David E. Gardiner (dirs), *Political Reform in Francophone Africa*, Boulder, Westview Press, 1997.

Clauzel, Jean, « L'évolution des structures de l'administration territoriale dans quelques États de l'Afrique francophone au Sud du Sahara », *Mondes et cultures*, 51, 1-4 1971, 208-225.

Clauzel, Jean, *Décentralisation en Afrique subsaharienne. Réflexion sur les appuis en matière de décentralisation*, Paris, Groupe de réflexion sur la décentralisation, Ministère de la Coopération, 1995.

Collins, C. et A. Green, « Decentralization and Primary Health Care : Some Negative Implications in Developing Countries », *International Journal of Health Services*, 24, 3, 1994, 459-475.

Conyers, Diane, "Decentralization: a Conceptual Analysis" dans *Local Government Perspectives: News and Views on Local Government in Sub-Saharan Africa*, 7, 3 2000, 7-9, 13.

Crook, Richard C. et James Manor, "Democratic Decentralization and Institutionnal Performance: Four Asian and African Experiences Compared", *Journal of Commonwealth and Comparative Politics*, 23, 3 1995, 309-334.

Crook, Richard C. et James Manor, *Democracy and Decentralization in South Asia and West Africa*, New York, Cambridge University Press, 1998.

Crook, Richard C., « Democracy, Participation and Responsiveness : A Case Study of Relations Between the Ivorian Communes and their Citizens », *Public Administration*, 74, 4 1996, 695-720.

Crook, Richard C., « Four Years of the Ghana District Assemblies in Operation Decentralization, Democratization and Administrative Performance », *Public Administration and Development*, 14, 4 1994, 339-364.

Danda, M., « Une décentralisation importée? Genèse des réformes décentralisatrices au Niger », Mémoire, CERVL-IEP, Bordeaux, 1997.

Davis, Daniel, « Decentralization by Default: Local Governance and the View from the Village in the Gambia », *Public Administration and Development*, 14, 3 1994, 253-269.

De Jong, Kariin, Loquai, Christiane et Ilina Soiri (dirs), *Decentralization and Poverty Reduction*, Helsinki, Institute of Development Studies, Policy Papers 1-1999, 1999.

Diallo, Mohamadou, « La décentralisation administrative au Niger : une perspective historique », Montréal, Groupe interuniversitaire de Montréal, 1993.

Diarra, Moussa, « Mali processus démocratique et décentralisation », *Démocraties africaines*, 2, 5 1996, 41-46.

Easton, Peter, « Decentralization and Local capacity Development in Sahelian West Africa », Paris, OCDE-Club du Sahel-CILSS, 1998.

Easton, Peter, *et al.*, *Meeting the Local Skill and Knowledge Requirements of Effective Decentralization*, Tallahassee, FL, Center Policy Studies in Education, Florida State University, 1995

Engel, Adalbert, « Decentralization, Local Capacity and Regional Rural development: Experiences from GTZ-Supported Initiatives in Africa », Communication présentée à la *Technical Consultation on Decentralization Conference*, Rome, FAO, 16-17 décembre 1998.

Fay, Claude, « La décentralisation dans un cercle, Tennenkou, Mali », *Autrepart*, 14, 2000, 121-142.

Finken, Martin, *Commune et gestion municipale au Cameroun*, Yaoundé, s.é., 1991.

Fisette, Jacques, « Aide au développement et décentralisation en Afrique : des intentions aux effets du système », Montréal, Groupe interuniversitaire de Montréal, 1995.

Fisette, Jacques, « Bailleurs de fonds et règles du jeu de la décentralisation », Dans *Services urbains dans les pays en développement : modèles de gestion*, Paris : Economica, 1997, 11-61.

Friedrich Ebert Stiftung, *Decentralization and Municipal Administration: Description and Development of Ideas of Some African and European Models*, Mozambique, Friedrich Ebert Stiftung, 1998.

Goby, Michèle, « Interaction entre les systèmes d'aide et la décentralisation au Sahel en Afrique subsaharienne : Sénégal », Paris, OCDE-Club du Sahel, 1998.

Hall, Robert E. *et al.*, *L'organisation des services publics, la participation populaire et la décentralisation: options locales pour l'organisation et la production des services publics au Mali, Rapport final*, Paris, OCDE-Club du Sahel, 1991.

Hamidou, Magassa, « Décentrer ou décentraliser un dilemme au Mali », *Alternatives Sud*, 4, 3 1997, 117-126.

Haynes, Jeffrey, « The PNDC and Political Decentralization in Ghana, 1981-91 », *Journal of Commonwealth & Comparative Politics*, 29, 3 1991, 283-307.

Helmsing, A.H.J., Le développement économique local : nouveaux acteurs, nouvelles politiques, nouveaux instruments, Communication au colloque *Decentralization and Local Governance in Africa*, Fond d'équipement des Nations Unies, Cape Town, 26-30 mars 2001 ([www.uncdf.org/capetown/docs](http://www.uncdf.org/capetown/docs))

IRFED, *Développement local, décentralisation et acteurs locaux : le cas de l'Afrique. Bibliographie*, Paris, IRFED, 1997.

Jacob, Jean-Pierre, « La décentralisation comme distance. Réflexions sur la mise en place des collectivités territoriales en milieu rural ouest-africain », Genève, IUED, 1998.

Jaglin, Sylvie et Alain. Dubresson (dirs), *Pouvoirs et cités d'Afrique noire : Décentralisations en question*, Paris, Karthala, 1993.

Kiemdé, Paul, *Étude de base sur l'état de la décentralisation au Burkina Faso : Les aspects juridiques de la décentralisation*, Yaoundé, s.é., 1994.

Klugman, Jeni, *Decentralization : A Survey of Literature from a Human Development Perspective*, Washington, D.C., World Bank-UNDP, 1994.

Lacey, Linda, Cynthia Woodson et Nancy McGirr, *Decentralization of Population Programs in Sub-Saharan Africa*, Washington, D.C., Futures Group and Research Triangle Institute, 1996.

Leclerc-Olive, Michèle, « Décentraliser : enjeux théoriques et politiques », *Les actes de la Conférence générale de l'EADI*, Paris : Karthala, 2000.

Leroy, Étienne, « Gouvernance et décentralisation ou le dilemme de la légitimité dans la réforme de l'État africain de la fin de XXe siècle », *Cahier du GEMDEV*, 24, 1996, 91-100.

Lippman, Hal et Barbara Lewis, « Democratic Decentralization in Mali : A Work in Progress », Washington, D.C., United States Agency for International Development, 1998.

Litvack, Jennie, Junaid Ahmad et Richard Bird, *Rethinking Decentralization in Developing Countries*, Washington, D.C., World Bank, 1998.

Litvack, Jennie et Jessica Seldon (dirs), *Decentralization Briefing Notes*, Washington, D.C., World Bank Institute, 1999.

Loada, Augustin, *Administration et collectivités locales au Burkina Faso : quelle évolution*, Mémoire, Institut d'études politiques- Centre d'études sur l'Afrique noire, 1990.

Lund, Christian, « Legitimacy, Land and Democracy in Niger », *Review of African Political Economy*, 7, 1 1997, 99-112.

Manor, James, *The Promises and Limits of Decentralization*, Communication présentée à la *Technical Consultation on Decentralization*, Food Administration Organization, Rome 16-17 décembre 1997.

Manor, James and Richard Crook (eds), *Decentralization and Democracy in South Asia and West Africa : Participation, Accountability and Performance*, New York, Cambridge University Press, 1998.

Mathieu, Paul, Laurent, Pierre Joseph et Jean-Charles Williame (dirs), *Démocratie, enjeux fonciers et pratiques locales en Afrique*, Louvain-La-Neuve, Cahiers Africains, 1995.

Mawhood, P. (dir), *Local Government in the Third World. The Experience of Decentralization in Tropical Africa*, Pretoria, African Institute of South Africa, 1993.

Mback, Charles N., *Genèses et dynamismes des réformes décentralisatrices dans les États d'Afrique subsaharienne (1990-2000)*, Thèse de doctorat, Droit public, Bordeaux, Université Montesquieu Bordeaux IV, 2000.

Mbassi, Jean-Pierre Elong, *La décentralisation en Afrique de l'Ouest*, Cotonou, PDM, 1997.

Mayuyuka, Kaunda Jonathan, « La centralisation de l'Etat et le déclin de l'administration locale au Malawi », *Revue internationale des sciences administratives*, 65, 4 1999, 681-699.

McClure, Charles, « Comments on Prud'homme », *World Bank Research Observer*, 10, 1995, 221-226 ;

Menthong, Hélène-Laure, « La question locale dans le débat constitutionnel au Cameroun : chassé-croisé entre unité et pluralisme », *Africa Development*, 23, 1 1998, 5-40.

Mills, Anne, « Decentralization and Accountability in the Health Sector from an International Perspective : What are the Choices ? », *Public Administration and Development*, 14, 1994, 281-292.

Ministère de la Coopération, *Rapport final sur la décentralisation en Afrique subsaharienne. Document de travail*, Paris, 1995.

Mohan, Gilles, « Adjustment and Decentralization in Ghana. A Case of Diminished Sovereignty », *Political Geography*, 15, 1 1996, 75-94.

Ntumgwe, N., *Decentralization and Local Government in Cameroon*, Yaoundé, Friedrich-Ebert Foundation, 1994.

Olowu, Dele., « Evaluation des politiques de décentralisation en Afrique dans les années quatre-vingt-dix », *Revue française d'Administration publique*, 88, 1998, 517-529.

Olowu, Dele, « Decentralization for Democratic Governance in Africa in the 1990s and Beyond: Issues and Proposed Strategies », *Politeia*, 16, 3 1997, 64-80.

Oquave, Michael, « Decentralization and Development: The Ghanaian Case under the Provisional National Defence Council (PNDC) », *Journal of Commonwealth & Comparative Politics*, 23, 2 1995, 209-239.

Oyugi, Walter O., "Decentralization for Good Governance and Development", *Regional Development Dialogue*, 21 1 2000, 3-22.

Parker, Andrew N., *Decentralization. The Way Forward for Rural Development*, Washington, D.C., Fiscal Systems and Rural Development Project, World Bank, 1995.

Petiteville, Franck, « Aperçus politiques sur les processus de décentralisation subsahariens », *Revue juridique et politique, indépendance et coopération*, 49, 3 1995, 347-364.

Programme de développement municipal, *La décentralisation en Afrique de l'Ouest. Conduite du processus dans les pays francophones et lusophones*, Cotonou, PDM, 1995.

Programme de développement municipal, *La recherche appliquée à la décentralisation*, Cotonou, PDM, 1996.

Programme de développement municipal, Observatoire de la décentralisation, *État des lieux de la décentralisation en Afrique de l'Ouest et du Centre*, Cotonou, PDM, 2000.

Prud'homme, Roger, « The Dangers of Decentralization », *World Bank Research Observer*, 10, 2, 1995, 201-220.

Prud'homme, Roger, Décentralisation et relations financières entre niveaux de gouvernements, Communication présentée au colloque *Decentralization and Local Governance in Africa*, Fond d'équipement des Nations Unies, Cape Town, 26-30 mars 2001 ([www.uncdf.org/capetown/docs](http://www.uncdf.org/capetown/docs)).

Ray, Donald Iain, « Autorité traditionnelle et administration locale au Ghana », *Revue française d'administration*, 88, 1998, 585-601.

Mohan, Gilles, « Neoliberalism and Decentralised Development Planning in Ghana », *Third World Planning Review*, 18, 4 1996, 433-454.

Peemans, Jean-Philippem, « Pratiques identitaires, décentralisation et gouvernance locale », *Cahiers africains*, 23-24, 1996, 226-247.

Pons, Roger, « L'aide française confrontée à la décentralisation », Paris, OCDE-Club du Sahel, 1998.

Ribot, Jesse C., La nature et la décentralisation démocratique en Afrique subsaharienne, Communication présentée au colloque *Decentralization and Local Governance in Africa*, Fond d'équipement des Nations Unies, Cape Town, 26-30 mars 2001 ([www.uncdf.org/capetown/docs](http://www.uncdf.org/capetown/docs)).

Robert, Suzanne, « Quelques réflexion sur la décentralisation et le développement démocratique en Guinée : le cas d'un projet pilote d'appui aux collectivités décentralisées », *Cahier du GEMDEV*, 24, 1996, 101-114.

Rocheugude, Alain *Décentralisation, acteurs locaux et fonciers*, Cotonou, PDM, 2000.

Roe, Emery M., « More than the Politics of Decentralization : Local Government Reform, District Development and Public Administration in Zimbabwe », *World Development*, 23, 5 1995, 833-843.

Rosenbaum, A. et M. Rojas, « Decentralization, Local governance and Center-periphery Conflict in Sierra Leone », *Public administration and development*, 17, 1997, 529-540.

Roussignol, J.-M., *Décentralisation et communalisation en Afrique*, Paris, Institut international d'administration publique, 1990.

Sardan de, Jean-Pierre Olivier et Thomas Bierschenk (dirs.), *Les pouvoirs au village : le Bénin rural entre la démocratisation et décentralisation*, Paris : Éditions Karthala, 1998.



313489

Bioliographie

134

Schroeder, Larry et Matt Andrews, Les problèmes essentiels de la décentralisation sectorielle, Communication présentée au colloque *Decentralization and Local Governance in Africa*, Fond d'équipement des Nations Unies, Cape Town, 26-30 mars 2001 ([www.uncdf.org/capetown/docs](http://www.uncdf.org/capetown/docs)).

Sebahara, Pamphile, « Acteurs et enjeux de la décentralisation et du développement local : expériences d'une commune du Burkina Faso », Maastricht : Document de réflexion no. 21, ECDPM, 2000.

Sewell, David O., « The Dangers of Decentralization According to Prud'homme : Some Further Aspects », *World Bank Research Observer*, 11, 1, 1996, 143-150.

Smoke, Paul, « Local Government Fiscal Reforms : Lessons from Kenya », *World Development*, 21, 6 1993, 901-923.

Stockmayer, Albrecht, *Decentralization: The Quest for an Elusive Balance*, Communication présentée à la *Technical Consultation on Decentralization Conference*, Rome, FAO, 16-17 décembre 1997.

Uwadibie, Nwafekoku Okolie, *Decentralization and Economic Development in Nigeria : Agricultural Policies and Implementation*, Oxford, University Press of America, 2000

Wunch, James S., « Regime Transformation from Below. Decentralization, Local Governance and Democratic Reform in Nigeria », *Studies in Comparative International Development*, 31, 4 1996-1997, 66-82.

Wunch, James, « Decentralization and the Democratic Transition in Southern Africa: A Corporate Analysis », *African Studies Quarterly*, 2, 1 1998, 1-22.

Wunch, James, « Reforming the African State and Local Self Governance: The Neglected Foundation », *Journal of Modern African Studies*, 38, 3 2000, 487-509.

Wunch, James S. et Dele Olowu, *The Failure of the Centralized State. Institutions and Self Government in Africa*, Boulder, Col., Westview Press, 1996.

Wunch, James S. et Dele Olowu, « Regime Transformation From Below : Decentralization, Local Governance, and Democratic Reform in Nigeria », *Studies in comparative international development*, 31, 4 1997, 66-82.