

Bonne gouvernance et fourniture de services publics d'éducation et de santé en Afrique subsaharienne

Abdoulaye DIAGNE

Introduction

Le rôle du capital humain dans le développement économique et social d'un pays fait maintenant l'objet d'un large consensus. Une population bien éduquée et en bonne santé constitue, plus que les richesses naturelles, le facteur décisif du progrès dans tous les domaines. Pendant longtemps, on a considéré qu'en l'Afrique au sud du Sahara (ASS), l'insuffisance des ressources allouées à l'éducation et à la santé était le principal frein à la poursuite des progrès accomplis dans ces deux secteurs sociaux au cours des années 60 et 70. Il est vrai que la réduction de ces dépenses, consécutive à la mise en œuvre des politiques de stabilisation et d'ajustement structurel, a contribué sensiblement aux reculs du développement humain en ASS (PNUD, 2005).

Cependant, on s'est rendu compte progressivement que la définition et la mise en œuvre de politiques d'utilisation de ces ressources s'avèrent plus déterminantes que le volume de ressources investies dans ces secteurs. Face à l'incapacité de l'Etat à satisfaire les demandes d'éducation et de santé en très forte croissance, la redistribution des rôles entre les niveaux central et local s'est progressivement imposée comme une approche efficace pour corriger les imperfections des politiques centralisatrices de l'administration. L'instauration d'une bonne gouvernance devrait améliorer considérablement l'équité, la qualité, l'efficacité et l'efficacités en matière de production et d'accès aux services sociaux. La question qui se pose est de savoir si ce facteur n'est pas en train d'être considéré comme une nouvelle panacée dans l'approche des problèmes auxquels l'Afrique subsaharienne est confrontée. Pour bien tracer le périmètre de discussions, il convient de préciser au préalable les concepts de services sociaux et de gouvernance.

Dans l'univers des biens, les services sociaux occupent une place particulière en raison de leur nature. Effet, ce sont des biens auxquels une communauté confère, non seulement une valeur individuelle, mais en même temps, une grande utilité pour les groupes qui la composent et, plus largement, pour la société toute entière (Evers, 2004). L'éducation et la santé sont au centre de tels services qui comprennent aussi l'assainissement, l'accès à l'eau potable, etc. Une des principales caractéristiques de ces services sociaux est qu'ils se prêtent peu à une substitution du capital à des effectifs de personnels dans leur processus de production. Cette limite à l'accroissement de leur productivité et, en même temps, l'augmentation rapide des besoins, ont amené à poser le problème crucial de leur statut futur. Jusqu'où l'Etat providence peut-il aller dans leur production et/ou leur financement, afin de garantir l'accès de toutes ses populations à de tels services ? Quels devraient être les rôles impartis respectivement aux marchés et aux consommateurs individuels, et quelle place devrait être réservée à la contribution de la société civile ? Ces questions nous placent au cœur de la problématique de la gouvernance.

L'ASS est intégrée, de plus en plus, dans la mondialisation : la décentralisation occupe une place grandissante dans ses réformes, et les organisations de la société civile élargissent leur sphère d'intervention dans la production et le financement de biens qui étaient considérés, naguère, comme relevant quasi exclusivement du secteur public. Aussi, les décideurs publics doivent-ils répondre, en même temps, aux défis de la mondialisation auxquels aucune partie au monde ne peut échapper, et à l'exigence de plus en plus forte des populations à participer aux décisions qui touchent de près leurs conditions d'existence. Ces questions sont au cœur de la bonne gouvernance.

Par ailleurs, les services sociaux constituent un domaine privilégié pour étudier comment les pays de l'ASS tentent de faire face aux défis de la gouvernance. Une meilleure gouvernance signifie une plus grande participation citoyenne et une responsabilisation accrue des pouvoirs publics. L'expérience de l'Afrique et des autres pays en développement autorise-t-elle d'affirmer que les efforts déployés ces dernières décennies pour améliorer la gouvernance dans le secteur des services sociaux ont permis d'accroître leur production, d'améliorer leur qualité, et de garantir leur répartition plus équitable entre les différents groupes de populations ? C'est à cette interrogation que nous tenterons de répondre.

Les services sociaux nécessaires à un développement économique et social des populations sont nombreux : éducation, santé, approvisionnement en eau potable, assainissement, protection sociale, système de retraite, etc. Compte tenu de l'étendue du champ ainsi couvert par la notion de services sociaux, nous limiterons nos réflexions à l'éducation et à la santé qui jouent un rôle crucial dans la constitution d'un capital humain de qualité.

Les autres développements du papier sont organisés comme suit. La première section rappelle le rôle déterminant de l'éducation et de la santé dans l'évolution des sociétés. La seconde section présente l'état actuel du développement humain en Afrique subsaharienne. La section 3 discute des changements intervenus dans la sphère de production des services publics d'éducation et de santé. La section 4 évalue les expériences de décentralisation dans les secteurs de la santé et de l'éducation en Afrique subsaharienne pour en tirer quelques conclusions.

1. Education, santé et bonne gouvernance : les interactions vertueuses

1.1 Effets de l'éducation

L'éducation de base pose les fondements du développement humain, à savoir : une santé améliorée, un développement économique et un mieux-être. Par exemple, une année de scolarisation supplémentaire des mères est associée à une réduction de la mortalité infantile de neuf pour 1000 (Carnoy, 1992). Ainsi, en augmentant de trois à six années la scolarisation des femmes en ASS, le taux actuel de mortalité infantile serait réduit de moitié. En outre, l'éducation s'est révélée être aussi un puissant moyen de prévention des maladies évitables comme le VIH/SIDA, les diarrhées, la tuberculose, etc. Une étude réalisée sur 17 pays africains et latino américains (USAID, 2002) fait apparaître que l'éducation des filles a fortement réduit le risque d'infection par le VIH.

De même, de nombreux travaux ont établi aussi que si seulement un cinquième des femmes est instruit, le nombre moyen d'enfants, par femme, sera de six. En revanche, si quatre femmes sur cinq sont éduquées, ce nombre baissera à trois. L'éducation change aussi la perception que les parents ont de l'utilité que leur procurent leurs enfants. Contrairement aux familles éduquées, celles qui sont illettrées

perçoivent plutôt leurs enfants comme des actifs économiques devant assurer leurs vieux jours. Il est symptomatique que le travail des enfants recule en Afrique partout où l'éducation primaire gagne du terrain.

L'impact de l'éducation sur la productivité est également indéniable. Un paysan qui comptabilise quatre années d'instruction est, en moyenne, plus productif de 8,7 % qu'un autre qui n'a pas été à l'école. Cette productivité grimpe à 13 % si ces deux producteurs utilisent des intrants modernes tels que les engrais, les pesticides, les semences améliorées, ou de nouveaux équipements agricoles (Carnoy, 1992).

La Banque mondiale soutient, dans une étude, que la croissance économique réalisée au Japon et dans les autres pays asiatiques, est imputable, pour 60 % à 90 %, au capital humain. En examinant les facteurs explicatifs du différentiel de croissance entre l'Asie de l'Est et l'ASS, elle a identifié le niveau d'éducation primaire plus élevé dans cette partie du continent asiatique comme étant le facteur déterminant (Watkins, 1999).

Dans une étude sur la période 1960-1977, portant sur 83 pays en développement, il a été noté que les 12 pays qui ont enregistré la croissance la plus rapide, avaient les taux d'alphabétisation et l'espérance de vie les plus élevés (Psaradopoulos, Woodhall, 1985). Aux premiers stades de développement d'un pays, un minimum d'alphabétisation et d'éducation primaire dans la population est nécessaire pour qu'une rupture économique survienne. Par la suite, dans les derniers stades, une diffusion plus générale de l'éducation primaire et secondaire permet de nouvelles ruptures (Carnoy, 1992).

L'éducation de base permet d'opérationnaliser les principes et les pratiques de la bonne gouvernance dans des cadres constitutionnels et légaux crédibles, dans des institutions publiques officielles, et à travers un partenariat fiable entre l'Etat et la société civile. Elle peut également fournir les moyens de bâtir une vie démocratique. C'est ce que prouve l'expérience de la Namibie. Au lendemain d'un conflit interne, ce pays a réussi à établir un large consensus sur les nouvelles orientations de son système éducatif, pour construire une société plus démocratique (USAID, 2003).

Par ailleurs, l'éducation de base peut être un instrument d'égalisation des opportunités à travers l'élaboration de politiques et lois qui favorisent les populations

traditionnellement marginalisées. Comme en atteste l'expérience de l'Ouganda et du Ghana (PNUD, 2005), elle peut aussi donner plus de pouvoir aux communautés locales, ce qui les rend ainsi capables de participer à la fourniture de services éducatifs.

1.2 Effets de la bonne gouvernance sur l'éducation et la santé

Les fonctions de bonne gouvernance et leur exercice dans des cadres institutionnels et légaux peuvent aider les pays à réaliser l'accès universel à l'éducation de base et aux soins de santé primaires. Ils peuvent contribuer aussi à prohiber des pratiques dangereuses du travail des enfants, et à résoudre des questions d'égalité en éducation, au plan du genre, de la langue d'enseignement et de l'allocation des ressources. Ces effets positifs attendus sont à la base de la signature, par 160 pays, de la Déclaration et de la Charte de l'Education Pour Tous (EPT) qui les engage à fournir l'accès universel à l'éducation de base. Cette promesse de la Communauté internationale, vis-à-vis des objectifs de l'EPT, a été réaffirmée à Dakar en 2000. A cette occasion, l'accent a été mis sur, d'une part, la nécessité de l'implication des communautés locales dans la planification et la mise en œuvre, d'autre part, sur le développement des systèmes de gouvernance et de management réactifs, participatifs, et responsables qui assurent, dans le même temps, l'engagement et la participation de la société civile dans la promotion de l'éducation.

Dans le domaine de la santé également, la déclaration de Bamako a scellé l'engagement des Etats africains à garantir l'accès de tous à des soins de santé primaires de qualité. Ces engagements se retrouvent d'ailleurs dans la plupart des constitutions et lois des pays africains. C'est le cas en Afrique du sud, avec le *Post-apartheid South African Bill of Rights* qui affirme le droit de chaque citoyen à une éducation de base de qualité au minimum. L'adoption de telles résolutions oblige les Etats à consentir des efforts qu'ils n'auraient peut-être pas accomplis en matière d'application des normes de bonne gouvernance dans les secteurs de l'éducation et de la santé des populations.

Cependant, avoir une loi sur l'accès universel à l'éducation de base et aux soins de santé primaires ne garantit pas que tous les enfants seront scolarisés ou, que ceux qui le sont, recevront une éducation ou des soins de qualité. Néanmoins, les

constitutions et lois qui garantissent ces droits fournissent aux citoyens les moyens juridiques de revendiquer une répartition des ressources garantissant l'accès universel à l'éducation et aux soins de santé primaires.

Il faut noter, par ailleurs, que les contraintes auxquelles les Etats se sont ainsi soumis volontairement, par leurs engagements, sont assorties d'une mobilisation sans précédent de ressources additionnelles de la part de la communauté internationale dans le cadre de l'EPT et des Objectifs du millénaire pour le développement (OMD). Ainsi, des programmes spécifiques sont adoptés dans les secteurs de l'éducation et de la santé par beaucoup de pays africains, avec obligation de résultats imposée aux Etats. Ces derniers sont régulièrement interpellés de l'intérieur et par leurs partenaires internationaux, sur les progrès accomplis en matière de santé et d'éducation de base. Ainsi, depuis les années 90, beaucoup de pays africains ont mis en œuvre des politiques éducatives pour la scolarisation accélérée des filles et leur rétention à l'école primaire.

Mais les exemples de politiques les plus réussis sont ceux qui incluent le rapprochement des écoles des communautés, la mise en place d'incitations qui favorisent le recrutement de femmes enseignantes, l'abaissement des coûts de la scolarisation des filles par la distribution gratuite de fournitures scolaires, de manuels, d'uniformes, etc. Les expériences du Malawi et du Sénégal constituent des exemples dans ce domaine.

La langue d'enseignement est une source majeure d'iniquité en matière d'éducation dans beaucoup de pays africains où une seule langue d'instruction, souvent étrangère, est obligatoire. Beaucoup de communautés linguistiques nourrissent du ressentiment contre l'imposition d'une langue ne répondant pas à leurs besoins – comme c'est le cas de l'anglais et du français – comme langue obligatoire d'enseignement. Très souvent, les populations affichent une nette préférence pour l'usage des langues nationales pendant les premières années de l'éducation primaire. Au Mali, par exemple, les familles apprécient beaucoup l'enseignement dans les langues nationales dans les deux premières années de la scolarisation primaire.

Une autre source d'inéquité réside dans les fortes inégalités qui président à l'allocation des ressources d'éducation de base et à des soins de santé primaires dans la plupart des pays africains. Les localités les plus pauvres, généralement situées en zones rurales, parce qu'elles ont peu de ressources financières et de compétences techniques, n'ont pas la capacité de fournir à leurs populations un accès satisfaisant à des services éducatifs et à des soins de santé primaires de qualité. Elles ont aussi une faible capacité à influencer les autorités nationales chargées de la répartition des ressources publiques destinées à l'éducation et à la santé. Dans beaucoup de pays africains, les politiques publiques en matière d'allocation ont essayé d'aider plusieurs régions à compenser ce manque de ressources. En Ethiopie, par exemple, le Plan de développement du secteur de l'éducation alloue des fonds aux régions selon deux critères, à savoir, la taille de la population et les besoins tels que définis par un indice socio-économique à l'échelle nationale.

Des pays ont institué des normes de performances nationales, et ont laissé aux instances locales et régionales la liberté de développer leurs propres approches pour atteindre ces normes (USAID, 2003). Par exemple, au Ghana, le Gouvernement a mis en place une incitation sous la forme de subventions pour financer les propositions des régions et districts qui doivent atteindre les objectifs d'éducation fixés au niveau national. Ceux-ci portent sur les résultats des apprentissages, les ratios de formation continue des enseignants, l'implication des communautés et la gestion locale de l'éducation.

L'instauration de normes de transparence dans l'administration permet de réduire sensiblement la corruption dans les secteurs de l'éducation et de la santé. Par exemple, il peut y avoir de la corruption dans l'achat de fournitures et de matériels scolaires, dans le recrutement des enseignants ou le passage d'un cycle d'enseignement à un autre, lorsque les places sont rationnées. Au Sénégal, en 2003, plus de la moitié des dépenses récurrentes non salariales ne sont pas parvenues aux inspections départementales dont dépendent administrativement les écoles primaires (CREA, 2004).

La bonne gouvernance permet aussi une participation des citoyens dans la production et le contrôle des services publics (écoles, structures de santé). Par

exemple, en Ouganda, une politique a été mise en place faisant obligation aux écoles d'afficher, tous les mois, leurs statistiques relatives aux effectifs d'élèves et aux ressources reçues de l'Etat. Cette politique a contribué à effacer le sentiment des populations selon lequel les transferts publics n'arrivent pas au niveau local. En outre, elle a induit un changement important : les communautés ont commencé à contribuer davantage à l'éducation de base et ont aidé à construire un millier de nouvelles salles de classe en 12 mois (USAID, 2003).

Les pratiques de bonne gouvernance encouragent le développement de partenariats avec la société civile en matière de politiques et de fournitures de services publics. De tels partenariats peuvent générer des contributions significatives à l'amélioration de l'accès et de la qualité de l'éducation de base et des soins de santé primaires.

Au Kenya, l'*Institut of Public Analysis and Research* s'emploie à promouvoir le débat politique et à construire un consensus sur la réforme éducative. Dans le cadre de ses activités, des études ont été menées, et des documents de politique élaborés sur des questions relatives à l'efficacité de l'éducation primaire, aux lois et règlements touchant à ce secteur. Par ailleurs, des organisations syndicales, appuyées par des bailleurs bilatéraux, mènent des campagnes nationales de sensibilisation pour combattre le travail des enfants et améliorer l'accès à l'éducation de base.

2. L'état du développement humain en Afrique subsaharienne

Les trois composantes de l'indicateur sur le développement humain (IDH) du PNUD constituent un moyen commode de dresser le tableau du développement économique et social en Afrique subsaharienne au cours des 10 dernières années, à travers l'espérance de vie, l'éducation et le revenu. Bien sûr, ces trois dimensions retenues par l'IDH, n'épuisent pas le développement de l'homme. On peut les compléter par des indicateurs tels que la mortalité infantile, la pauvreté, la faim, l'assainissement, et le genre. Néanmoins, ils sont un bon baromètre de mesure des progrès accomplis par un pays pour élever le bien-être de ses populations.

Le Rapport 2005 du PNUD a bien mis en évidence les avancées palpables accomplies en matière de développement humain: la pauvreté a reculé, les indicateurs

sociaux se sont améliorés, une plus grande partie des populations des pays en développement (PED) vit dans un système démocratique, et le nombre de conflits violents est en recul. En conséquence, la convergence des IDH des pays pauvres vers ceux des pays riches « est en marche ». Cependant, comme le souligne, à juste titre, le Rapport, ces progrès cachent d'importantes disparités. Si tous les pays du monde en développement ont enregistré des progrès à des rythmes variables, la courbe de l'IDH de l'Afrique subsaharienne reste plate depuis 1990. D'une manière générale, à l'exception de ceux de la Chine et de l'Inde, les pauvres n'ont pas profité des progrès réalisés, ce qui a fait dire au Rapport que la promesse faite aux individus pauvres avec l'adoption des OMD « n'est pas tenue ». Aussi, plaide-t-il pour un renversement de tendance au cours de la prochaine décennie 2005-2015 qui doit être « la décennie pour le développement ».

Quelques constatations méritent de retenir l'attention, lorsqu'on examine les trois composantes de l'IDH. Par exemple, il n'existe pas une corrélation étroite entre le niveau de richesse et le progrès social. Des pays qui ont enregistré une croissance économique moins forte que d'autres, ont pu gagner plus de places dans le classement de l'IDH. Ainsi, le progrès social n'est pas une conséquence automatique de l'augmentation de la richesse. D'où le rôle majeur des politiques volontaristes de redistribution, plus particulièrement celles visant l'accès de tous aux services sociaux, particulièrement à une éducation de base et à des soins médicaux primaires de qualité.

Une autre constatation est, qu'à moyen et long termes, le développement humain ne peut être généré que par des efforts déployés sur plusieurs fronts. Les pays, dont les efforts sont répartis de façon trop inégale entre les trois dimensions de l'IDH, n'ont pas sensiblement amélioré leur position. Ces deux constats devraient convaincre de l'importance de la coordination des politiques économiques et sociales.

Le développement humain en ASS doit aussi être analysé dans une approche prospective. A cet effet, il convient de s'interroger sur les chances des pays de cette partie du continent d'atteindre les OMD, si les tendances des cinq dernières années se prolongent. Le Rapport 2005 du PNUD n'hésite pas à parler de gouffre pour caractériser l'écart entre les OMD et les projections fondées sur ces tendances. Parmi les pays en développement, c'est incontestablement ceux de l'ASS qui dévient le plus

des OMD. Pour certains de ces OMD - la mortalité infantile par exemple -, il faudra plus d'un siècle pour leur réalisation. La question est de savoir s'il existe des raccourcis susceptibles permettre à l'Afrique de respecter l'agenda des OMD. On ne saurait affirmer que seule une augmentation substantielle des ressources investies dans les secteurs de la santé et de l'éducation permettrait d'accélérer les progrès vers la réalisation de ces OMD. L'Afrique doit, en même temps, repenser le cadre institutionnel qui détermine les règles d'allocation de ses ressources vers la production des services sociaux. Mais qui est à même de produire les services d'éducation et de santé avec le maximum d'efficacité, d'équité et d'efficacité ?

3. Etat, marchés et société civile dans la fourniture de services

La production de services sociaux est traditionnellement marquée par trois traits majeurs.

- Le premier est la primauté de l'Etat et des mécanismes hiérarchiques de pilotage. En Afrique, la plus grande part des services d'éducation et de santé est produite dans le cadre d'institutions publiques qui ont été développées dès les indépendances politiques. En outre, les normes et types de gouvernance élaborés au sein de ces institutions ont servi, plus tard, à définir les orientations pour la décentralisation de ces services.

- Le deuxième trait porte sur la séparation nette entre les principes de fonctionnement ainsi que les sphères d'influence du secteur public, et ceux du secteur privé. Hiérarchies d'un côté, marchés de l'autre symbolisent les différences fondamentales marquant ces deux univers.

- Le troisième trait majeur est le rôle croissant de la société civile dans la fourniture de services sociaux. Celle-ci est appréhendée ici dans une double dimension. D'abord, elle doit être comprise comme une « sphère publique » créée par les citoyens avec un droit d'expression et d'association pour promouvoir l'intérêt général (Evers, 2004). Ensuite, elle signifie la participation sociale active des citoyens dans les directions des écoles, les structures de santé, les comités de gestion, le travail volontaire, la vie communautaire, et d'autres activités similaires (Putman, 2000 ; Evers, 2004).

En Afrique, ces dernières années ont été marquées par des changements majeurs dans les tendances décrites précédemment.

- En premier lieu, la primauté de l'Etat, les structures hiérarchiques et les mécanismes de pilotage ont été remis en cause. Cette évolution est attestée aussi bien par les rôles croissants accordés aux échelons municipaux, régionaux ou provinciaux, en général, que par l'importance désormais reconnue à la décentralisation et à la dévolution de pouvoirs dans la fourniture de services sociaux de base. Il est admis maintenant qu'une responsabilité et une autonomie accrues doivent être reconnues aux municipalités, provinces et régions dans la fourniture de services publics de base. Les efforts déployés, un peu partout en Afrique, pour mettre en œuvre l'Initiative de Bamako en matière d'accès aux soins de santé primaires, sont une illustration de cette reconnaissance du rôle majeur des communautés et de leurs structures dans la production des services de santé primaires. Désormais, il est demandé aux structures de santé et d'éducation de mobiliser au sein des communautés dans lesquelles elles sont implantées, une grande partie des ressources nécessaires à leur fonctionnement. Pour cela, elles doivent définir leurs propres stratégies, mettre en œuvre leurs propres méthodes de gestion, dans le respect de principes généraux définis par le niveau central. C'est ainsi que les réformes des hôpitaux et des établissements d'enseignement contraignent, de plus en plus, ces structures à élaborer leurs propres budgets et à assurer leur équilibre financier.

- En deuxième lieu, s'est considérablement atténuée la différence nette entre les méthodes de gestion des secteurs public et privé. On assiste à une évolution vers des structures de production de services publics qui combinent des formes d'organisation et de management inspirées à la fois de l'Etat et du marché. Certes, l'Etat continue à considérer qu'il a un rôle prééminent à jouer dans l'achat et la régulation des services de base produits par les organisations à but lucratif ou non. Mais, en même temps, les réformes inspirées par les institutions de Bretton Woods se sont traduites par une restructuration des institutions publiques dans les secteurs de l'éducation et de la santé, avec l'introduction des principes de marché en ce qui concerne leur mise en œuvre. Ceux-ci concernent à la fois, le financement, l'investissement ; la gestion des formes plutôt centralisées s'est renforcée. Parallèlement, la participation sociale des citoyens est devenue plus active. Si les ONG internationales ont fortement suppléé les

défaillances de l'Etat et du marché dans la fourniture de services sociaux de base au cours des années 70 et 80, par la suite, le rôle des organisations communautaires s'est accru. Le continent africain est le théâtre, depuis au moins une décennie, d'une plus grande implication des usagers des services publics, d'initiatives locales, d'entre-aide, de partenariats publics et privés, d'alliances et de contributions des différents acteurs de la société civile nationale dans les secteurs d'éducation et de santé.

Ces multiples efforts visent un engagement plus fort des populations et des organisations qui les représentent dans la satisfaction des besoins de base en éducation et santé. Les organisations communautaires, avec leur propre mode de management, sont de plus en plus présentes à côté de l'Etat et du marché dans la production de services sociaux de base en Afrique. Dans nombre de pays africains, des partenariats entre l'Etat et les ONG ont permis d'étendre l'accès à l'éducation primaire grâce à leurs efforts conjoints et à un engagement du gouvernement à intégrer les diplômés des écoles créées par des ONG. Ces partenariats ont fait bénéficier à certains gouvernements d'idées innovantes et d'une plus grande proximité avec les communautés. Ils ont contribué aussi à l'amélioration de l'efficacité dans les services publics. De leur côté, les ONG ont pu sécuriser des sources régulières de financement pour atteindre un grand nombre de personnes.

Au total, on assiste à l'apparition d'organisations plutôt hybrides de fourniture de services publics, aussi bien dans l'administration centrale qu'au niveau des structures décentralisées.

4. Impact de la décentralisation sur la fourniture de services publics d'éducation et de santé

4.1 Cadres analytiques de la décentralisation des systèmes d'éducation et de santé

La décentralisation des systèmes d'éducation et de santé est analysée ici à partir d'une typologie des différentes formes de décentralisation, du genre comme moyen d'évaluation, et de l'approche « espace de décision » dans les services de santé.

4.1.1 Typologie des différentes formes de décentralisation

C'est Mills (1990) qui a suggéré une distinction entre quatre formes de décentralisation des systèmes de santé : la déconcentration, la dévolution, la délégation et la privatisation.

La déconcentration se réfère à un transfert de pouvoir du niveau central aux niveaux périphériques du ministère de la Santé. La dévolution signifie un transfert de pouvoir du ministère de la Santé à des autorités locales, provinciales ou régionales. La délégation transfère le pouvoir du ministère de la Santé à des agences semi autonomes. Celles-ci ont des conseils d'administration dont les membres représentent différents groupes d'intérêt (syndicats de travailleurs, secteur privé, gouvernement...). La privatisation englobe tous les arrangements contractuels établis entre le secteur public et le secteur privé pour la fourniture de services de santé. Ces quatre concepts sont maintenus largement utilisés pour opérer une classification des différentes formes de décentralisation des services d'éducation et de santé.

4.1.2 Le genre comme aune de la décentralisation

Standing (1997) propose d'évaluer les réformes des secteurs de santé du point de vue du genre. Elle affirme que le genre est un indicateur de la vulnérabilité économique et sociale dans beaucoup de pays en développement. Tout effort pour améliorer l'équité dans un système de santé à travers des réformes, devrait inclure une composante genre. Cette approche décompose les données par genre pour évaluer les impacts des réformes du secteur de santé. Par exemple, en évaluant les impacts des coûts d'utilisation des services de santé, le modèle de Standing désagrègerait l'usage des services de santé par les hommes et les femmes. Cette approche serait plus révélatrice des véritables impacts de la politique de santé sur l'équité.

4.1.3 L'approche « espace de décision » dans les services de santé

Bossert (1998 ; 2002) tente d'appliquer l'approche « principal agent » à l'évaluation de la décentralisation. Il considère le ministère de la Santé comme le « principal ». Il lui revient donc de définir les objectifs et les paramètres des programmes et politiques de santé. Il accorde aussi autorité et ressources aux « agents » locaux. Ces derniers sont constitués des municipalités urbaines et rurales,

des gouvernements régionaux, des administrations du niveau déconcentré, des administrations autonomes, etc., (Bossert, 2002).

Ce sont ces agents locaux qui sont chargés de la réalisation des objectifs du principal. Mais, les agents locaux ont souvent leurs propres préférences en ce qui concerne le type d'activités et de dépenses de santé à entreprendre. Ils cherchent aussi à donner satisfaction à des acteurs du système de santé et à des électeurs qui peuvent avoir des priorités différentes de celles du principal qui, lui, se situe au niveau national. En d'autres termes, les institutions locales peuvent avoir des incitations à ne pas respecter les mandats définis par les autorités nationales.

De plus, beaucoup d'agents disposent, sur leurs propres activités, d'informations meilleures que celles reçues par le principal. Ils bénéficient ainsi d'une marge de manœuvre leur permettant de se soustraire largement des obligations définies par l'autorité centrale et poursuivre leurs propres objectifs. Si le principal veut surmonter cette « asymétrie de l'information », il doit accepter de payer un coût souvent très élevé. Dans un tel contexte, le Gouvernement central cherche à atteindre ses objectifs en matière de santé à travers la mise en place d'un système d'incitations et de sanctions qui guide effectivement le comportement de l'agent, tout en s'efforçant de maintenir les coûts à un niveau soutenable. Bossert cite divers mécanismes utilisés à cette fin : contrôle, reportage, inspections, revue de performances, contrats, subventions, etc.

Mais un des principaux mécanismes, que le principal peut utiliser pour influencer la décision des agents, est l'élargissement sélectif de « l'espace de décision » des agents locaux dans les domaines du financement, de l'organisation du service des ressources humaines, du ciblage des interventions et de la gouvernance. L'espace de décision se réfère ainsi à l'importance de l'autorité en matière de prise de décision transférée aux responsables locaux pour l'application des politiques de santé dans chacun des domaines précités. Ce modèle fournit donc une grille de lecture utile pour l'analyse des processus de prise de décision en matière de décentralisation.

Un autre intérêt que présente ce modèle réside dans le fait que, pour chaque domaine décentralisé d'un service de santé, il classe les degrés de l'autorité en matière de prise de décision en trois catégories : étroite, modéré et large. Ceci est

important pour les arrangements institutionnels dans lesquels l'autorité de prise de décision est large dans certains domaines, et réduite dans d'autres. Chaque domaine de décentralisation inclut des subdivisions selon l'approche qu'adopte le pays considéré. Par exemple, le financement peut être divisé en sources de revenus, tarifs, allocation des dépenses et contrats. Les décisions sur les sources de revenus peuvent être évaluées comme réduites, modérées ou larges selon le pourcentage des dépenses publiques transféré aux Etats ou provinces, et l'aptitude de l'entité publique décentralisée à lever des taxes pour compléter les fonds centraux. Il en est de même des autres domaines du financement.

Au total, le modèle de Bossert délimite bien la décentralisation fiscale, la décentralisation de fourniture des services et celle de la gestion des ressources humaines. Il mesure aussi le niveau de la prise de décision pour chaque domaine de décentralisation. C'est pourquoi on peut dire qu'il fournit une approche holistique pour l'analyse des processus de décentralisation.

La littérature actuelle n'offre pas des outils spécifiques pour l'analyse des effets de la décentralisation sur les services de santé. Cette conclusion s'applique *mutatis mutandis* aux systèmes d'éducation. Cependant, les trois modèles présentés ci-dessus constituent des cadres analytiques à partir desquels on peut développer un système d'indicateurs spécifiques pour l'évaluation de la profondeur et des effets de la décentralisation des services éducatifs et sanitaires. En combinant le paradigme de genre avec le modèle espace de décision de Bossert, on dispose d'un cadre utile pour l'analyse des processus de décentralisation.

4.2 Les tendances internationales de la décentralisation des services d'éducation et de santé

A partir d'une revue des travaux de recherche dans les pays développés et en développement, se dégagent six tendances majeures qui permettent de caractériser les réformes en matière de gouvernance (McGinn, 2001).

1. La décentralisation des systèmes d'éducation et de santé est devenue une réalité dans de nombreux pays.

2. Si l'accent a été toujours mis sur le contrôle des intrants pour asseoir des systèmes d'éducation et de santé efficaces, l'attention porte davantage maintenant sur les productions et les résultats. Par exemple, dans le domaine de l'éducation, l'emphase est mise maintenant moins sur l'enseignement comme transmission de connaissance que sur l'enseignement comme production de connaissances.
3. La complexité accrue des systèmes d'éducation et de santé est maintenant reconnue. Les réformes sur la décentralisation en tiennent compte désormais en accordant une grande place aux facteurs contextuels, sources majeures de cette complexité.
4. Une attention croissante est accordée aux groupes et institutions autres que les personnels d'éducation et de santé concernés ou affectés par des changements dans la gouvernance. Une réforme a plus de chance d'être mise en œuvre de manière complète, et d'être durable, si les partenaires sont impliqués à toutes ses étapes.
5. La diversification du financement est devenue cruciale pour le gouvernement central pour satisfaire la demande croissante d'éducation et de santé ou pour inclure de nouveaux acteurs dans le processus de gouvernance.
6. L'accent est davantage mis sur la gouvernance locale que le management local.

Les expériences de décentralisation des services éducatifs et de santé en ASS devraient être examinées à la lumière des grandes tendances internationales décrites ci-dessus.

4.3 Expériences africaines de décentralisation des systèmes d'éducation et de santé

La politique de décentralisation pratiquée actuellement en Afrique met beaucoup l'accent sur la dimension démocratique. Mais lorsqu'on s'intéresse à la fourniture décentralisée de services sur le continent, il faut aussi accorder une égale importance aux aspects financiers et administratifs de celle-ci. S'agissant de l'importance relative de chacun de ces aspects, les disparités entre les pays africains ont des effets différenciés sur la quantité et la qualité des services offerts aux

populations locales. La question est de savoir si la décentralisation assure une plus grande disponibilité et une plus grande équité dans la fourniture de services publics en Afrique subsaharienne.

Les travaux documentés sur la décentralisation dans les pays africains, sont plutôt rares. Adamolekun, L. (1999), cité par Francis et James (2003), a passé en revue l'expérience de pays ayant introduit la décentralisation dans les réformes de leur administration publique, comme l'Ouganda, le Botswana, le Nigeria, le Ghana, la Côte d'Ivoire, le Kenya et la Tanzanie. Sa conclusion est que ces pays ont, généralement, subi un revers dans la mise en œuvre de la décentralisation. Quels sont les facteurs de cet échec ? Wunsch (2001) en énumère quelques-uns : la centralisation excessive des ressources, les transferts limités en faveur des gouvernements locaux, une base de revenus étriquée, l'absence de capacités locales en planification, des changements limités dans les législations et les régulations, et l'absence d'un processus politique local décisif. Ce jugement peut être illustré par des études portant sur un certain nombre de pays.

A la fin des années 80, l'Ouganda a lancé une expérience de décentralisation qu'on voulait aussi poussée que possible. Il s'agissait d'accroître le volume de ressources transférées des programmes nationaux de services sociaux aux conseils locaux. Etaient particulièrement visés les services d'éducation, de santé et les infrastructures d'accès à l'eau potable. A l'expérience, selon Francis et James (2003), « la décentralisation n'a pas été capable d'arrêter la détérioration des services agricoles. Les améliorations dans les services sociaux sont attribuables à des augmentations dans les financements conditionnels centralisés, et non aux institutions décentralisées qui auraient produit de tels services sur la base de décisions prises au niveau local ».

En Côte d'Ivoire, malgré l'avènement d'élections communales multipartites, les maires ont continué d'exercer une influence et un contrôle exorbitants sur les institutions décentralisées (Crouk, 2001). Aussi, les demandes en routes, infrastructures sociales et l'approvisionnement en eau, exprimées par les populations, ne correspondent-elles pas aux priorités des communes qui ont mis l'accent sur la construction d'immeubles municipaux et d'écoles préscolaires. En tout état de cause,

la plupart des programmes communaux de développement ont échoué, en raison des coupes claires dans les dépenses publiques survenues pendant la crise financière au début des années 90.

L'expérience du Ghana permet de tirer des conclusions similaires. Selon Crook, 70 % des répondants à une enquête qu'il a réalisée estiment que le conseil élu ne répond pas à leurs besoins. Les préférences exprimées, en termes de réparation des routes, de structures de santé, ainsi que des infrastructures en eau potable et électricité, n'étaient pas prises en compte dans les priorités de dépenses du conseil communal. Celles-ci portaient plutôt sur les services de transport commercial, les entreprises manufacturières ou les marchés. Cette situation est exacerbée par la part excessive des dépenses récurrentes dans le budget des communes.

Au Nigeria, Crook rapporte qu'une étude, portant sur les soins de santé primaires au début des années 90, révèle un manque évident de participation effective dans la prise de décision, en dépit de la dévolution de responsabilités aux élus locaux. Les populations locales considèrent que les soins de santé ne sont pas fiables, sont inaccessibles et inadaptés à leurs besoins. Quant aux élus locaux, ils sont peu précis sur les besoins en soins de santé de leurs mandants, et ont peu de connaissance sur leurs programmes et activités dans le domaine de la santé.

En Tanzanie, Braathen, Chaligha et Fjeldstad (2005) ont cherché à vérifier si l'objectif du "Local Government Reform Programme" de restructurer les « Local Government Authorities » afin qu'elles puissent répondre avec plus d'efficacité et d'efficience aux priorités locales identifiées en matière de fourniture de services, est atteint. Un objectif spécifique est d'accroître la participation de la société civile dans la livraison des services publics et d'en améliorer la qualité, l'accès et l'équité. L'étude, menée sur six districts, s'appuie sur une interview d'un échantillon de résidents portant sur leur niveau de satisfaction des services publics (éducation primaire, services de santé et approvisionnement en eau potable). Les résidents sont, en général, mécontents des services qui leur sont offerts. L'éducation primaire apparaît comme le service ayant recueilli une satisfaction chez la majorité des répondants (70 %). Ce résultat serait dû à l'application du Primary Education Development Plan (PEDP). La santé primaire (dispensaires) vient en seconde position avec un taux de satisfaction de

33 %. Quant à la santé clinique, elle ne recueille que 25 %. Cette tendance est confirmée, lorsqu'on demande aux résidents s'ils ont constaté une amélioration dans l'un des 12 services soumis à leur évaluation. C'est 85 % des répondants qui déclarent constater des améliorations dans l'éducation primaire au cours des deux dernières années, celle-ci est suivie de la santé primaire avec 37 %. Les autres services viennent loin derrière l'éducation de base et la santé.

Il ressort nettement de ces résultats que la décentralisation n'a pas contribué à améliorer la disponibilité et la qualité des services sociaux. Les progrès accomplis par l'éducation primaire sont à imputer principalement au PEDP qui est un programme géré par le niveau central, avec une déconcentration en faveur des échelons administratifs locaux.

4.4 Réinventer le système de gouvernance, de management et de responsabilité

Les problèmes de gouvernance, de management et de responsabilité que pose, en Afrique subsaharienne, la production de services d'éducation et de santé doivent être résolus en tant que condition nécessaire, mais non suffisante, pour résoudre les problèmes d'équité, de qualité, de financement et d'efficacité. En remodelant les systèmes de gouvernance, de management et de responsabilité, des instruments appropriés doivent être élaborés pour fournir des informations sur les résultats, et non sur les intrants.

Dans le domaine de l'éducation, le recours à des évaluations standardisées au niveau national et international, ainsi qu'aux enquêtes sur les compétences de vie courante ou à l'alphabétisation fonctionnelle, doivent faire partie des outils couramment utilisés pour gérer le système éducatif. Ces outils, centrés sur la qualité, doivent être compris comme des compléments et non des substituts à ceux qui permettent de collecter des informations sur les infrastructures scolaires, les coûts des services éducatifs, la répartition spatiale des infrastructures, l'accès et les performances des différents sous-groupes de la population. Par exemple, des données désagrégées, selon le genre, les minorités, sont nécessaires pour toutes les questions liées à l'équité dans le système éducatif.

D'une manière générale, une gestion moderne des secteurs de la santé et de l'éducation requiert, comme préalable, la mise en place et le bon fonctionnement d'un système de production et de traitement de données relatives aux besoins, intrants, résultats, processus, etc. Les pays africains sont caractérisés par une production de faible qualité de statistiques scolaires et de santé. Celles-ci sont souvent disponibles avec du retard, et ne couvrent qu'un nombre limité d'indicateurs. Elles sont peu utilisées dans les décisions d'allocation de ressources, l'évaluation des performances des écoles, des structures de santé ou des personnels.

Un autre aspect sur lequel il convient d'insister, lorsqu'il s'agit d'élaborer les outils appropriés de la gouvernance, de management et de la responsabilité, est de savoir qui gouverne. Dans des pays qui ont fait l'option de la démocratie politique et de l'économie de marché, ce qui est le cas de la plupart des pays en ASS, les ministres ne peuvent plus, ou ne devraient plus être les seuls dépositaires de l'autorité et de la responsabilité en matière d'éducation et de santé. De nombreux autres acteurs concernés doivent être intégrés, par des voies appropriées et de façon effective, dans la gouvernance et le management des systèmes d'éducation et de santé. En dépit de nombreuses réformes visant à responsabiliser les populations locales, les élus locaux et les chefs de districts scolaires ou de santé ne jouent pas encore un rôle majeur dans le financement et le management de l'éducation de base et des soins de santé primaires.

Dans un contexte où, en raison des fortes contraintes budgétaires, l'Etat central, ou même les gouvernements locaux, ne peut recruter suffisamment d'inspecteurs pour contrôler régulièrement le travail des enseignants par exemple, les parents et les leaders des communautés devraient avoir un rôle croissant dans le fonctionnement des systèmes éducatifs au des structures scolaires. Seule une implication accrue des populations dans la gouvernance de leur école peut compenser le relâchement du contrôle du niveau central ou régional. Au fur et à mesure que la société civile se développe, le nombre d'acteurs décidés à se faire entendre, parce qu'ayant des intérêts très forts dans le processus éducatif, va certainement augmenter. Etre attentif à leurs exigences est un aspect crucial de la responsabilité.

4.5 Les défis de la gouvernance de l'éducation et de la santé

La contribution de la gouvernance à l'amélioration de la disponibilité, de la qualité et de l'accès aux services d'éducation et de santé requiert que certaines questions soient bien posées et que des réponses appropriées leur soient apportées. Sans prétendre à l'exhaustivité, les questions suivantes semblent essentielles.

1. La gouvernance dans les politiques d'éducation et de santé

- Quelle place les politiques d'éducation et de santé ont accordée à la bonne gouvernance ?
- Quel rôle les politiques d'éducation et de santé ont accordé à l'Etat, au marché et à la société civile dans la promotion de la bonne gouvernance ?
- Quelle stratégie a été mise en avant par les politiques de santé et d'éducation pour la dévolution du pouvoir et la décentralisation de l'autorité administrative et de gestion en matière d'éducation de base et de soins de santé primaire ?

2. Approches innovantes de la décentralisation dans les systèmes d'éducation et de santé

- Quelles sont les approches émergentes de la décentralisation de la gestion de l'éducation de base et des services de santé primaires ?
- Quels sont les rôles et responsabilités transférés à chaque niveau de décision ?
- Quelles stratégies l'Etat a proposées pour la promotion d'un management décentralisé au niveau local ? Quelles stratégies sont actuellement utilisées pour décentraliser l'éducation et la santé, et favoriser la participation locale dans la prise de décision ? Quelles sont les caractéristiques et l'étendue de la participation communautaire dans la gouvernance de l'école et de structures de santé ?

3. Rôle des ONG dans la gouvernance de l'éducation et de la santé

- Quelles relations entretiennent l'Etat et les ONG dans les secteurs de l'éducation et de la santé ?
- Quelles sont les institutions mises en place par l'Etat pour renforcer le rôle des ONG et de la société civile dans la gouvernance de l'éducation et de la santé ?
- Quelle est l'efficacité de ces institutions en matière de gouvernance et de planification des services d'éducation et de santé ? Quelles décisions les ONG prennent-elles en matière de planification de l'éducation et de la gouvernance ?

- Sous quelles formes les ONG contribuent-elles à la promotion de la participation communautaire dans la gouvernance de l'éducation et de la santé, et quelle est l'efficacité de cette contribution?

4. Rôle du secteur privé

- Quelles sont les conséquences de la libéralisation des services dans le cadre de l'Organisation mondiale du commerce, sur les systèmes d'éducation et de santé ? quels sont les types de services éducatifs et de santé qui seront affectés par le processus de mondialisation ?
- Quelles leçons peut-on tirer, pour le secteur public, du management et de la gouvernance des écoles et des structures de santé privées ?
- Quelle est la nature de l'implication de l'entreprise dans la promotion de l'éducation de l'éducation pour tous et à l'accès universel aux soins de santé primaires ? Quelles interventions innovantes ont-elles introduites ? Comment leurs écoles, leurs institutions de santé sont-elles gérées et gouvernées ?

Conclusion

Les données sur la gouvernance et la fourniture de services publics d'éducation et de santé en Afrique subsaharienne sont encore rares et très éparpillées, même si, ces dernières années, les réformes entreprises sur le continent, dans les secteurs produisant ces services, ont fortement mis l'accent sur la décentralisation et le renforcement de la bonne gouvernance.

Dans ce papier, nous avons mis en évidence le rôle important que joue l'éducation dans l'avènement de la bonne gouvernance, et que celle-ci, à son tour, contribue fortement à l'amélioration de l'accès aux services éducatifs et de santé, particulièrement pour les populations pauvres ou marginalisées.

Nous avons établi aussi le retard déjà pris par l'Afrique au sud du Sahara dans la réalisation des OMD relatifs à l'éducation et à la santé, ce qui place, au rang de priorité absolue, l'élévation rapide du rythme auquel les soins de santé primaires et l'éducation de base sont actuellement produits.

Si une plus grande disponibilité de ressources est indispensable, elle devra nécessairement s'accompagner d'une meilleure gouvernance. Une dimension importante de celle-ci est, sans doute, une redéfinition des rôles et relations entre le secteur public, le secteur privé et la société civile dans la production, le financement et le contrôle de la qualité des services publics d'éducation et de santé, afin d'en accroître l'efficacité et l'efficacités.

Les expériences de décentralisation qui ont été passées en revue en Afrique au Sud du Sahara ne permettent pas de conclure que les objectifs visés ont été atteints. Certes, un effort important de collecte de données est nécessaire pour mieux cerner l'apport de la décentralisation dans l'amélioration de l'accès et de la qualité des services publics. D'ores et déjà, il apparaît que les gains d'une telle politique ne sont pas automatiques. Ceci appelle à plus de soin dans la conception et l'application de mesures visant le transfert de compétences à des gouvernements locaux ou à des échelons inférieurs de l'administration publique.

En même temps, les gouvernements devraient procéder régulièrement à des exercices d'audit social sur les services d'éducation et de santé, afin de recueillir les points de vue des citoyens, de mesurer leur niveau d'utilisation de ces services et leur degré de satisfaction. Les informations ainsi recueillies constituent une source précieuse d'amélioration de la gouvernance au niveau national et local.

Références bibliographiques

- Adamolekun, L. 1999. *Public Administration in Africa : Main issues and selected Country Studies*. New York: Harper Collins Publishers.
- Bossert, T. 1998. "Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: Decision space, innovation and performance ". *Social Science and Medecine*, 47: 1513-1527.
- Bossert, T. and Beauvais, J.C. 2002. "Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and The Philippines : A comparative analysis of decision space". *Health Policy and Planning*, 17 (1) : 14-31.
- Braathen, E., Chaligha, A., Fjeldstad, O.H. 2005. "Local Governance, finances and Service Delivery in Tanzania, A Summary of findings form six councils", NIBR/CHR, Working paper.
- Carnoy, M. 1992. "The Case for Investing in Basic Education", UNICEF, New York.
- CREA. 2004. Analyse du secteur de l'éducation. Rapport pour le Ministère de l'éducation du Sénégal, Faculté des Sciences économiques et de gestion, Université Cheikh Anta Diop de Dakar. Dakar.
- Crook, R.C. and Sverrisson, A.S. 2001. " Decentralisation and poverty-alleviation in developing countries : A comparative analysis or, is West Bengal Unique ? " IDS Working Paper No. 130, institute of Development Studies, Brighton, UK
- Evers, A. 2004. "Mixed Welfare Systems and Hybrid Organisations – Changes in the Governance and provision of social services ", Paper presented at the Sixth International Conference of the International Society for Third-Sector Research Ryerson University and York University Toronto, July 11-14.
- Francis, P., James, R. 2003. "Balancing rural poverty reduction and citizen participation: The contradictions of Uganda's decentralization program", *World Development*, Vol. 21(3) : 325-331.
- McGinn, N. 2001. " international and National trends in local governance of education". *Educational Studies and Documents*, N° 70. Paris : UNESCO.
- Mills, A., Vaughan, J., and others. 1990. *Health System decentralization : Concepts, issues, and Country Experience*. Geneve, World Health Organisation.
- PNUD. 2005. Rapport mondial sur le développement humain 2005, *Economica*, Paris.

- Psacharopoulos, G. and Woodhall, M. 1985. *Education for Development: An Analysis for Investment Choices*, Oxford University Press.
- Putman, R. 2000. *Bowling Alone : The Collapse and Revival of American Community*. New York : Simon & Schuster.
- Standing, G. 1997. " Labour market governance in Eastern Europe". *European Journal of Industrial Relations*, 3 (2) : 133- 159.
- US Agency for International Development. 2002. "Basic Education: Building the Foundation for People and Nations", PN-ACR-222, Occasional Papers Series, August, Washington D.C.
-
- _____ 2003. "Approaching Education from a Good Governance Perspective: USAID Resource Guide for Joint DG/Education Programs, PN-ACR-222, Occasional Papers series, August.
- Watkins, K. 1999. *Basic Education : A Catalyst for Human Development*. London: Oxfam International.
- Wunsch, J. S. 2001. "Decentralization, Local Governance and "Recentralization" in Africa", *Public Administration and Development*, Vol.21, N°4.