

Améliorer la gouvernance pour la viabilisation du district de santé au Cameroun

Résumé d'orientation

Cette note d'information stratégique a été rédigée par le Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS), une unité de recherche au sein du chapitre camerounais de l'initiative Evidence Informed Policy Networks (EVIPNet) de l'Organisation Mondiale de la Santé

14 March 2011

For Best Practices in Health

CDBPS-H

Pour des Bonnes Pratiques en Santé

Audience de la note d'information

Décideurs et gestionnaires, leurs collaborateurs et les personnes intéressées par l'objet de la note

Pourquoi cette note a-t-elle été rédigée?

Cette note d'information a été préparée pour fournir une synthèse des données probantes relatives au problème ainsi qu'aux options pour y faire face

! Cette note d'information comprend:

- Une description d'un problème du système de santé
- Des options viables pour résoudre ce problème
- Des considérations de mise en œuvre de ces options

X Cette note ne contient pas de recommandations

Rapport Scientifique:

Les données probantes résumées ici sont disponibles sous forme de rapport scientifique plus exhaustif

Qu'est-ce qu'une NIS?

La note synthétise les données probantes globales (issues des revues systématiques) et locales pour éclairer la prise de décision et les délibérations relatives aux politiques et programmes de santé

Qu'est-ce qu'une revue systématique ?

Un résumé d'études qui répond à une question clairement formulée et qui utilise des approches explicites et systématiques pour identifier, sélectionner et juger de manière critique les études pertinentes. Les données de différentes études sont extraites et peuvent être analysées ensemble grâce aux techniques de méta analyses.

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

Dr Pierre Ongolo-Zogo, B.P 5604 Yaoundé – Cameroun

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.Andy Oxman, Dr David Yondo, Pr Lucy Gilson, Pr Goran Tomson, Pr Nelson Sewankambo, Pr Sandy Oliver.

Conflits d'intérêts

Aucun

Remerciements

Global Health Research Initiative- International Development Research Centre – Ottawa, Canada
Projet SURE, Subvention de Recherche n° 222881 de l'Union Européenne

Références suggérées

Mba RM, Ongolo-Zogo P. (2011). Améliorer la gouvernance pour la viabilisation du district de santé au Cameroun. CDBPS



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

CDBPS - Le Centre pour le développement des bonnes pratiques en santé est une unité de recherche créée en 2008 au sein de l'Hôpital central de Yaoundé. Il vise à promouvoir l'application et l'échange des connaissances en vue d'améliorer la santé en Afrique. Le CDBPS a pour missions de permettre aux chercheurs en santé de collaborer avec les décideurs. Cette initiative souhaite aider les chercheurs en collectant, synthétisant, et disséminant les synthèses de bases factuelles pertinentes sous forme plus digeste, accessible et utilisable pour la plupart des intervenants à divers niveaux. Le CDBPS se propose également de soutenir les décideurs en offrant des opportunités de renforcement des capacités, en mettant à leur disposition des synthèses de bases factuelles et en identifiant les besoins ainsi que les lacunes des bases factuelles dans la pratique.

www.cdbph.org

Le Réseau **EVIPNet** favorise l'utilisation des résultats de la recherche en santé dans la formulation des politiques et programmes. 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

Messages-clés

Le problème

- Lors de l'évaluation à mi-parcours de la Stratégie du secteur de la santé (SSS) 2001-2010, les parties prenantes ont exprimé leur insatisfaction et identifié la mauvaise gouvernance et la faible viabilisation des districts de santé comme étant les principales raisons de l'incapacité du Cameroun à atteindre les Objectifs du millénaire pour le développement liés à la santé.
- Les facteurs sous-jacents sont entre autres l'absence de normes et de code de procédures opérationnelles pour les structures de dialogue et les formations sanitaires, une piètre connaissance du cadre juridique et réglementaire par les différents acteurs, l'absence de leaders compétents dans les équipes cadres de district et les collectivités. De même, les mécanismes et outils devant garantir l'usage approprié de l'information sanitaire pour la planification, la participation communautaire, la transparence et la responsabilité des acteurs, se sont avérés défaillants tandis que les mesures incitatives, les ressources et les compétences ont été insuffisantes pour la mise en œuvre effective des principes de gouvernance participative contenues dans la politique nationale de santé.

Options stratégiques

- Option 1 : promouvoir l'engagement communautaire proactif pour améliorer la gouvernance participative dans les districts de santé en vue de processus participatifs effectifs, d'une plus grande responsabilisation et d'une prise de décision éclairée par les bases factuelles.
- Option 2 : renforcer les capacités de leadership et de management dans les services de santé de district.
- Option 3 : actualiser le cadre réglementaire de la gouvernance du district de santé à travers une approche participative, afin d'harmoniser les insuffisances et divergences actuelles.

Considérations relatives à la mise en œuvre

- Certains obstacles communs à la mise en œuvre des trois options sont l'incertitude de la volonté politique et administrative, l'insuffisance de compétences appropriées, la rareté des ressources financières, la défaillance du système d'information sanitaire, la prévalence élevée de la pauvreté, le sentiment prépondérant d'impunité et la faillite des mécanismes pour faire appliquer et respecter les lois et directives et, la résistance au changement de certains acteurs.
- Une approche « en cascade » du renforcement des capacités des équipes de santé de la région et des districts, 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, d'éducation et de formation, de budgétisation, et de suivi - évaluation peuvent sensibiliser et conscientiser les parties prenantes et promouvoir la capacité à agir et le sens des responsabilités parmi les citoyens et les autorités. Ces stratégies incluent la consultation locale, les groupes de dialogue, l'action collective, la formation au plaidoyer, le développement organisationnel et le transfert du pouvoir aux acteurs de terrain.
- Le plaidoyer auprès des autorités municipales peut contribuer à mobiliser des ressources financières additionnelles pour la santé. Les campagnes polyvalentes d'information éducation communication sont réputées efficaces pour la sensibilisation sur les questions de développement et de gouvernance sanitaire.
- En raison de la rareté et de la puissance moyenne des bases factuelles relatives aux interventions et stratégies retenues dans cette note, un cadre rigoureux de suivi-évaluation est nécessaire 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 conceptuels du district de santé et des soins de santé primaires recommandés par le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (AFRO). Des structures de dialogue communautaire ont été mises en place en tant qu'instances dirigeantes, dans le but d'améliorer la réceptivité aux doléances des usagers et l'équité, mais également pour favoriser la participation dans le financement et la gestion du service public de santé. Cette gouvernance participative se proposait d'améliorer la prise en compte des valeurs et préférences des acteurs de terrain (fonctionnaires, gestionnaires, soignants, communautés et patients), de les responsabiliser davantage et de renforcer le système de santé du district afin d'améliorer l'état de santé des populations.

Lors de l'évaluation à mi-parcours de la Stratégie du secteur de la santé (SSS) 2001-2010, les parties prenantes ont exprimé leur insatisfaction quant à la performance du système et identifié la mauvaise gouvernance et le faible niveau de viabilisation 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 la réforme de décentralisation/déconcentration dans le secteur de la santé. Aussi a-t-il été retenu que l'amélioration de la gouvernance du district de santé soit une priorité majeure de la stratégie sectorielle de santé révisée pour la période 2001-2015. Le Secrétariat technique du Comité et de suivi pour la mise en œuvre de la SSS a demandé au Centre pour le Développement des Bonnes Pratiques en Santé (CDBPS) de synthétiser les bases factuelles relatives à la gouvernance sanitaire.

L'édition du Concours Qualité 2007 (destinée à évaluer la qualité au sein du système de santé – SQI) a révélé de nombreuses manifestations de la mauvaise gouvernance et du faible niveau de viabilisation des districts de santé. Dans la presque totalité des districts évalués, le domaine de la gouvernance a enregistré les scores les plus faibles, les fonds de solidarité pour la prise en charge des indigents étaient inopérants dans plusieurs districts, moins de 20% des 174 districts avaient planifié des mesures incitatives pour la bonne gouvernance et l'éthique, des activités pour renforcer et pérenniser l'engagement des communautés, pour mettre en œuvre les mécanismes de suivi-évaluation participatif ou encore pour promouvoir les mutuelles de santé afin de réduire les paiements directs au point de délivrance des soins. La mauvaise gouvernance et la gestion approximative ont éclaté au grand jour lors du Concours Qualité avec l'échec de plusieurs districts à fournir des informations aussi essentielles que la carte sanitaire actualisée, l'utilisation des services, les bilans financiers notamment le volet relatif aux recettes issues des cessions onéreuses. De nombreux conflits d'intérêts non déclarés ont été déplorés ainsi que leur impact négatif sur la qualité des débats au sein des divers comités de gestion. En dépit des dispositions réglementaires fixant les modalités de répartition des quoteparts et primes au personnel hospitalier en fonction des recettes locales, le personnel frustré manifeste de manière récurrente contre le manque de transparence dans la redistribution effective de ces primes.

Le cadre juridique et réglementaire du district de santé comprend plus d'une douzaine de lois, décrets, arrêtés et circulaires ministériels. Les parties concernées sont les autorités administratives locales, les municipalités, les prestataires publics et privés de soins et de services de santé, ainsi que divers acteurs de la communauté. Les représentants de la communauté

président les différents comités de santé et de gestion chargés de valider les plans d'action, les budgets, et de superviser les activités de santé dans leurs territoires respectifs (région, district, aire de santé).

Toutefois, la connaissance approximative voire l'ignorance en matière de planification et de gestion sanitaires ; la légitimité et la représentativité à peine acceptables des représentants communautaires combinées à la diffusion discrète et inopportune des documents stratégiques et réglementaires entravent une contribution efficace des représentants de la collectivité. Des acteurs clés du développement local tels que les associations des femmes, les prestataires privés de soins de santé et les leaders locaux d'opinions ne sont pas toujours intégrés dans les structures de dialogue. De même, peu de municipalités reconnaissent la santé comme un domaine d'action et d'investissement prioritaire. La gestion déplorable des systèmes d'information sanitaire empêche l'accès opportun aux données fiables sur les besoins sanitaires, les déterminants de la santé ou le déploiement des ressources. Les équipes cadres de district ne disposent pas toujours de l'expertise ni des compétences nécessaires de management des services sanitaires. Plusieurs professionnels de santé ont admis nombre de ces lacunes ainsi que leur propre malaise face aux exigences de la gouvernance participative et ses corollaires de contrôle social et de responsabilité devant la communauté.

La privatisation galopante, formelle et informelle, des activités sanitaires constitue une menace pour le rôle de régulateur des services de l'Etat dans le district. En effet, les services publics de santé au niveau opérationnel opèrent de fait avec une double casquette - prestataires de soins et services et autorités régulatrices- et, la majorité des fonctionnaires exercent aussi en clientèle privée sans encadrement réglementaire. Les structures de dialogue échouent ainsi dans leur rôle de maîtres d'œuvre des stratégies sanitaires pour des services de santé plus équitables et adaptés aux besoins des communautés en raison entre autres de : (i) la faible conscience du sens des responsabilités parmi les acteurs, (ii) l'insuffisance des ressources pour faire appliquer la loi, la réglementation et les sanctions, (iii) l'existence de règlements désuets et une prise en compte approximative et inappropriée des intérêts du public. En 2006, l'ONG Transparency International classait ainsi le secteur de la santé au 9ème rang des 20 secteurs les plus corrompus.

Ces insuffisances des pratiques de gouvernance sanitaire correspondent à ce que Lewis et Petterson - dans un document de travail de la Banque Mondiale sur la gouvernance du secteur de la santé- ont classifié comme absence de normes, compétences inappropriées et, processus et mécanismes insuffisants pour garantir la responsabilité. De même, ces manquements ont trait à ce que Siddiqi et collaborateurs décriraient comme absence de mécanismes réglementaires et administratifs et de ressources insuffisantes pour traduire les principes dans la pratique. Le cadre réglementaire est devenu obsolète, incomplet et parfois contradictoire – lacunes également décrites dans des études qualitatives de nombreux systèmes de santé en contexte africain subsaharien. Les facteurs structurels qui sous-tendent ces situations englobent les facteurs formels, les contextes politiques et les causes techniques ; tandis que les facteurs connexes associent les attitudes et aptitudes des intervenants, la communication et les échanges d'informations, les modalités d'engagement de la communauté, ainsi que les mesures incitatives pour un fonctionnement efficace. Pour d'autres auteurs, les facteurs directs sont la confiance, la motivation, les capacités des intervenants, les institutions communautaires, les mécanismes de fonctionnement et les systèmes de santé tandis que les facteurs indirects 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 est une conséquence de l'absence de procédures opérationnelles cohérentes pour les structures de dialogue, les services de santé et les hôpitaux ainsi que de la piètre connaissance des structures juridiques et réglementaires en vigueur. Les équipes cadres de district et les communautés ne disposent pas toujours de leaders et de managers qualifiés pour conduire la réforme de décentralisation/déconcentration dans le secteur de la santé. Les mécanismes et outils garantissant l'usage opportun de l'information fiable lors de la planification, la participation effective, la transparence et la responsabilité accrues dans les formations sanitaires du district 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.

Options stratégiques

Option 1 : promouvoir l'engagement proactif de la communauté pour améliorer la gouvernance participative dans les districts de santé

L'engagement 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 soutenir des relations de travail et de collaboration efficaces au profit de toutes les parties concernées. La mobilisation communautaire a pour objectif de rendre la communauté autonome, c'est-à-dire renforcer sa capacité à agir. L'analyse des revues systématiques d'études qualificatives suggèrent que les initiatives d'autonomisation communautaire qui ont réussi sont celles ayant œuvré pour soutenir un « cercle vertueux » de renforcement des capacités de la collectivité, d'amélioration de l'organisation et du sens des responsabilités et des capacités de réflexion stratégique au sein de la communauté. De telles initiatives doivent introduire des changements dans les comportements, au sein de la bureaucratie, dans les modèles d'apprentissage, dans la résolution de problèmes et dans les actions entreprises par les parties concernées afin d'améliorer la planification participative, la transparence et le sens des responsabilités.

Ces interventions peuvent inclure notamment :

- i) la formation des équipes de districts de santé en matières de promotion et de soutien à l'engagement/ mobilisation communautaire, de renforcement de la participation citoyenne, de mise en place de canaux de communication transparents et ouverts et d'appui à l'évaluation des besoins et la résolution des problèmes de la communauté ;
- ii) la sensibilisation et le renforcement des capacités des principaux intervenants de la communauté en ce qui concerne la décentralisation, la gouvernance, la planification, le suivi-évaluation, la promotion de la santé et l'organisation de réunions ;
- iii) l'appui à la mise en place d'un environnement administratif et réglementaire qui favorise la participation, la contribution, la représentation, la consultation et l'implication de la communauté, les opportunités de collaboration avec les équipes cadres de districts ainsi que le renforcement des capacités institutionnelles et financières des organisations locales.

Les stratégies réputées efficaces sont fondées sur et renforcent une participation authentique, l'indépendance dans la prise de décisions, le sentiment d'appartenance communautaire et l'autonomisation psychologique des intervenants.

L'engagement de la communauté peut améliorer la réceptivité, l'effectivité et l'efficacité des services de santé. L'amélioration de la performance des comités de santé et de gestion du district peut avoir un impact positif sur l'accès équitable aux soins et services de santé et l'utilisation effective des services et soins de santé primaires. L'engagement communautaire contribue à renforcer la transparence grâce à des processus de prise de décisions plus explicites et mieux éclairés. Une meilleure définition des rôles permet également d'assurer un meilleur suivi et par conséquent, de renforcer le sens des responsabilités. Il a été démontré par exemple, que la mobilisation de la communauté améliore les performances en matière de 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 voir l'engagement communautaire comme une approche manipulatrice ou de pure forme. Certains peuvent percevoir l'engagement comme une démarche utilitariste – un moyen de garantir l'efficacité du programme donné plutôt qu'un engagement authentique et pérenne. A contrario, l'approche peut engendrer la frustration parmi les représentants communautaires lorsque certains de leurs choix ne sont pas entérinés par les professionnels de la santé. L'engagement communautaire s'avère une tâche de longue haleine et un processus chronophage. Si les communautés apprécient et soutiennent les activités de renforcement des capacités, les équipes cadres de district peuvent quant à elles ne pas toujours apprécier les changements proposés lors du processus d'engagement surtout lorsque ces derniers modifient l'équilibre des pouvoirs ou exigent davantage de travail, d'investissement et de reddition des comptes. L'engagement communautaire peut exiger de recourir aux ressources financières déjà limitées pour couvrir les frais d'organisation de réunions, des ateliers de formation et des processus consultatifs. Si la preuve existe que l'engagement communautaire est coût-efficace dans les interventions de promotion de la santé, nous ne disposons pas de preuve de la rentabilité spécifique des diverses stratégies d'engagement ; par conséquent, il est judicieux de prévoir un suivi minutieux des dépenses.

Option 2 : renforcer les capacités de leadership et de management dans les formations sanitaires du district.

Un bon leadership et une gestion opportune au domaine de la santé signifient que des orientations et directives sont données, que les partenaires et le personnel sont mobilisés et motivés, les échanges facilités et les services performants grâce à un déploiement efficace, créatif et consciencieux de toutes les ressources. Si le bon leader établit une vision stratégique et mobilise les efforts en vue de l'atteinte des objectifs, le bon manager s'assure que l'organisation et l'utilisation des ressources sont efficaces, et permettent d'obtenir de bons résultats escomptés et d'atteindre les objectifs spécifiés.

Cette option propose de mettre en place un programme national intégrant le développement des compétences en matière de leadership et de management - au sein des services de santé de district de l'ensemble du territoire national – et la gestion axée sur les résultats. Il s'agit d'adapter au contexte national le programme leadership, management et viabilité (LMS) élaboré par Management Sciences for Health, d'organiser des ateliers de formation et de tutorat associant des mécanismes de supervision formative et un accompagnement de la mise en place de la gestion axée sur les résultats aux niveaux régional et du district.

Les évaluations du programme LMS ont conclu que les améliorations de performance des services de santé sont liées aux progrès réalisés dans les domaines du leadership, du management et de la gouvernance. Les évaluations d'impact des programmes LMS de type étude de cas avant et après intervention ont conclu à une amélioration de la prestation des services et de la qualité des soins. L'absence de groupe témoin lors des évaluations, ne permet cependant pas d'attribuer les effets observés aux seuls programmes LMS.

Les ateliers de formation pourraient perturber les activités de routine du district surtout lorsqu'ils sont chronophages ou nécessitent des engagements à long terme. Si la majorité des professionnels de la santé et des acteurs communautaires ayant bénéficié des programmes LMS en sont satisfaits et ont intégrés les principes appris dans leur travail quotidien, d'autres par contre sont frustrés en raison de l'insuffisance des ressources locales pour opérer les changements pérennes nécessaires dans leur environnement de travail. En l'absence de données suffisantes sur les coûts réels des stratégies LMS, un suivi-évaluation rigoureux des coûts s'avère nécessaire.

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

Cette option comprend une approche participative pour réviser et harmoniser le cadre fragmenté actuel afin d'établir des normes et un code de procédures opérationnelles pour la gestion des ressources du district, le renforcement et l'évaluation du sens de la responsabilité, la sélection et l'ouverture de la qualité de membre des structures de dialogue aux associations communautaires, organisations non gouvernementales et organisations de la société civile. De telles modifications

contribueraient à instaurer des mécanismes et des instruments pour la planification participative, le suivi-évaluation participatif et à renforcer la prise de décision éclairée par les bases factuelles. Le nouveau cadre devrait 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, de gérer les conflits d'intérêts et définir les lignes de démarcation et les directives de collaboration entre les conseils municipaux, les structures de dialogue et les services déconcentrés de l'administration sanitaire. L'actualisation garantirait par ailleurs la mise en œuvre opportune des principes et domaines de la bonne gouvernance dans le secteur de la santé telle qu'ébauchée dans le tableau 1 ci-dessous. Un document de normes et un code de procédures opérationnelles encadrant la mise en œuvre de la réforme de décentralisation sont susceptibles de réduire la corruption et d'améliorer la performance des formations sanitaires du district en vue de l'atteinte des Objectifs du millénaire pour le développement relatifs à la santé.

Si une mise à jour du cadre réglementaire dope potentiellement les efforts pour améliorer la gouvernance, elle peut également être perturbatrice ou exiger une longue période de transition pouvant impacter négativement la performance de plusieurs districts de manière transitoire. Tout processus de révision et de changement des dispositions administratives est vulnérable face à la bureaucratie. Les processus consultatifs peuvent être lents et le renforcement des capacités peut s'avérer coûteux. 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 sont onéreuses.

Considérations relatives à la mise en œuvre

Option 1

Obstacles

On peut y inclure une volonté politique et administrative insuffisante ou hésitante, la forte prévalence de la pauvreté, l'insuffisance des ressources financières publiques destinées à la santé ou la mercantilisation galopante des activités de santé, les bas salaires qui entravent la motivation du personnel, les déséquilibres du pouvoir, certaines rigidités socioculturelles spécifiques qui peuvent entraver la collaboration inter individuelle ou l'interpellation de l'administration locale par des individus. Au niveau organisationnel, les entraves identifiées incluent : les approches verticales imposées par le niveau central ignorant fréquemment la perspective locale, les interminables procédures bureaucratiques, les critères de sélection non transparents ou inéquitables des représentants communautaires, l'infrastructure managériale et organisationnelle inadaptée ainsi que la rareté des ressources. Au niveau individuel, le progrès vers la plus grande implication dans la prise de décisions et un plus grand sens des responsabilités peut être limité par l'intérêt individuel, la résistance au changement, l'ignorance des moyens pour ou l'incapacité à s'engager dans des processus transparents et équitables, l'élitisme ou l'illettrisme en matière de santé publique, le coût élevé des services, le coût d'opportunité pour le temps à consacrer par les membres de la communauté aux activités des structures de dialogue, l'hostilité de certains agents de santé vis-à-vis des membres de la communauté et les abus de pouvoir.

Stratégies

Bien qu'il n'y ait pas de revue systématique de l'efficacité des stratégies, 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, au sein des institutions communautaires existantes – associations, ONG, autorités locales, réseaux communautaires - et lorsque le découpage territorial respecte le contexte historique, la culture et les valeurs locales. Les approches participatives – processus locaux de consultation, action collective, formation au plaidoyer et au leadership, développement organisationnel, transfert de pouvoir aux acteurs – peuvent induire la prise de conscience communautaire et contribuer au renforcement des capacités des citoyens et des autorités pour plus de sens des responsabilités. Ces approches peuvent être appliquées à la planification, l'éducation et la formation, l'élaboration des budgets, le suivi et l'évaluation. Le plaidoyer auprès des autorités municipales peut mobiliser davantage de ressources financières pour la santé. Les campagnes polyvalentes de d'information,

éducation communication contribuent efficacement à la conscientisation sur les questions de développement et de la gouvernance sanitaires.

Option 2

Obstacles

L'adaptation, l'initiation et le passage à l'échelle d'un programme exigent du temps. La rareté des ressources humaines qualifiées capables d'animer les ateliers de formation, d'encadrer et de superviser la mise en œuvre du programme de gestion axée sur les résultats constitue également un potentiel obstacle. L'insuffisance des ressources financières peut entraver l'organisation des formations, le déploiement de la supervision formative et du tutorat ou retarder la mise en œuvre d'un changement à l'échelle du pays tout entier. Certains acteurs peuvent résister et s'opposer au changement alors que d'autres peuvent manquer des compétences indispensables pour agir et introduire les changements nécessaires après la formation.

Stratégies

Avec le concours des écoles de médecine et d'infirmiers, ou des ONG œuvrant dans le domaine du renforcement des capacités, il est possible d'adapter et de contextualiser les outils LMS. Le renforcement « en cascade » des capacités peut éventuellement accélérer le passage à l'échelle des programmes, tandis que le plaidoyer pour mobiliser les ressources aux trois niveaux de la pyramide sanitaire peut assurer la pérennité des programmes. La mise en place d'un cadre opportun de suivi-évaluation permettrait « d'apprendre par la pratique ». L'organisation d'ateliers de formation et de séances de supervision formative destinés conjointement aux professionnels de santé et aux acteurs communautaires est réputée efficace dans la facilitation du changement et la mise en œuvre des programmes.

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 conflits d'autorité et de compétences, les changements de responsables, la bureaucratie ou un manque de ressources et de compétences pour des approches consultatives et la prise de décision éclairée par les bases factuelles. Certains acteurs tirant profit des dispositions actuelles peuvent par conséquent s'opposer à la réforme. Dans ces cas-là, l'insuffisance de compétences et la faiblesse maîtrise de certaines approches de facilitation et de résolution des conflits peuvent compromettre le processus.

Stratégies

La mise sur pied d'une commission interministérielle de pilotage du processus de révision du cadre réglementaire et/ou l'organisation de réunions consultatives avec les intervenants clés du secteur de la santé permettront d'évaluer la situation actuelle et de suggérer les améliorations idoines. Ces deux approches sont susceptibles de créer les conditions propices à la meilleure appropriation du nouveau cadre par les parties prenantes.

Tableau 1. Mesures correctives à apporter au cadre actuel

Principes et domaines	Actions nécessaires
Vision stratégique	Aucune action nécessaire
Participation et orientation par consensus	Etablir des mécanismes administratifs permettant la sélection transparente et équitable des représentants de la communauté (notamment les corps constitués de la communauté), renforçant la prise de décision éclairée par des bases factuelles au sein des structures de dialogue, améliorant l'accès à l'information sanitaire et facilitant la consultation démocratique des parties prenantes.
Règle de droit	Elaborer des normes et un code de procédures opérationnelles relatives aux inspections, à la supervision, aux sanctions et aux 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 modalités pratiques de la planification participative, du suivi et de l'évaluation, de la sélection équitable des interventions dans le respect des valeurs et des préférences des bénéficiaires
Équité et inclusion		Établir des mécanismes administratifs permettant d'intégrer l'équité et l'impartialité lors de la sélection des représentants communautaires, lors des consultations de la communauté, lors de l'affectation des ressources et la sélection des interventions sanitaires
Efficacité et rendement		Établir des principes directeurs pour la définition des priorités, la planification et la gestion éclairée par les données probantes afin de garantir un bon usage des ressources dans un contexte de pénurie.
Responsabilité		Établir des normes et un code de procédures permettant une définition claire des rôles et des responsabilités, de la hiérarchie des responsabilités aussi bien au sein qu'entre des structures de dialogue et les équipes cadres de district.
Intelligence, Recherche et Information		Établir des normes et un code de procédures pour la prise de décision éclairée par les bases factuelles, les normes de collecte des données, l'analyse et le partage de l'information sanitaire.
Ethique		Mettre sur pied un comité d'éthique professionnelle pour les fonctionnaires et les professionnels de la santé