

Vol. 5, N°17, pp. 468– 476, Mars 2026  
Copy©right 2024 / licensed under CC BY 4.0  
Author(s) retain the copyright of this article  
ISSN : 1987-1465  
DOI : <https://www.doi.org/10.62197/KLEK1543>  
Indexation : Copernicus, CrossRef, Mir@bel, Sudoc, ASCI,  
Zenodo  
Email : [RevueKurukanFuga2021@gmail.com](mailto:RevueKurukanFuga2021@gmail.com)  
Site : <https://revue-kurukanfuga.net>

*La Revue Africaine des  
Lettres, des Sciences  
Humaines et Sociales  
KURUKAN FUGA*

## LES ACTEURS NON ÉTATIQUES DANS LA GOUVERNANCE URBAINE DE LA SANTÉ AU MALI. LE CAS D'UNE ASSOCIATION DE LUTTE CONTRE LES CANCERS FÉMININS À BAMAKO : ALMAC

**Abdoul Karim DOUMBIA-Université Yambo OUOLOGUEM**

[Abdoulk.doumbia2000@gmail.com](mailto:Abdoulk.doumbia2000@gmail.com)

\*\*\*\*\*

**Résumé :** Les années 1990 ont marqué un tournant dans la gestion des affaires publiques dans les pays d'Afrique subsaharienne avec le développement d'un partenariat associant l'État et les acteurs non étatiques dans la définition et la mise en œuvre des politiques publiques. Au Mali, ce nouveau mode de gestion des affaires publiques, appelé « bonne gouvernance », a bénéficié d'un contexte favorable à son adoption et à son application notamment dans le domaine de la santé qui a fait l'objet d'une double réforme sectorielle et administrative. Plus d'une décennie après son adoption, l'on constate que les informations actuellement disponibles ne permettent pas de rendre compte de l'effectivité et des modalités de participation des acteurs non étatiques à la gouvernance de la santé au niveau local. En proposant de revisiter ce modèle de gestion publique à la lumière des défis socio-sanitaires liés à l'accroissement des maladies non transmissibles au Mali, cette étude vise à évaluer l'espace d'expression démocratique de la santé à partir d'une analyse socio-anthropologique du rôle et des modalités d'implication de l'ALMAC dans la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le cancer à Bamako. De l'analyse des données recueillies, il ressort que si l'inclusion des acteurs non étatiques dans la gouvernance urbaine de la santé représente une avancée démocratique en même temps qu'une opportunité de développement, l'implication effective et efficiente d'une association de base comme l'ALMC reste un défi à relever, non seulement pour l'association elle-même, mais aussi pour l'État et ses partenaires de développement.

**Mots-clés :** ALMAC, Bamako, cancers féminins, Gouvernance urbaine de la santé, , lutte contre le cancer.

\*\*\*\*\*

**Abstract:** The 1990s marked a turning point in public affairs management in sub-Saharan African countries with the development of partnerships involving the state and non-state actors in the definition and implementation of public policies. In Mali, this new mode of public affairs management, known as "good governance," benefited from a favorable context for its adoption and application, particularly in the health sector, which underwent a dual sectorial and administrative reform. More than a decade after its adoption, the currently available information does not allow for a comprehensive assessment of the effectiveness and modalities of non-state actors' participation in health governance at the local level. By proposing a re-examination of this public management model in light of the socio-health challenges

**Abdoul Karim**

linked to the increase in non-communicable diseases in Mali, this study aims to assess the space for democratic expression in health through a socio-anthropological analysis of the role and methods of involvement of ALMAC in the implementation of the national cancer control policy in Bamako. The analysis of the data collected reveals that while the inclusion of non-state actors in urban health governance represents a democratic advancement as well as a development opportunity, the effective and efficient involvement of a grassroots association like ALMC remains a challenge, not only for the association itself, but also for the State and its development partners.

**Key words:** ALMAC, Bamako, women's cancers, urban health governance, cancer control.

\*\*\*\*\*

## **Introduction**

Depuis la vague de démocratisations intervenues dans les pays d'Afrique subsaharienne au début des années 90, les villes ouest-africaines sont devenues le théâtre de modes de gestion en recomposition portées par les recommandations internationales de démocratisation, de décentralisation et de « bonne gouvernance » (C. Meynet, 2005 : 1-2). Pour cette dernière recommandation, si les institutions de Breton Woods, et notamment la Banque Mondiale, ont été les premières à l'introduire dès le début de la décennie 1990, en particulier dans les politiques d'aide au développement, c'est le Programme des Nations Unies pour le Développement qui en énoncera les caractéristiques en 1997. Ainsi, d'une définition prescriptive on en est venu à l'idée d'une interchangeabilité du terme de « bonne gouvernance » avec celui de « démocratie », les institutions de la « bonne gouvernance » devant inclure les trois domaines principaux que sont l'État, la société civile et le secteur privé, tout en étant fondées sur des principes et des pratiques comme la participation, la règle de droit, la transparence, la réactivité, l'élaboration du consensus, l'équité, l'efficacité, l'efficience et la responsabilité. Dès lors, la bonne gouvernance a été conçue comme le remodelage des politiques de gestions publiques en vue de faire face au défi de développement (Banque Mondiale, 1989 ; A. Osmont, 1995 ; UNDP, 1997 ; P. Egoumé, 2011).

Au Mali, la Révolution de mars 1991 et la Conférence Nationale qui s'en est suivie ont, en effet, abouti à l'instauration d'une démocratie pluraliste et à la mise en place, en 1999, de nouvelles entités territoriales (urbaines et rurales) ayant la charge légale d'assurer, chacune à son échelle et en partenariat avec d'autres acteurs locaux, la « coproduction » de services publics dans les domaines aussi divers que l'éducation, la santé, l'assainissement, l'hydraulique, etc. Cette réforme de décentralisation, qui vise à rapprocher l'administration des administrés, marque une volonté de l'État, soutenu par ses partenaires au développement, de « rompre avec les méthodes antérieures, suggère une ouverture des circuits de décision

politique aux acteurs sociaux afin d'accorder plus de poids aux « sans-voix » » (K. Cissoko & R. Touré, 2005 : 142-154). Une stratégie de gestion qui repose sur le principe que l'État, central ou local, seul n'occupe plus tout l'espace politique qui s'ouvre désormais aux acteurs non étatiques (associations, mutuelles, organisations non gouvernementales, fondations, entreprises privées, etc.) considérés comme porteurs de préoccupations spécifiques à faire valoir dans le processus de prise et de mise en œuvre de décisions politiques.

Ce nouveau modèle ou mode de gestion des affaires publiques a bénéficié d'un contexte socio-politique favorable à son adoption et à son application au Mali, en particulier dans le domaine de la santé qui a connu une double réforme, sectorielle d'abord, avec l'adoption en 1990 de la politique sectorielle de santé et de population, et administrative ensuite, avec la promulgation des lois portant sur la création et la libre administration des collectivités territoriales de cercles, de régions et du District de Bamako (Loi n° 93-008 du 11 février 1993, loi N°96-025 du 21 février 1996 et loi N°99-035 du 10 août 1999). Double réforme de la santé qui a été précédée et accompagnée de l'adoption par le gouvernement du Mali de plusieurs textes relatifs aux droits des femmes (Déclaration de la Décennie de la Femme africaine, 2010-2020, Politique Nationale Genre, 2011, etc.) dans le prolongement de la Convention pour l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes de 1979 des Nations Unies ratifiée par le Mali en 1985. Un ensemble de textes, donc, qui concourent à promouvoir la reconnaissance et l'exercice des droits égaux entre les femmes et les hommes dans l'accès aux services sociaux de base (santé, éducation, etc.),

Après presque deux décennies de pratiques de gouvernance démocratique de la santé, un double constat incitant à un examen minutieux de ces pratiques au niveau urbain, semble toutefois, s'imposer. D'une part, l'on constate que si les rôles joués par les acteurs étatiques (collectivités territoriales, services déconcentrés de l'État, etc.) dans la gouvernance urbaine de la santé sont relativement bien connus, les informations actuellement disponibles ne permettent pas, en revanche, d'apprécier le niveau et les modalités d'implication des acteurs non étatiques (secteur privé, société civile, citoyens, etc.). Et d'autre part, l'émergence des maladies non transmissibles (MNT) comme problèmes de santé publique au Mali et la mobilisation de citoyens qu'elle génère, révèle l'apparition de nouvelles difficultés pour des groupes sociaux déterminés dans l'accès aux soins, notamment à Bamako.

Dans ce contexte, évaluer l'étendue de l'espace d'expression démocratique de la santé devient impératif tant pour s'assurer du succès ou de l'insuccès de la gouvernance urbaine dans ce domaine, que pour, éventuellement, en proposer des améliorations. C'est dans cette perspective, et sans vouloir dresser un bilan de la gouvernance urbaine au Mali et en Afrique à l'instar des nombreux travaux, à l'intersection de la science politique, de la socio-anthropologie et de la géographie, déjà consacrés à ce sujet (Alain Dubresson, Sylvie Jaglin, 2001 ; Cécilia Meynet, 2005 ; Modibo Keita ; Laurence Toure, 2011; etc.), que nous proposons, ici, de revisiter la gouvernance urbaine de la santé au Mali à la lumière des défis socio-sanitaires liés à l'accroissement des MNT. Il s'agit plus spécifiquement d'analyser le rôle et les modalités d'implication d'une association de lutte contre les cancers féminins (ALMAC) dans la gouvernance de la santé à Bamako. Et cela, à partir d'une approche socio-anthropologique basée sur ce que Giorgio Blundo (2002 : 2) appelle une « ethnographie des situations de gouvernance », c'est-à-dire une démarche qui consiste à « explorer comment les pratiques discursives de - et sur - la gouvernance effectuent un aller-retour entre les niveaux international, national et local, pour s'inscrire finalement dans des contextes sociaux et politiques particuliers ».

## **1. Méthodologie**

Les données sur lesquelles porte notre analyse sont issues d'enquêtes menées à Bamako dans le cadre d'une recherche effectuée entre 2019 et 2021 et qui portait en partie sur les acteurs intervenant dans la lutte contre le cancer au Mali. C'est au cours de cette recherche que nous avons été amenés à rencontrer l'Association Malienne de Lutte contre les Maladies Cancéreuses (ALMAC) à son siège à Bamako en janvier 2018, la veille de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le cancer prévue le 4 février de chaque année. Depuis cette date, et jusqu'en mars 2020, nous avons eu des contacts plus ou moins réguliers avec l'ALMAC que nous avons suivie dans ses différentes activités : campagnes de sensibilisation et d'information, conférences, réunions, remises de dons, rencontres, etc. Nos participations à ces activités, qui ont été des occasions pour observer les interactions entre l'ALMAC et les autres acteurs locaux, se faisaient alternativement à des entretiens que nous réalisions avec les membres du bureau sur la vie de l'association et ses rapports avec les autres acteurs de la lutte contre le cancer au Mali.

Parallèlement et en complément de ce recueil de données sur le terrain, des textes (lois et décrets) et des documents traitant de la décentralisation, de la gouvernance urbaine, du cancer et des politiques de développement sanitaire et social du Mali ont été également analysés.

En privilégiant l'entretien, l'observation et l'analyse documentaire comme outils de collecte de données, il s'agissait surtout de recueillir des données devant servir de matériaux à une analyse qualitative de la gouvernance urbaine de la santé au Mali.

## **2. Résultats**

L'analyse des données recueillies a permis, d'une part, de cerner les spécificités de la gouvernance urbaine de la santé au Mali, et d'autre part, de montrer le faible niveau d'implication des acteurs non étatiques dans ce processus à travers le cas de l'ALMAC à Bamako.

### **2.1. La gouvernance urbaine de la santé au Mali**

Avec les débats des années 1990, marqués par l'avènement du *New Public Management* (nouvelle gestion publique) et du *New Urban Planning* (nouvelle planification urbaine) qui formalisent le socle des thèses de la gouvernance urbaine, et la Déclaration d'Istanbul issue du Sommet des Villes (1996), la ville est devenue, presque partout, le cadre privilégié de la gouvernance locale qui requiert une refonte des rapports entre administrations locales, institutions centrales, citoyens et secteur privé (Y Chappoz & P-C Pupion, 2012 : 1-3). Tout en étant portée par cette dynamique de recomposition des rapports entre acteurs locaux, la gouvernance urbaine de la santé au Mali plonge également ses racines dans les réformes sanitaires et administratives engagées par l'État sur recommandations des partenaires au développement au cours de la décennie considérée. Comme telle, elle présente une double dimension sectorielle et administrative.

Au niveau sectoriel, la gouvernance urbaine de la santé au Mali s'inscrit dans la vision stratégique du Plan Décennal de Développement Sanitaire et Social (Pddss) qui sert de cadre à la mise en œuvre de la Politique Nationale de Santé et de Population à travers le Programme de Développement Sanitaire et Social (Prodess), sa tranche quinquennale. Adopté depuis 1998, le Pddss (2014-2023) traduit, en effet, la vision du gouvernement malien en matière de santé

et de développement social pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et la réduction de la pauvreté conformément aux orientations du Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté (CSCR 2012-2017). Il regroupe les domaines de la santé et du développement social élargis (2010) à la promotion de la femme, de la famille et de l'enfant. Son objectif ultime est de « fournir l'opportunité de passer au palier supérieur, celui de l'accès universel aux soins de santé, de la qualité des prestations et de l'atteinte des résultats dans les domaines de la santé, la solidarité et la promotion de la femme » (PRODESS III, 2013). Afin de contribuer à l'atteinte de cet objectif, il a été créé, par Décret n° 01-115/PM-RM du 27 février 2001, des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du Prodess aux niveaux national, régional local et dans le District de Bamako.

Ainsi, sont institués pour le niveau national, le Comité de suivi et le Comité représentant respectivement les organes politique et technique de coordination du Prodess. Le Comité de suivi est présidé par les ministres chargés de la santé et du développement social assistés d'un premier vice-président (un représentant des partenaires de développement), et d'un deuxième vice-président (un représentant de la société civile). Ses membres sont :

- le représentant du ministre chargé des finances ;
- le représentant du ministre chargé des affaires étrangères ;
- le représentant du ministre chargé de l'éducation ;
- le représentant du ministre chargé de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille ;
- le représentant du ministre chargé de l'administration territoriale ;
- le représentant du ministre chargé de l'environnement ;
- le représentant du ministre chargé de l'énergie ;
- le représentant du ministre chargé de la jeunesse ;
- le représentant du ministre chargé de la communication ;
- les Directeurs des services centraux des ministères chargés de la santé et du développement social ;
- le Directeur général de l'Usine malienne de produits pharmaceutiques ;
- le Directeur général de la Pharmacie populaire du Mali ;
- les représentants des partenaires de développement ;

- un représentant du Groupe «Pivot santé population » ;
- un représentant de la Fédération malienne des associations de personnes handicapées ;
- un représentant du Conseil national des personnes âgées ;
- un représentant par ordre professionnel de la santé ;
- un représentant par syndicat ;
- le coordinateur national de réadaptation à base communautaire ;
- le représentant de l'Union technique des mutualités.

Quant au Comité technique, il est placé sous l'autorité des Secrétaires généraux des ministères chargés de la santé et du développement social et assiste le Comité de suivi. Il comprend :

- les Conseillers techniques, chargés de mission des Ministères chargés de la santé et du développement social ;
- le Directeur national de la santé publique ;
- le Directeur national du développement social ;
- le Directeur national de la protection sociale et de l'économie solidaire ;
- le Directeur de l'observatoire humain durable ;
- le Directeur de la pharmacie et du médicament ;
- le Directeur administratif et financier du ministère de la santé ;
- le Directeur administratif et financier du ministère du développement social ;
- le Directeur de la Cellule de planification du ministère chargé de la santé ;
- le Directeur de la Cellule d'exécution du Programme de renforcement des infrastructures sanitaires ;
- le Chef de la Mission d'appui au développement des ressources humaines du secteur de la santé et de l'action sociale ;
- le Chef de la Mission d'appui à la réforme hospitalière ;
- trois représentants des partenaires ;
- les Directeurs régionaux de la santé publique et du développement social et de l'économie solidaire.

Dans les régions et le District de Bamako, le Comité Régional d'Orientation de Coordination et d'Évaluation du Prodess (Crocep) est chargé d'examiner et de valider les plans et programmes de développement sanitaire et social (Laurence Toure, 2011 :18). Il est composé

**Abdoul Karim**

d'un Président qui est le représentant de l'État au niveau de la région ou du District de Bamako et des Membres dont :

- un représentant de l'Assemblée régionale ;
- le Directeur régional du développement social et de l'Économie solidaire ;
- le Directeur régional de la santé publique ;
- le chargé de la planification de la Direction régionale de la santé publique ;
- les chefs de divisions de la Direction régionale de la santé publique et du développement sociale et de l'économie solidaire ;
- les médecins – chefs des Services socio-sanitaires de cercles ou de communes du District de Bamako ;
- un représentant des structures sanitaires privées et confessionnelles de la région ou de District de Bamako ;
- un représentant par ordre régional de la santé ;
- les conseillers des partenaires bilatéraux, multilatéraux et internationaux présents dans la région et dans le District de Bamako ;
- les représentants des Organisations non gouvernementales des secteurs de la santé et de l'action sociale intervenant dans la région ou dans le District de Bamako;
- le représentant de la Fédération régionale des Associations de santé communautaire ;
- un représentant par syndicat des secteurs de la santé et de l'action sociale ;
- un représentant du Conseil régional des personnes âgées ;
- un représentant Bureau régional de la Fédération des personnes handicapées.

Aux niveaux des cercles et des communes du District de Bamako, le Comité de gestion assure la coordination et le suivi de la mise en œuvre du Prodess. Il est composé d'un Président (le

Président du Conseil de Cercle ou le maire de la commune du District de Bamako), d'un Vice-président (le Représentant de l'État au niveau du cercle) et des Membres qui sont :

- les maires des communes concernés du cercle ;
- le Médecin Chef du centre de santé de Cercle ou de la Commune du District de Bamako ;
- le Chef du Service du développement social et de l'économie solidaire de cercle ou de la commune du District de Bamako ;
- un délégué de la Fédération locale des Associations de santé communautaire ;
- les représentants des Organisations non gouvernementales et partenaires au développement des secteurs de la santé et de l'action sociale intervenant dans le cercle ;
- un représentant de formations socio-sanitaires privées ou confessionnelles ;
- un représentant par section locale des syndicats de la santé et de l'action sociale ;
- un représentant du Conseil local des personnes âgées du cercle ou de la commune du District de Bamako ;
- un représentant de la Coordination locale des Associations de femmes ;
- deux représentants par Association de santé communautaire (Asaco) ;
- les Directeurs régionaux de la santé et du développement social et de l'économie solidaire sont membres de droit.

Sur le plan administratif, les lois n°96-025 du 21 février 1996 et N°99-035 du 10 août 1999 ont institué des collectivités territoriales de cercles, de régions et du District de Bamako, entre lesquelles se répartissent les 703 communes, dont 37 urbaines et 666 rurales, créées au Mali à l'issue des élections de 1999. Conformément à la loi n°93-008 du 11 février 1993, ces collectivités sont chargées de l'élaboration et de la mise en œuvre des programmes de développement économiques, sociaux et culturels sur leur territoire pour la population en général et pour les groupes défavorisés en particulier (Laurence Toure, 2011 : 20). Leurs rôles

en matière de développement sanitaire et social et du genre sont définis respectivement dans les décrets n° 02-314/P-RM du 04 juin 2002, n° 2012-082/P-RM du 08 février 2012 et n°2015 – 0506 /P-RM du 27 juillet 2015 qui fixent les détails des compétences transférées de l'État, en ces matières, aux collectivités territoriales.

Dans les collectivités territoriales urbaines des niveaux région et District de Bamako, la gestion et l'offre de services publics de santé mobilisent deux catégories d'acteurs : d'une part, les acteurs étatiques représentés par les autorités administratives locales, les services déconcentrés de l'État et leurs partenaires techniques et financiers ainsi que les hôpitaux régionaux et nationaux, et d'autre part, les acteurs non étatiques issus des différentes composantes de la société civile (secteur privé commercial, organisations non gouvernementales des secteurs de la santé et de l'action sociale, organisations confessionnelles et professionnelles, associations d'utilisateurs etc.). Ici, chaque groupe d'acteurs intervient dans la limite des responsabilités définies par les textes régissant la décentralisation administrative et sectorielle de la santé au Mali. Aux acteurs étatiques reviennent les missions de veille et de suivi des grandes orientations nationales en matière de santé et de développement social aux niveaux régional et local. Quant aux acteurs non étatiques, leur association à la gouvernance de la santé se fait à travers ce que l'on appelle « l'implication de la société civile », c'est-à-dire des associations de santé communautaires (Asaco), des structures privées confessionnelles et professionnelles de santé et des associations d'utilisateurs. Les premières sont représentées dans les organes nationaux, régionaux et locaux du Prodess à travers la Fédération Nationale des Asaco (Fenascom) qui assure un rôle de conseil et de défense des intérêts des Asaco. Au niveau local, la Fenascom contribue au développement et à l'expansion du mouvement de santé communautaire, et milite en faveur de la signature des conventions d'assistance mutuelle entre les Asaco et les mairies (Laurence Touré, 2011 : 33). Les deuxième et troisième sous-catégories, réputées faiblement organisées, sont peu représentées au sein des organes du Prodess. Leur participation à la gouvernance de la santé se fait généralement au niveau communal ou régional où l'on voit des citoyens regroupés en associations s'engager dans la lutte contre des maladies comme le VIH/sida, le diabète ou encore le cancer.

Malgré cette double décentralisation du secteur de la santé, de nombreux acteurs concernés par la mise en œuvre du Prodess restent encore peu ou pas représentés dans les instances régionale

et locale du Prodess. Du côté des acteurs étatiques, l'on constate, par exemple, que le décret 01-115 P-RM du 21 février 2001 ne prévoit pas de représentants au sein du Crocep et du Comité de gestion pour le ministère en charge du genre, dont l'une des missions principales reste pourtant de « s'assurer que la composante genre soit intégrée de manière systématique et non isolée dans les différents programmes de santé développés » (Prodess III, 2014 : 115). Au niveau des acteurs non étatiques, l'on note également que la société civile, représentée dans les différentes instances du Prodess, n'est composée quasiment que d'organisations faitières ou professionnelles qui n'ont pas nécessairement vocation à représenter ou porter les préoccupations spécifiques aux organisations citoyennes de base.

Or, c'est précisément du côté de cette sous-catégorie d'acteurs non étatiques que le périmètre des acteurs intervenant dans le domaine de la santé tend à s'élargir avec l'apparition sur la scène sanitaire locale d'associations de malades qui s'engagent pour lutter contre les maladies non transmissibles à travers la recherche d'un meilleur accès aux soins pour leurs membres. Si ces associations sont considérées par les acteurs étatiques comme des partenaires stratégiques dans la mise en œuvre des politiques et stratégies nationales de prévention et de lutte contre les maladies, force est de constater cependant que leur rôle dans la gouvernance urbaine de la santé ne répond encore que partiellement aux exigences d'une « bonne gouvernance ».

## **2.2. La participation de L'ALMAC à la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le cancer à Bamako**

A Bamako, « Ville pilote » en matière de gouvernance urbaine au Mali, la gouvernance de la santé inclue, outre les ministères en charge de la santé, du développement social et du genre et leurs partenaires techniques et financiers, des acteurs non étatiques ou sociaux, telle que l'Association Malienne de lutte contre les maladies cancéreuses (ALMAC). Engagée aux côtés des autorités administratives locales, l'ALMAC participe, depuis 2010, à la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le cancer à Bamako.

### **2.2.1. Une association pionnière en matière de lutte contre les cancers féminins**

Selon les données du registre des cancers de 2010, les femmes représentaient plus de la moitié des personnes atteintes par le cancer au Mali, soit 51% des cas contre 49% pour les hommes. Les cancers les plus fréquents chez les femmes maliennes étaient, par ordre d'importance, les

cancers du col de l'utérus, du sein, de l'estomac, du foie, du côlon et du rectum qui figurent également parmi les plus meurtriers du pays. Une étude plus récente a révélé que sur 14 945 cas de cancer diagnostiqués dans le District de Bamako au cours de la période 2008-2017, 8874 cas l'ont été chez les femmes, soit 5,3% du total (M. Doumbia, 2019 : 25).

Face à ce fléau, si le Gouvernement du Mali a adopté en 2009 une politique nationale de lutte contre le cancer. Mais les premières mobilisations sociales contre la maladie, avaient déjà débuté en 2000, avec à l'origine un petit groupe de femmes malades résidant à Bamako qui ont pris l'initiative de mettre en place une structure leur permettant de lutter contre le cancer en général, et le cancer du sein en particulier (Oukoumbo-Ve-Mytoulou Austin-Charlène, 2010). L'organisation mise en place prend le nom de l'Association Malienne de Lutte contre les Maladies Cancéreuses (ALMAC), son objectif premier étant de contribuer à une meilleure prise en charge des femmes atteintes de cancer. Une mission qui, aux dires des initiatrices, étaient devenue nécessaire en raison du contexte particulièrement difficile de l'époque où « *il n'y avait pas encore de spécialiste. Et la plupart des gens qui en souffraient mourraient. Il était très difficile d'avoir les médicaments, surtout pour les personnes pauvres comme moi (...)* On n'avait pas encore la gratuité de la chimiothérapie comme maintenant. C'est compte tenu de toutes ces difficultés que les malades rencontraient pour se faire traiter au Mali, que nous avons eu l'idée de mettre sur pied une association pour venir en aide aux femmes qui n'avaient pas les moyens d'accéder aux soins » (Présidente de l'ALMAC).

Depuis, l'association n'a cessé de s'investir dans la recherche de solutions permettant d'améliorer le sort des femmes souffrant du cancer. Son engagement à ce niveau lui a valu d'être reconnue au Mali et à l'international comme un des acteurs de premier plan en matière d'information, de sensibilisation et d'aide à la prise en charge des cancers féminins à Bamako.

### **2.2.2. Un acteur reconnu mais non impliqué**

La reconnaissance de l'ALMAC comme acteur de la lutte contre le cancer au Mali a été actée par la signature, entre l'association et l'État, de l'accord cadre N°001 164 du 23 juin 2010 qui lui confère le statut de partenaire officiel de l'Etat dans la mise en œuvre des politiques et plans nationaux de développement sanitaires et sociaux. Au regard de la situation actuelle de gouvernance de la santé à Bamako, la participation de l'ALMAC à la mise en œuvre de la

politique nationale de lutte contre le cancer ne se traduit pas une implication réelle dans la gouvernance de la lutte contre le cancer. Elle reste surtout limitée à l'accompagnement et à l'intermédiation entre les partenaires extérieurs et les acteurs étatiques.

### ***Accompagner sans prendre part aux prises de décisions***

Conformément à l'un des objectifs visés par la politique nationale de lutte contre le cancer au Mali, consistant à *renforcer le partenariat entre l'Etat, les collectivités territoriales, les privés, la société civile (Associations, ONG), les partenaires techniques et financiers à différents niveaux*, l'ALMAC a été, dès le départ, associée à l'élaboration de ladite politique à travers sa participation à l'atelier de validation qui a eu lieu en 2009. Depuis lors, elle est invitée chaque année par les autorités sanitaires de Bamako à se joindre aux autres acteurs pour mener des activités d'information, de sensibilisation et de dépistage dans le cadre de la célébration de la journée mondiale de lutte contre le cancer. Dans ce cadre, elle reçoit ponctuellement quelques appuis financiers de la part des directions régionales en charge de la santé et du développement social et de la mairie de la commune IV du District de Bamako.

Cependant, la participation de l'ALMAC à la gouvernance de la santé à Bamako ne va pas plus loin. Des activités comme la prise en charge des aspects psychosociaux des cancers, l'éducation thérapeutique, ou encore les décisions portant sur l'organisation de l'offre territoriale des soins anticancéreux ou l'inscription des anticancéreux sur la liste des Médicaments Essentiels (ME), etc., qui participent aussi de la lutte contre le cancer, apparaissent, ici, comme des domaines réservés aux seuls médecins qui ne voient pas, disent-ils « *comment des associations peuvent intervenir sur ces questions-là qui demandent cas même des connaissances particulières qu'elles ne détiennent pas* » (Médecin hospitalier, Bamako).

Cette non reconnaissance de la légitimité de l'ALMAC se trouve, par ailleurs, être renforcée par le manque de collaboration entre l'association et les mairies qui n'interviennent quasiment pas dans la lutte contre le cancer à Bamako : « *Nous, en tant qu'élus locaux, la santé relève, bien entendu, de nos domaines de compétences. Et quand nous intervenons dans ce domaine, nous le faisons toujours en partenariat avec les tous acteurs concernés, des services déconcentrés de l'État aux partenaires techniques et financiers, à la société civile locale, etc. Mais, j'avoue, sur le cas spécifique de la lutte contre le cancer, et ça fait pratiquement dix ans*

*que je suis à la mairie ici, je n'ai pas souvenir qu'on ait mené quelques activités ou démarches dans ce cadre-là » (Élu local, Commune IV, Bamako).*

Ainsi, face à l'autorité intellectuelle des uns (médecins) et à la non-participation des autres (élus locaux), le rôle de l'ALMAC dans la lutte contre le cancer reste globalement limité à l'information et à la sensibilisation des populations féminines de Bamako et environs. Sans s'en contenter, l'ALMAC tente, toutefois, de développer, non sans difficultés, des stratégies pour davantage justifier son utilité sociale au bénéfice des femmes malades du cancer.

### ***Intermédiation entre donateurs extérieurs et structures de soins anticancéreux***

S'il y a une stratégie qui a, malgré tout, permis à l'ALMAC de contribuer activement à la lutte contre les cancers féminins, c'est bien les partenariats qu'elle noue avec des organisations de solidarité internationale, notamment françaises, telles que l'Association Ségou-Breizh de la Roche-Maurice, l'Association Angers Jumelages (AAJ), la Ligue Départementale Contre le Cancer d'Angers et l'Association des Professionnels de Santé de la région de Landerneau. Grâce à ces partenariats, l'ALMAC contribue à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des cancers féminins à Bamako à travers des dons de matériels, de médicaments anticancéreux et des missions de formations au profit des femmes et du personnel soignant des services hospitaliers de soins anticancéreux de Bamako. C'est ainsi qu'en 2006, l'AAJ a conduit à l'Hôpital « Mère-Enfant » de la Fondation pour l'Enfance à Bamako, une mission chirurgicale axée sur le dépistage et le traitement des cancers du sein. Au cours de la même année, l'ALMAC a demandé et obtenu grâce au partenariat Angers/Bamako (deux villes jumelées) un centre de mammographie qui a été installé au centre de référence de la commune I du District de Bamako. En 2008, est intervenu le jumelage entre la Ligue Départementale Contre le Cancer d'Angers, en France et l'ALMAC au Mali, suivi en 2010 d'un deuxième jumelage avec la Ligue Contre le Cancer. Depuis 2011, la commission féminine de l'AAJ, en partenariat avec l'ALMAC, intervient dans la sensibilisation des femmes maliennes contre les risques du cancer du sein à travers des dons d'appareils de mammographie et l'organisation de sessions de formation à distance au profit des médecins et des manipulateurs de radiologie de l'hôpital du Point G, avec le concours des professionnels du Centre Paul Papin en France, spécialisé dans la prévention et le traitement des cancers.

Autant de contributions, donc, qui restent nécessaires et utiles pour lutter efficacement contre le cancer au Mali, mais non suffisantes pour permettre à l'ALMAC de jouer pleinement et durablement son rôle dans la lutte contre les cancers féminins.

### ***La médiation pour les femmes atteintes de cancer : une fonction en souffrance***

Au-delà du désordre biologique qu'elle crée, la survenue du cancer chez les femmes à Bamako entraîne des conséquences psycho-sociales souvent dévastatrices pour elles, ainsi que le révèlent ces propos de la présidente de l'ALMAC : « *Nous avons eu ici les cas de deux femmes qui souffraient de cancer du col de l'utérus. Elles sont venues nous voir pour qu'on les aide. Mais malheureusement nous n'avons pas pu faire grand-chose. Il y avait une dont le mari, une fois qu'il a appris que sa femme faisait un cancer du col, au lieu de la soutenir, a préféré prendre ses distances et l'abandonner à son sort, et a fini par prendre une seconde épouse. Et l'autre, son mari l'avait renvoyée chez ses parents quand la maladie s'était déclarée. Elle est même décédée pendant qu'elle était encore chez ses parents* ». Devant ces souffrances humaines qui nécessitent une prise en charge psycho-sociale et politique, l'ALMAC est quasiment dépourvue de ressources et de compétences lui permettant d'apporter une réponse. Face à ces détresses féminines, l'ALMAC doit renforcer ses capacités organisationnelles et d'intervention en intégrant la fonction de médiation, c'est-à-dire la capacité à porter les besoins des membres et leur satisfaction, essentielle pour toute association intervenant dans le champ de l'aide sociale (Robert Lafore, 2010).

### **3. Discussion**

Les limites ou insuffisances qui marquent encore le processus de démocratisation au Mali ont été plus ou moins signalées dans de nombreux travaux portant sur la décentralisation et la gouvernance de la santé au Mali.

Dans un article publié en 1997, Bréhima Kassibo notait déjà le déficit démocratique qui marque le processus de décentralisation au Mali. Pour lui, le succès de la décentralisation dépendra de l'élargissement de l'espace d'expression démocratique qui nécessite la participation de tous à travers le dialogue et le débat. Car s'il y a un problème réel au niveau de la décentralisation, c'est bien le déficit d'information des populations sur le sens réel du processus. Ces problèmes de communication ont également été abordés par Bréhima Bérédogo (1997) qui constate, de

son côté, que le message des initiateurs du processus de décentralisation ne semble pas être parvenu correctement aux populations. L'information, ayant été partielle et partielle, n'a pas atteint toutes les couches sociales, notamment les « cadets sociaux » que représentent les femmes et les enfants dans la société malienne.

Dans la même veine, Laurence Touré (2011), dans un rapport sur *la gouvernance de la santé à Sikasso* (5<sup>ème</sup> région du Mali), s'est interrogée sur la possibilité d'une coproduction de services publics de santé dans le système de gouvernance de cette ville. L'analyse des données recueillies sur son terrain de recherche, l'a amenée à constater que le système de gouvernance de la santé à Sikasso repose plutôt sur une logique de *cohabitation* et non de *collaboration*, perceptible à travers l'action de ceux qu'elle appelle les « acteurs de l'ombre » (Etat, Partenaires techniques et financiers), qui viserait à éliminer un acteur gênant, potentiellement tout puissant, à savoir les usagers/citoyens. La même année, la Banque Mondiale, dans une étude portant sur le secteur privé (commercial, associatif et communautaire) de la santé au Mali, relevait, de son côté, à propos du secteur privé commercial, que malgré l'association de ce secteur à la gouvernance du système de santé, celui-ci restait encore le fruit d'un choix sous contrainte et d'un renoncement de l'État à rester l'opérateur unique de la santé au Mali et que les circonstances de sa création pèsent encore aujourd'hui dans les représentations collectives sur la légitimité de ce secteur (Banque Mondiale, 2011 :24).

De ce point de vue, la gouvernance urbaine de la santé au Mali apparaît comme une gouvernance qui reste encore à *partager* dans la mesure elle repose sur une participation plutôt formelle des acteurs non étatiques, sans un réel pouvoir de négociation ni de décision. A cet égard, l'accroissement des maladies non transmissibles et la mobilisation sociale qui s'en est suivie, viennent rappeler la nécessité d'instaurer une gouvernance urbaine de la santé plus inclusive qui puisse permettre l'expression et la prise en compte des préoccupations des associations engagées dans la lutte contre ces maladies. Autrement dit, il s'agit de renouer avec les principes et les pratiques d'une bonne gouvernance urbaine qui, selon l'OMS (2010), un des éléments essentiels du bon fonctionnement d'un système de santé. Car elle contribue à réduire les inégalités sociales et spatiales de santé dans les villes et favorise le développement et l'autonomisation de la population. (OMS, ONU-HABITAT, 2012 :73-81).

## **Conclusion**

**Abdoul Karim**

L'analyse du rôle et des modalités de participation de l'ALMAC dans la mise en œuvre de la politique nationale de lutte contre le cancer à Bamako montre que le niveau d'implication des acteurs non étatiques dans la gouvernance urbaine de la santé au Mali reste encore faible. Pour l'ALMAC, cette situation s'explique par les insuffisances liées, d'une part, aux processus de décentralisation administrative et sectorielle et à la non reconnaissance de sa légitimité par les acteurs étatiques (médecins, élus locaux), et à l'incapacité de l'ALMAC, elle-même, à fonctionner en tant qu'association de défense, de protection et de promotion des droits des femmes atteintes de cancer, d'autre part. Elle révèle ainsi la nécessité d'un relèvement de leur niveau d'implication des acteurs non étatiques par le renforcement des capacités organisationnelles et d'intervention.

En ce qui concerne le cas spécifique de l'ALMAC, l'acquisition de la légitimité sociale, politique et technique nécessaire à une participation effective et efficiente à la gouvernance de la santé à Bamako, dépendra de la capacité de l'association à relever un triple défi, à savoir :

- Être informée des enjeux réels de la gouvernance au niveau local ;
- Développer ses capacités organisationnelles et d'intervention autour d'une compétence technique, comme l'éducation thérapeutique par exemple ;
- Et Inscrire son action dans le mouvement global de défense, de protection et de promotion des droits des femmes, en concertation avec les organisations féminines et le ministère en charge du genre.

Pour ce faire, l'appui de l'État et ses partenaires de développement reste crucial.

### **Bibliographie**

Banque Mondiale, 1989, *L'Afrique sub-saharienne. De la crise à une croissance durable. Étude de prospective à long terme*, Washington ;

Béridogo Bréhima. 1997, « Le processus de décentralisation au Mali et couches sociales marginalisées »; *Bulletin de l'APAD* (En ligne), 14/1997 ; (<http://apad.revues.org/581>); consulté le 17 septembre 2021.

Blundo Gorgio, 2002 : « Editorial », *Bulletin de l'APAD* (En ligne), 23-24/2002, (<http://apad.revues.org/129>), consulté le 11 septembre 2021.

Chappoz Yves & Pupion Pierre-Charles, 2012, « Le New Public Management », Gestion et management public Vol. 1, Numéro 2 ;

Cissoko Kama & Toure Ramatou, 2005), « Participation des acteurs sociaux et gouvernance d'État. Le cas du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté au Mali », *Politique africaine* 2005/3 (N° 99), p. 142-154.

Décret n° 01-115/PM-RM du 27 février 2001 portant création des organes d'orientation, de coordination et d'évaluation du Programme de développement sanitaire et social ;

Décrets n° 02-314/P-RM du 04 juin 2002 fixant les détails des compétences transférées de l'État aux collectivités territoriales des niveaux « Comme » et « cercle » en matière de santé ;

Décret n° 2012-082/P-RM du 08 février 2012 fixant les détails des compétences transférées de l'État aux collectivités territoriales en matière de développement social, de protection sociale et d'économie solidaire ;

Décret n°2015 – 0506 /P-RM du 27 juillet 2015 fixant le détail des compétences transférées de l'État aux collectivités territoriales dans le domaine de la protection et de la promotion de la femme, de l'enfant et de la famille ;

Doumbia Adjaratou, 2019, *Les cancers chez la femme dans le District de Bamako de 2008 à 2017 : données du registre des cancers du Mali*, Thèse d'exercice de médecine générale, Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako, Faculté de médecine et d'odontostomatologie.

Egoumé Philippe, 2011, *Bonne gouvernance et croissance économique*, Côte d'Ivoire ;

Kassibo Bréhima., 1997, « La Décentralisation au Mali : Etat des lieux » ; *Bulletin de l'APAD* (En ligne), 14/1997, (<http://apad.revues.org/579>); consulté le 17 septembre 2021.

Lafore Robert, 2010, « Le rôle des associations dans la mise en œuvre des politiques d'action sociale », *Informations sociales* 2010/6 (n°152), p. 64-71 ;

Loi n°93-008 du 11 février 1993 déterminant les conditions de libre administration des collectivités territoriales et ses textes modificatifs ;

Loi n°96-025 du 21 février 1996 portant statut particulier du District de Bamako ;

**Abdoul Karim**

Loi n°99-035 du 10 août 1999 portant création des collectivités territoriales de cercles et de régions ;

Lamiau Mathieux, Rouzaud François, Woods Wendy, 2011, *Étude sur le secteur privé de la santé au Mali. La situation après l'initiative de Bamako*. Document de travail de la Banque Mondiale N°211 ;

Meynet Cécilia, 2005, *Quelle gouvernance urbaine locale au Mali ? : Territoires et dynamiques sociales à partir de l'assainissement à Mopti, Ségou, Kayes*, Aix-Marseille 1.

OMS, 2010, *Éléments essentiels au bon fonctionnement d'un système de santé* ;

OMS, ONU-HABITAT, 2012, « Vaincre les inégalités en santé en milieu urbain » dans OMS, ONU-HABITAT : *La face cachée des villes : mettre au jour et vaincre les inégalités en santé en milieu urbain* (partie trois), p.p. 71-89 ;

Osmont Annick, 1995, *La Banque mondiale et les villes. Du développement à l'ajustement*, Karthala, Paris, 309 pages.

Oukoumbo-Ve-Mytoulou Austin-Charlène, 2010, *Problématique de l'accessibilité à la prise en charge médicale du cancer de l'adulte au Mali* ; Thèse de médecine, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie ; Université des Sciences, des Techniques et des Technologie de Bamako ;

Programme de Développement Sanitaire et Social III, version finale, 2013 ;

Politique Nationale Genre (PNG) du Mali (2011) ;

Politique Nationale de Lutte contre le Cancer au Mali ;

Registre des cancers du Mali, édition 2010 ;

Touré Laurence, avec la participation de Sanogo Y T, 2011, « La gouvernance de la santé dans la région de Sikasso », Rapport du Programme *L'État local, la gouvernance quotidienne et les réformes du service public*, DDC ;

UNDP, 1997, *Governance for sustainable human development*. New York: UNDP Policy Document.