

ad11 avril 2012

Note d'information établie sur des bases factuelles

Améliorer la gouvernance en vue du développement du district de santé au Cameroun

+ Comprend notamment:

- Description d'un problème du système de santé
- Options viables en vue de la résolution du problème
- Stratégies de mise en œuvre de ces options

✗ N'en font pas partie: Recommendations

La présente note d'information ne fait pas de recommandations quant au choix de l'option stratégique

Who is this policy brief for?

Policymakers, their support staff, and other stakeholders with an interest in the problem addressed by this policy brief

Why was this policy brief prepared?

To inform deliberations about health policies and programmes by summarising the best available evidence about the problem and viable solutions

What is an evidence-based policy brief?

Evidence-based policy briefs bring together global research evidence (from systematic reviews*) and local evidence to inform deliberations about health policies and programmes

***Systematic review:** A summary of studies addressing a clearly formulated question that uses systematic and explicit methods to identify, select, and critically appraise the relevant research, and to collect and analyse data from this research

Auteurs

Robert Marie Mba, PhD, Sociologue
Chercheur, Centre pour le développement des bonnes pratiques en santé
Hôpital central - Yaoundé, Cameroun
Email: robertmariemba@yahoo.fr

Dr Pierre Ongolo-Zogo, MD, MSc
Chef du Centre pour le développement des bonnes pratiques en santé
Hôpital central - Yaoundé, Cameroun
Email: pc.ongolo@gmail.com

Adresse pour le courrier

A confirmer

Processus interne d'examen du mérite

La présente note d'information a été révisée par l'équipe de recherche du Centre pour le développement des bonnes pratiques en santé:
Dr David Yondo, Dr Marie Josée Essi et Mme Cécile Renée Bonono-Momnougui.

Conflits d'intérêts

Aucun

Remerciements

Global Health Research Initiative- International Development Research Centre – Ottawa, Canada
Le projet SURE

Références suggérées

A confirmer



SURE – Appuyer l'utilisation des bases factuelles de la recherche (SURE) dans la stratégie des systèmes de santé en Afrique – est un projet concerté qui se fonde sur et vient en appui au Réseau **EVIPNet** en Afrique ainsi qu'à l'Initiative stratégique **REACH** relative à la santé communautaire en Afrique de l'Est. SURE est financé par le 7ème programme-cadre de la Commission Européenne.

www.evipnet.org/sure



Le Centre pour le développement des bonnes pratiques en santé (CDBPS) est une cellule de recherche créée en 2008 au sein de l'Hôpital central de Yaoundé. Il vise à promouvoir la traduction et les échanges des connaissances en vue d'améliorer la santé en Afrique. Le CDBPS est une cellule de jumelage de connaissances mise en place dans le but de permettre aux chercheurs médicaux de collaborer avec les décideurs. Cette initiative vise à aider les chercheurs en collectant, synthétisant, reconditionnant et communiquant les bases factuelles pertinentes en des termes conviviaux, que tous les intervenants à divers niveaux peuvent comprendre et utiliser effectivement. Le CDBPS se propose également de soutenir les décideurs en offrant des opportunités de renforcement des capacités, en mettant à leur disposition des sommaires de bases factuelles et en identifiant les besoins ainsi que les lacunes des bases factuelles dans la pratique.



Le Réseau **EVIPNet** favorise l'utilisation des résultats de la recherche sur la santé dans la formulation des politiques. En s'intéressant davantage aux pays à revenus faibles et moyens, EVIPNet favorise – au niveau local - les partenariats entre les décideurs, les chercheurs et la société civile dans le but de faciliter le développement et la mise en œuvre des stratégies par l'utilisation des meilleures bases factuelles scientifiques disponibles.

www.evipnet.org

Idées-clés

Le problème

- Lors de l'évaluation à mi-parcours de la Stratégie du secteur de la santé (SSS) pour 2001-2010, les parties prenantes ont exprimé leur insatisfaction et identifié la mauvaise gouvernance et le faible développement des districts de santé comme étant les principales raisons de l'incapacité du Cameroun à atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé.
- Les facteurs sous-jacents incluent entre autres l'incapacité à mettre effectivement en œuvre la réforme, l'absence de normes et procédures opérationnelles pour les structures de dialogue, les services de santé et les hôpitaux, une piètre connaissance du cadre juridique et réglementaire en vigueur mais aussi l'absence de personnes qualifiées au sein des équipes cadres de districts et les composantes de la collectivité pour conduire la réforme de la décentralisation de la santé.
- Les mécanismes et les outils devant garantir un usage approprié des informations pour la planification, la participation communautaire appropriée ainsi que la transparence et la responsabilité parmi les acteurs du district, se sont avérés plutôt médiocres.
- Les mesures incitatives, les ressources et les compétences ont été insuffisantes pour la mise en œuvre et la réalisation des principes de gouvernance participative intégrées dans la politique sanitaire nationale.

Options stratégiques

- Option 1 : l'engagement proactif de la communauté pour améliorer la gouvernance participative dans les districts par le renforcement des capacités des acteurs au niveau du district et la préservation d'un environnement favorable à des processus participatifs solides, une plus grande responsabilisation et la prise de décision éclairée par les bases factuelles.
- Option 2 : renforcer les capacités de leadership et managériales dans les services de santé de district.
- Option 3 : actualiser le cadre réglementaire de la gouvernance du district de santé grâce à une approche participative. afin d'harmoniser les cadres divergents actuels.

Considérations relatives à la mise en œuvre

- Les obstacles comprennent notamment: une volonté politique et administrative incertaine, un manque de compétences appropriées, une rareté des ressources financières, des systèmes d'information sanitaire défectueux, un état de pauvreté généralisé et un système national inadapté pour l'application des lois et directives ainsi que la résistance au changement de certains acteurs.
- Une approche en cascade du renforcement des capacités des équipes de santé régionales et de district, des autorités municipales et des communautés dans les domaines du leadership, de la gestion, de la responsabilité peut s'avérer efficace.
- Les approches participatives de planification, éducation et formation, budgétisation, suivi et évaluation peuvent faire prendre conscience aux intervenants au niveau du district et promouvoir la capacité à agir et la responsabilité des citoyens et des autorités administratives. Ces stratégies incluent la consultation locale, les groupes de dialogue, l'action collective, la formation au plaidoyer et au leadership, le développement organisationnel et la passation du pouvoir aux participants.
- Les stratégies de plaidoyer orientées vers les autorités municipales peuvent contribuer à la mobilisation des ressources financières additionnelles pour la santé. Par exemple, les campagnes polyvalentes d'information éducation communication peuvent aider à mieux prendre conscience du développement et de la gouvernance des questions de santé tout en sensibilisant les citoyens et les parties prenantes.
- La rareté et la médiocre qualité des bases factuelles relatives aux interventions et stratégies suggérées ci-dessus, signifient qu'il faudra mettre en place un cadre efficace de suivi et d'évaluation dans chaque district.

Résumé d'orientation

Le problème

Au début de la décennie 90, le Cameroun a mis en œuvre un système de santé décentralisé conformément aux cadres de district de santé et de soins de santé primaires recommandés par le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (Bureau AFRO de l'OMS). Des structures de dialogue communautaire avaient été mises en place en tant qu'instances dirigeantes, dans le but d'améliorer la réceptivité et l'équité, mais également favoriser la participation dans le financement et la gestion du système de district de santé. Cette gouvernance participative se proposait d'approfondir la perception des intervenants, les rendre plus responsables et renforcer les systèmes de santé de district afin d'améliorer l'état de santé général des populations.

Lors de l'évaluation à mi-parcours de la Stratégie du secteur de la santé (SSS) pour 2001-2010, les parties prenantes ont exprimé leur insatisfaction et identifié la mauvaise gouvernance et le faible développement des districts de santé comme étant les principales raisons de l'incapacité du Cameroun à atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) liés à la santé. Plusieurs facteurs sous-jacents ont été identifiés s'agissant de l'incapacité à mettre effectivement en œuvre les réformes décentralisées requises, et des recommandations ont été faites en vue d'améliorer la gouvernance du district de santé en tant que priorité majeure de la SSS révisée pour la période 2001-2015. Le Secrétariat technique du Comité de direction et de suivi pour la mise en œuvre de la SSS a demandé au Centre pour le développement des bonnes pratiques en santé de récapituler les bases factuelles disponibles.

L'évaluation de l'amélioration de la qualité du système (SQI) réalisée au Cameroun en 2007 a révélé de nombreuses caractéristiques de la mauvaise gouvernance et d'un développement insuffisant du district de santé. Dans presque tous les districts évalués, le domaine de la gouvernance a enregistré les notes les plus faibles ; les fonds d'actions destinés à appuyer les soins aux personnes démunies ont été inopérants dans plusieurs districts ; et moins de 20% des 174 districts ont prévu des mesures incitatives pour instaurer la bonne gouvernance et l'éthique, un plus ferme engagement des communautés, un suivi-évaluation participatif ou la promotion de mutuelles de santé comme moyen de réduire les paiements en espèces. La mauvaise gouvernance et une gestion impropre signifient que lors de l'évaluation SQI, plusieurs districts n'ont pas pu présenter de carte sanitaire actualisée, ni de données sur l'utilisation des services ou des détails relatifs aux ressources financières. Il a été signalé que les conflits d'intérêts non déclarés ont un impact négatif sur la qualité des débats au sein des instances dirigeantes. En dépit des dispositions réglementaires pour fixer les primes du personnel hospitalier proportionnellement aux recettes locales, le personnel est souvent frustré par le manque de transparence des mécanismes de répartition des bénéfices.

L'actuel cadre juridique et réglementaire de la santé au Cameroun comprend plus d'une douzaine de lois, décrets, arrêtés et circulaires ministériels. Les parties concernées comprennent les autorités administratives locales, les municipalités, les prestataires publics et privés de soins et de services de santé, ainsi que divers autres acteurs de la communauté. Les représentants des communautés président dans leurs juridictions respectives, les instances dirigeantes chargées de valider la mise en place, la budgétisation, la planification et la supervision des activités de santé dans leurs territoires.

Toutefois, l'absence de connaissances dans le domaine de la planification et de la gestion sanitaires ; une légitimité et représentativité à peine acceptables et le fait de ne pas assurer une large et opportune diffusion des documents stratégiques sont des facteurs qui empêchent les représentants de la communauté d'apporter une contribution efficace. Les principaux intervenants – par exemple, les associations des femmes, les prestataires privés de soins de santé et les leaders d'opinions locaux – ne sont pas effectivement intégrés dans les instances dirigeantes. De même, peu de municipalités reconnaissent la santé comme un investissement prioritaire. La déplorable gestion des systèmes d'information sanitaire empêche l'accès opportun à des données exactes sur les besoins sanitaires, les déterminants de la santé ou le déploiement des ressources. L'étude a également révélé que les équipes de gestion de district ne disposent pas de l'expertise et des compétences nécessaires dans le domaine

de la gestion des services sanitaires. Plusieurs professionnels de la santé ont reconnu ces lacunes ainsi que leur propre malaise face aux exigences des procédures de la gouvernance participative et de la responsabilité sociale.

La commercialisation des activités du secteur de la santé constitue une menace pour le rôle de régisseur joué par l'Etat au niveau périphérique, parce que les services des districts de santé fonctionnent actuellement comme des prestataires de services et aussi comme autorités régulatrices. Les instances dirigeantes des districts ne jouent pas bien leur rôle de maîtres d'œuvre des stratégies sanitaires en vue de la mise en place de services de santé plus équitables et adaptés. Cela est dû à un médiocre sens de responsabilité des intervenants, au manque de moyens pour faire appliquer la législation et les sanctions, l'existence de règlements désuets et une prise en compte déficiente des intérêts du public. Ces lacunes sont mentionnées dans une étude de Transparency International, qui montre qu'en 2006, le secteur de la santé a occupé le 9ème rang parmi les secteurs les plus corrompus au Cameroun.

Ces infractions aux pratiques de la gouvernance sanitaire au Cameroun ont trait à ce que Lewis et Petterson (document de travail de la Banque Mondiale) –dans leur modèle de gouvernance du secteur de la santé- ont qualifié d'absence de normes, de compétences inappropriées ainsi que de processus et mécanismes insuffisants pour garantir la responsabilité. De même, ces infractions ont trait à ce que Siddiqi et al pourraient décrire comme une absence de mécanismes réglementaires et administratifs, ainsi que de ressources suffisantes pour traduire ces principes dans la pratique. Le cadre réglementaire du Cameroun renferme des données obsolètes, incomplètes et même contradictoires – lacunes qui transparaissent également dans des études qualitatives de la santé effectuées dans d'autres contextes africains. Les facteurs structurels qui sous-tendent ces situations englobent les facteurs formels, les contextes politiques et les causes techniques ; tandis que les facteurs connexes comprennent les attitudes et aptitudes des intervenants, le flux de communications et d'informations, les modalités d'engagement de la communauté, ainsi que les mesures incitatives en vue d'un fonctionnement efficace. Pour d'autres auteurs, les facteurs proximaux sont la confiance, les motivations, les capacités des intervenants, les organismes communautaires, les mécanismes de fonctionnement et les systèmes de santé tandis que les facteurs sous-jacents sont les opinions de la communauté, les documents stratégiques et les mandats politiques, ainsi que les cadres juridiques, idéologiques et politiques.

En bref, la mauvaise gouvernance dans les districts de santé du Cameroun provient de l'absence de procédures opérationnelles cohérentes pour les instances dirigeantes, les services de santé et les hôpitaux ainsi que d'une piètre connaissance des structures juridiques et réglementaires en vigueur. D'autre part, les équipes de gestion de district et les membres de la collectivité ne disposent pas d'individus suffisamment qualifiés pour conduire la réforme de la décentralisation de la santé. Les mécanismes et les outils devant garantir un usage approprié des informations dans le processus de planification, afin de garantir une participation effective, renforcer la transparence et la responsabilité au niveau des districts, sont plutôt inadaptés. Les mesures incitatives et les ressources pour la mise en œuvre de la gouvernance participative prônée par la politique sanitaire nationale sont insuffisantes et on déplore le manque de compétences.

Options stratégiques

Option I : engagement proactif de la communauté pour améliorer la gouvernance participative dans les districts de santé

L'engagement communautaire entre les agents publics et les collectivités est un processus bilatéral de partage et d'échange d'informations, d'acceptation de points de vue différents, d'écoute et de réaction aux suggestions, et de renforcement de la confiance et du dialogue pour appuyer des relations de travail et de collaboration efficaces au profit de toutes les parties concernées. L'engagement de la communauté a pour objectif de la rendre autonome. L'analyse des études qualificatives suggèrent que les initiatives dont l'objectif est de rendre la communauté plus autonome doivent tout mettre en œuvre pour soutenir un « cercle vertueux » de renforcement des capacités de la collectivité, contribuer à l'amélioration de l'organisation et de la responsabilité au sein de la communauté ainsi que de la réflexion stratégique au niveau local. De telles initiatives doivent introduire des changements dans les comportements, la bureaucratie, les modèles d'apprentissage, la résolution de problèmes et les actions

entreprises au sein des parties concernées dans le but d'améliorer la planification participative, la transparence et la responsabilité.

Ces interventions peuvent inclure notamment : i) la formation des équipes de districts de santé afin de promouvoir et d'appuyer l'engagement de la communauté, renforcer la participation des citoyens, établir des canaux de communication transparents et ouverts et appuyer l'évaluation des besoins et la résolution des problèmes de la communauté ; ii) le renforcement des capacités et la sensibilisation des principaux intervenants de la communauté en ce qui concerne les sujets relatifs à la santé, à l'instar de la décentralisation, la gouvernance, la planification, le suivi-évaluation, la promotion de la santé et l'organisation de réunions ; et iii) l'appui à la mise en place d'un environnement administratif et réglementaire qui favorise la contribution, la représentation, la consultation et l'implication de la communauté, les opportunités de collaboration avec les équipes de gestion de districts ainsi que le renforcement des capacités institutionnelles et financières des organisations locales. Les stratégies fructueuses sont basées sur et renforcent une véritable participation en vue de garantir l'indépendance dans la prise de décisions, un sens communautaire et la création de liens locaux ainsi que l'autonomisation psychologique des intervenants.

L'engagement de la communauté peut éventuellement améliorer la réceptivité, l'effectivité et l'efficacité des services de santé. L'amélioration des performances des instances dirigeantes du district peut avoir un impact positif sur l'équité en matière de santé et améliorer l'accès ainsi que la consommation des services et soins de santé primaires. Elle peut en outre contribuer à renforcer la transparence grâce à des processus de prise de décisions plus explicites et mieux éclairés. Une meilleure définition des rôles peut également permettre d'assurer un meilleur suivi et par conséquent, de renforcer la responsabilité. Il a été démontré par exemple, que la mobilisation de la communauté améliore les performances de la santé maternelle et infantile en doublant le taux de naissances assistées par un personnel qualifié, tout en réduisant le taux de mortalité néonatale d'un tiers.

En dépit de ces avantages, il y a le risque de considérer l'engagement de la communauté comme une approche manipulatrice ou de pure forme. Certains peuvent par exemple le considérer comme un comportement utilitariste – on peut par exemple estimer que c'est un moyen de garantir l'efficacité du programme plutôt que comme un véritable engagement. Par contre, cette approche peut engendrer de la frustration parmi les représentants de la communauté lorsque certains de leurs choix ne sont pas entérinés par les professionnels de la santé. L'engagement de la communauté peut être une tâche de longue haleine et un processus chronophage. Même lorsque les communautés apportent un ferme appui aux activités de renforcement des capacités, les équipes de gestion de district peuvent ne pas apprécier les changements proposés lors du processus d'engagement si ceux-ci modifient l'équilibre des pouvoirs ou exigent davantage de travail, d'investissement et de responsabilité sociale. Il peut s'avérer nécessaire d'utiliser des ressources financières limitées ou déjà affectées à d'autres fins pour couvrir les frais d'organisation de réunions, des ateliers de formation et de processus de consultation. On ne dispose actuellement d'aucune preuve de la rentabilité des stratégies d'engagement, et par conséquent, un cadre de suivi et d'évaluation est recommandé dans le but tirer des leçons des processus choisis.

Option 2 : renforcer les capacités de leadership et managériales dans les services des districts de santé.

Un bon leadership et une gestion adaptée au domaine de la santé impliquent que des orientations sont données, que l'engagement des partenaires et du personnel est acquis, les échanges facilités et les services plus performants grâce à un déploiement plus efficace, créatif et consciencieux du personnel et des ressources. Si les responsables établissent une vision stratégique et mobilisent les efforts en vue de l'atteinte des objectifs, les bons managers s'assurent que l'organisation et l'utilisation des ressources sont efficaces, et peuvent permettre d'obtenir de bons résultats et d'atteindre les objectifs spécifiés.

La deuxième option stratégique se propose donc de mettre sur pied un programme national visant à intégrer le développement des compétences en matière de leadership et de management, ainsi que l'application - au sein des services de santé de district de l'ensemble du territoire national - d'une approche managériale axée sur les résultats. De telles stratégies comprennent l'adaptation du programme leadership, management et viabilité (LMS) élaboré par Management Sciences for Health ;

l'organisation d'ateliers de formation et un programme d'encadrement ; et enfin la mise sur pied de mécanismes d'appui pour améliorer les pratiques managériales axées sur les résultats aux niveaux régional et du district.

Les évaluations du programme LMS ont abouti à la conclusion que les améliorations des services de santé sont liées aux progrès réalisés dans les domaines du leadership, du management et de la gouvernance. Avant et après les évaluations des programmes LMS sans groupes de contrôle, on a observé une amélioration du service et de la qualité des soins, mais il n'est pas certain qu'on puisse attribuer les effets observés aux seuls programmes LMS. Les ateliers de formation viennent plutôt perturber les activités habituelles du district de santé, puisqu'elles sont chronophages ou nécessitent des engagements à long terme. De même, si la majorité des professionnels de la santé et des membres de la communauté qui ont bénéficié des programmes LMS en sont satisfaits et ont intégré les principes appris dans leur travail quotidien, d'autres par contre sont frustrés du fait que les ressources locales disponibles sont insuffisantes pour apporter de véritables changements dans leur milieu de travail. D'autre part, on ne dispose pas de données suffisantes sur les coûts réels des stratégies LMS.

Option 3 : actualiser le cadre réglementaire de la gouvernance des districts de santé

Cette option comprend une approche participative de la révision et de l'harmonisation du cadre fragmenté afin d'établir des procédures opérationnelles normalisées (SOP) pour la gestion des ressources du district, le renforcement et la mesure de la responsabilité, la sélection et l'ouverture de la qualité de membre des instances dirigeantes aux ONG, OSC et des OAC. De telles modifications peuvent contribuer à instaurer des mécanismes et des instruments pour la planification participative, la budgétisation, le suivi-évaluation et améliorer la prise de décisions éclairées fondées sur des bases factuelles. Théoriquement, le nouveau cadre doit également clarifier les normes et procédures de l'engagement communautaire, plus particulièrement les processus de consultation, indiquer les voies et moyens d'accéder à l'information sanitaire, de combattre la corruption, gérer les conflits d'intérêts et définir les lignes de démarcation entre les conseils municipaux, les instances dirigeantes et les services décentralisés de l'administration sanitaire.

Le cadre réglementaire actualisé doit garantir la mise en œuvre totale des divers principes et domaines d'activité de la bonne gouvernance dans le secteur de la santé, tel qu'ébauché dans le tableau I [ci-dessous ?]. Les SOP destinées à mettre en œuvre la réforme de la décentralisation peuvent éventuellement réduire la corruption et faire en sorte que la performance du district de santé lui permette d'atteindre les OMD du Cameroun.

Si un nouveau cadre réglementaire peut apporter un nouvel élan pour soutenir la bonne gouvernance, il peut également être un élément perturbateur et exiger une longue période de transition. Cela peut donc temporairement avoir un impact négatif sur la performance de plusieurs districts. Un processus de révision et de changement est vulnérable face à la bureaucratie, les processus de consultation peuvent être lents et la mise en place de compétences peut s'avérer coûteuse. La publication et la diffusion des outils et instruments de travail, la formation pratique et l'aide à la supervision de la mise en œuvre peuvent également être onéreux.

Considérations relatives à la mise en œuvre

Option I

Obstacles : On peut y inclure une volonté politique et administrative insuffisante ou hésitante, la pauvreté généralisée, l'insuffisance des ressources financières publiques destinées à la santé ou la commercialisation du secteur de la santé, les bas salaires qui entraînent la faible motivation du personnel, les déséquilibres du pouvoir, les barrières politiques et les valeurs socioculturelles spécifiques qui peuvent empêcher que des individus travaillent ensemble ou interpellent l'administration locale. Au niveau organisationnel, les entraves peuvent inclure les approches verticales du haut vers le bas qui ignorent souvent l'apport local, les très longues procédures bureaucratiques pour mettre des réglementations en place ou faire appliquer la loi, la sélection inadéquate ou injuste des représentants de la communauté, des infrastructures managériales et organisationnelles peu adaptées ainsi que la rareté des ressources. Au niveau individuel, le progrès peut être limité par : les intérêts des parties prenantes

et la résistance au changement, le fait que les intervenants manquent de connaissances et de compétences sur la manière d'initier des processus transparents et équitables, l'élitisme ou le peu de connaissances que la population a du service de santé public, le coût élevé des services les plus demandés et le facteur temps qui est parfois dissuasif pour les membres de la communauté, l'hostilité des agents de santé envers les participants membres de la communauté et l'abus de pouvoir qui peut gêner l'implication dans la prise de décisions et la responsabilité.

Stratégies: Bien qu'il n'y ait pas de revue systématique des incidences, les revues des études qualitatives suggèrent que les stratégies respectueuses des cultures locales et des systèmes de connaissances indigènes sont les plus à même d'être efficaces, plus particulièrement si les représentants de la communauté sont choisis parmi les leaders d'opinion locaux et au sein des organismes existant – tels que les OAC, les ONG et les autorités locales, ou les réseaux communautaires et les territoires dont le découpage respecte les contextes historiques et les valeurs locales. Les approches participatives – comme par exemple le fait de se baser sur les processus locaux de consultation, l'action collective, la formation au plaidoyer et au leadership, le développement organisationnel et la passation du pouvoir aux participants – peuvent éventuellement induire la prise de conscience communautaire et contribuer au renforcement des capacités des citoyens et des autorités afin de les rendre plus responsables. Ces approches peuvent être appliquées à la planification, l'éducation et la formation, l'élaboration du budget, le suivi et l'évaluation. De solides stratégies de plaidoyer peuvent contribuer à la mobilisation des ressources financières. Les campagnes polyvalentes de la composante IEC peuvent effectivement contribuer à mieux prendre conscience du développement et de la gouvernance des questions de santé tout en sensibilisant les citoyens et les parties prenantes.

Option 2

Obstacles : L'adaptation, l'initiation et l'amélioration d'un programme exigent beaucoup de temps. La rareté des ressources humaines qualifiées et capables d'animer les ateliers de formation, d'encadrer et de superviser le programme de gestion axée sur les résultats peut aussi être un obstacle à la mise en œuvre du projet. Les ressources financières peuvent également handicaper l'organisation de séances de formation, les efforts d'amélioration d'un programme ou soutenir la mise en œuvre d'un changement à l'échelle du pays tout entier. Les acteurs peuvent opposer une résistance au changement ou ne pas disposer de compétences indispensables pour entreprendre les actions nécessaires et introduire des changements à la fin de leur formation.

Stratégies: Avec le concours des écoles de médecine et d'infirmiers, ou des ONG œuvrant dans le cadre du renforcement des capacités, il est possible de s'assurer que les outils LMS sont adaptés aux contextes locaux. Les approches verticales du renforcement des capacités peuvent éventuellement faciliter l'amélioration des programmes, tandis que la mobilisation des ressources d'un bout à l'autre de la pyramide sanitaire peut également contribuer à appuyer les programmes. Un bon cadre de suivi et d'évaluation peut permettre « d'apprendre par la pratique ». Les ateliers de formation conjoints et les programmes d'encadrement destinés aux professionnels de la santé et aux acteurs communautaires peuvent aussi faciliter le changement et la mise en œuvre du projet.

Option 3

Obstacles : La collaboration entre les ministères chargés de la santé, de la décentralisation, des finances et des réformes administratives peut être entravée par les problèmes de conflit d'autorité, la bureaucratie ou un manque de ressources et de compétences pour des approches consultatives et la prise de décisions éclairées. Certains acteurs peuvent tirer profit des mécanismes actuels et s'opposer donc à la réforme. Dans ces cas-là, le manque de compétences suffisantes dans le domaine coopératif ou le fait de ne pas être familiarisé à des approches particulières peuvent compromettre le processus.

Stratégies: Les approches participatives comprennent la mise sur pied d'une commission interministérielle pour revoir les processus nouveaux ou actualisés et l'organisation de réunions consultatives avec les principaux intervenants dans l'ensemble du secteur de la santé, afin d'évaluer la situation actuelle et suggérer des améliorations. Les deux approches sont à même de créer des conditions propices à une meilleure appropriation du nouveau cadre par les parties prenantes.

Tableau I. Mesures correctives du cadre actuel

| Principes et domaines | Actions nécessaires |
|--|---|
| Vision stratégique | Aucune action nécessaire |
| Participation et orientation par consensus | Établir des mécanismes administratifs équitables pour la sélection des représentants de la communauté (notamment les corps constitués de la communauté) lors des prises de décisions éclairées fondées sur des bases factuelles au sein des instances dirigeantes du district, mais également pour l'accès à l'information et la consultation démocratique des parties prenantes. |
| Règle de droit | Mettre des SOP sur pied en vue des inspections, de la supervision, des sanctions et des récompenses |
| Transparence | Créer des conditions propices à un libre accès à l'information sanitaire, y compris le suivi de la performance. Stipuler les conditions de gestion des conflits d'intérêts |
| Réceptivité | Fixer les conditions de la planification participative, du suivi et de l'évaluation, mais aussi pour une sélection équitable des interventions dans le respect des valeurs et des préférences des bénéficiaires |
| Équité et inclusion | Fournir des mécanismes administratifs permettant d'intégrer l'équité et l'impartialité lors de la sélection des représentants de la communauté, de consultations de la communauté, de l'affectation des ressources et de la sélection des interventions sanitaires |
| Efficacité et rendement | Établir des principes directeurs pour l'établissement de priorités, la planification et la gestion sur la base des données factuelles afin de garantir un bon usage des ressources dans un contexte de pénurie. |
| Responsabilité | Établir des SOP pour une définition claire des rôles, des charges et de la hiérarchie des responsabilités aussi bien au sein des instances dirigeantes du district que des équipes de gestion |
| Renseignements et informations | Établir des SOP pour la prise de décisions éclairées fondées sur des bases factuelles, les normes de collecte des données, l'analyse et le partage des informations |
| Ethique | Mettre sur pied un comité d'éthique professionnelle pour les fonctionnaires et les professionnels de la santé |