

PNABE-209

64518

ANALYSE DES
BESOINS EN GESTION POUR
LE MINISTERE BURUNDAIS DE LA SANTE PUBLIQUE:
INTEGRATION DES RESSOURCES INTERNES ET EXTERNES

Rapport préparé par le Consultant de PRITECH:
SAUL HELFENBEIN

Pendant la période
NOVEMBRE 1989

TECHNOLOGIES FOR PRIMARY HEALTH CARE (PRITECH) PROJECT

Avec le support de:

L'Agence des Etats-Unis pour le développement international

CONTRAT NO.: AID/DPE-5969-Z-00-7064-00

PROJET NO.: 936-5969

AUTORISATION:

AID/S&T/HEA: 12/15/89

ASSGN. NO.: HSS 064-BU

TABLE DES MATIERES

	Page
RESUME ANALYTIQUE	iii
I. INTRODUCTION	1
II. DONNEES GENERALES	1
III. METHODOLOGIE	1
IV. RESULTATS	2
A. Examen du programme de santé	2
B. Analyse de la performance organisationnelle du ministère de la Santé	4
1. Situation du point de vue politiques	4
2. Stratégies	5
3. Structure	6
4. Systèmes de gestion et services de soutien	7
- Système d'informations sanitaires et système d'informations en gestion	7
- Formation	9
- Information, éducation, communication (IEC)	9
- Supervision	10
- Logistique: approvisionnement en médicaments et gestion de l'approvisionnement	11
- Budgétisation et contrôle financier	11
- Gestion du personnel	12
V. SOMMAIRE DES RESULTATS DE L'ANALYSE	13
VI. STRATEGIE POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA GESTION	14
A. Principes généraux	14
B. Orientation d'une stratégie de développement de la gestion	14
C. Eléments d'une stratégie de développement de la gestion	15
1. Cadre des interventions	15
2. Renforcement des capacités de gestion au niveau des secteurs	15
3. Renforcement des systèmes du ministère	16
4. Besoins de développement organisationnel à long terme	16
VII. QUESTIONS DE COORDINATION AVEC LES BAILLEURS DE FONDS	17

TABLE DES MATIERES (suite)

	Page
VIII. CONCLUSIONS: OPTIONS D' ACTIONS POUR L' USAID/ BURUNDI	19
A. Court terme: 1990-1991	19
1. Coordination interne de l' USAID	19
2. Soutien pour la planification stratégique	19
3. Mise en oeuvre des études stratégiques	20
4. Rôle de l' USAID/ Burundi dans la communauté des bailleurs de fonds	20
B. Long terme: 1991-1996	21
1. Objectifs de développement de la gestion dans les projets de suivi	21
2. Développement de systèmes d' informations en gestion	21
3. Développement des capacités de gestion financière	21
4. Gestion du secteur santé, USAID/ Burundi	21

RESUME ANALYTIQUE

Ce rapport présente les résultats d'une analyse sur les capacités de gestion du ministère de la Santé de la République du Burundi. L'analyse a été effectuée pour faciliter les décisions de l'USAID et du Burundi afférentes au soutien administratif des programmes du secteur santé permettant au ministère d'utiliser et d'intégrer efficacement ses ressources et d'arriver ainsi à des résultats durables en santé.

Résultats:

- 1) Les capacités de gestion du ministère ont été analysées du point de vue des déterminants de la performance organisationnelle: politiques, stratégie, structure et systèmes. Les résultats ont montré qu'il existait surtout des faiblesses au niveau de l'élaboration des politiques et stratégies. Même si le ministère dispose d'un document de politiques pour le secteur santé soulignant les objectifs et stratégies, celui-ci est trop vague, il ne donne pas les priorités et détails nécessaires pour planifier les programmes spécifiques et coordonner les activités des bailleurs de fonds.
- 2) Plusieurs systèmes de gestion mis au point par le biais du Projet CCCD et appuyés par la Banque mondiale pourraient devenir les mécanismes de cette intégration visant à une utilisation plus efficace des ressources. Il s'agit:
 - a) des systèmes d'informations sanitaires utilisant le logiciel EPIINFO qui fourniraient un système commun de collecte et d'analyse de données pour les programmes CCCD, planning familial et Sida;
 - b) du système de formation pour le personnel des centres de santé utilisant les quatre équipes de formation régionales mises sur pied pour le projet CCCD;
 - c) du système de superviseurs avec les superviseurs polyvalents chargés de tous les programmes au niveau centre de santé qui représente un troisième élément d'intégration dans le secteur santé;
 - d) de plus, au niveau central, l'Unité d'éducation sanitaire commence à devenir l'unité de coordination pour les activités d'information, d'éducation et de communication pour le CCCD, le planning familial et le Sida.
- 3) Ces développements peuvent être la base d'un système décentralisé de gestion au sein de l'unité administrative du secteur médical. Il sont complétés par les efforts qui s'adressent aux problèmes de financement du secteur santé et la mise en place de nouveaux moyens de récupération de coûts, tels les plans communautaires d'assurance maladie.

Conclusions et recommandations:

La pérennité des programmes de développement du secteur santé demande que l'on envisage les aménagements de gestion du ministère de la Santé comme dans une organisation. Certains éléments d'une stratégie de développement général de la gestion sont proposés et, sur la base de cette stratégie, les recommandations suivantes sont faites pour l'USAID/Burundi.

Interventions à court terme:

1. Orientation des politiques: Tous les projets de santé USAID/Burundi utilisant des systèmes d'informations sanitaires, de supervision et de formation mis au point dans le cadre du Projet CCCD devraient encourager la gestion décentralisée.
2. Soutien pour la planification stratégique: L'USAID/Burundi pourrait profiter de ce que les politiques du secteur santé en sont au premier stade au sein du ministère pour encourager un exercice de planification stratégique permettant de revoir ces politiques et de sélectionner des priorités et des stratégies qu'on élaborera davantage pour en faire les bases d'un plan national.
3. Soutien pour des études stratégiques en gestion financière: Compte tenu que les finances sont le problème à la base de toutes les décisions de politiques et de stratégies, l'USAID/Burundi devrait, après l'exercice de planification stratégique, faire une étude approfondie des stratégies de récupération des coûts et des besoins en gestion financière aux niveaux central et décentralisé.

Interventions à long terme:

1. Mise en place d'un système d'informations en gestion: Dans le cadre d'un projet de suivi dans le secteur santé, l'USAID/Burundi devrait s'assurer qu'on accorde une place importante au développement de systèmes d'informations en gestion. C'est la partie cruciale permettant d'intégrer tous les autres systèmes et l'élément clé si l'on veut que les programmes soient durables. Les bases d'un système d'informations en gestion commun à tous les projets ont déjà été posées avec l'introduction du logiciel INFO CDC EPI. Ce pourrait être des données communes recueillies sur l'impact et les activités dans tous les domaines.
2. Mise en place d'une capacité en gestion financière: C'est la deuxième capacité devant être développée. Actuellement, elle est quasi inexistante. Pourtant, elle est tout aussi cruciale si l'on veut que les programmes se maintiennent dans le temps. Elle devrait être une partie importante de toutes les activités de suivi des projets de santé. L'exercice de planification stratégique à court terme et les études de gestion financière pourraient constituer les travaux préliminaires pour définir les meilleures approches. Cela permettrait de mieux connaître les compétences de l'USAID/Burundi à entreprendre une initiative aussi délicate et aussi exhaustive.

I. INTRODUCTION

Ce rapport présente les résultats d'une consultation demandée par l'USAID/Bujumbura visant à faire le diagnostic de l'efficacité en gestion du ministère de la Santé. La consultation a été réalisée du 6 au 17 novembre 1989 parallèlement à une consultation interne de l'AID visant à déterminer les options et directions des futurs développements du secteur santé de l'USAID/Bujumbura. Elle faisait suite à une évaluation interne de l'actuel Projet CCCD.

Les termes de référence de la consultation spécifiaient: examen du programme de santé Burundi, recommandations en vue d'une utilisation plus économique des ressources limitées et analyse des ressources des bailleurs de fonds dans la perspective de réaliser des économies grâce à une meilleure coordination. Ces termes de références se trouvent dans le télex de l'USAID/Burundi 007278. (Cf. Annexe I).

Lors des discussions avec l'USAID/Bujumbura, on a pu préciser davantage les objectifs de cette consultation. On s'est mis d'accord pour:

- 1) aider l'USAID/Bujumbura à évaluer la relation entre les futures options de programmes et la capacité du ministère de la Santé à gérer les initiatives de développement du secteur santé, c'est-à-dire de les mettre en oeuvre de manière efficace et de maintenir dans le long terme les activités et impacts;
- 2) aider l'USAID/Bujumbura à déterminer les éventuelles interventions au niveau de la gestion pour combler les lacunes qui existent entre les capacités actuelles du ministère et celles requises. Ces interventions pourraient être la base des activités de l'USAID dans le court terme (1990-1991) visant à améliorer les capacités en gestion et à situer le cadre général des initiatives dans le long terme (1991-1996) visant à mettre en place une capacité générale en gestion au sein du ministère.

II. DONNEES GENEFALES

L'USAID/Bujumbura est en train de revoir sa stratégie de développement du secteur santé pour les années 90. Pour le moment, la Mission a trois grands programmes de santé: CCCD, actuellement à mi-parcours, un programme de population démarré récemment et un projet sur le Sida financé par des ressources centrales et des fonds via l'OMS.

III. METHODOLOGIE

Des données sur les questions de gestion ont été réunies par le biais d'une série d'interviews avec les représentants officiels du ministère de la Santé, les directeurs de projets de santé du ministère, les directeurs des grandes organisations qui participent au développement du secteur santé et les

consultants techniques qui interviennent dans le cadre de projets spécifiques ainsi que par l'examen de documents essentiels sur le secteur santé. Une liste des personnes contactées et interviewées se trouve en Annexe II et la liste des documents en Annexe III.

Les interviews ont été conduites par le consultant et l'équipe de l'USAID. Un guide d'interviews a été fait par le consultant et l'équipe de l'AID afin que tous les intérêts soient incorporés aux interviews. Les points essentiels de ce guide étaient les suivants: comment le ministère de la Santé présente-t-il et voit-il ses buts et objectifs; comment ceux-ci sont-ils reliés au soutien des bailleurs de fonds; comment les différents projets utilisent-ils les ressources du ministère; comment le ministère utilise-t-il les différentes ressources des projets; quels sont les doubles emplois, comment peut-on les supprimer et quels sont les carences auxquelles peut répondre l'USAID avec des programmes à venir. Ces directives générales ont été adaptées pour tenir compte des intérêts particulier des personnes interviewées.

IV. RESULTATS

A. Examen du programme de santé

Le programme du ministère de la santé se divise, comme c'est le cas souvent, entre services curatifs, c'est-à-dire ceux dispensés par les formations hospitalières et les centres de santé qui consomment l'essentiel du budget national pour les dépenses de fonctionnement et les services de santé préventive qui sont surtout financés par le soutien externe. Les services de santé préventive sont concentrés au sein de la Division de la protection maternelle et infantile et le Service de l'hygiène et de la prévention.

Les services de santé préventive concernent le PEV/CCCD, le planning familial et le Sida. On trouve cinq grands bailleurs de fonds (aide bilatérale et multinationale). (Cf. Tableau 1 pour plus de détails sur les contributions des bailleurs de fonds au programme de santé préventive.) Les Belges sont là depuis longtemps, le programme de planning familial du FNUAP a commencé en 1982, le PEV/CCCD en 1985, et le Programme santé et population de la Banque mondiale en 1987, le planning familial de l'USAID (document de projet préparé en 1988 et accord coopératif avec Pathfinder signé en 1989) et le Sida en 1987.

Le programme s'est élargi du point de vue champ d'application, intensité et dépenses rendant la question de la gestion des ressources nationales et internationales de plus en plus impérieuse. Etant donné la pénurie actuelle de personnel et de capacités techniques en gestion, il faudra une assistance technique pour répondre à ces impératifs si l'on veut que le ministère puisse maintenir les activités et impacts de ces programmes.

Il y a également des problèmes classiques de gestion. Très peu de membres du personnel au niveau central ou intermédiaire ont reçu une formation classique en gestion. La situation peut être rectifiée en apportant une formation en planification aux responsables du secteur médical dans le cadre du Projet CCCD.

INVESTISSEMENTS SANITAIRES

SOURCES EXTRABUDGETAIRES

Codes	Projet P.I.P.	Agence de financement	Montant estimé en milliers FBV		Total
			1990	1991	
	Vaccines pour les hôpitaux	BEI	4 000	4 000	8 000
269	Projet santé population	IDA	375 200	374 500	749 700
277	Projet FNUAP/SX/PF	FNUAP	34 900	44 100	79 000
270	Projet CCCD-USAID	USAID	40 800	40 000	80 000
230	Population - planning	USAID	75 000	75 000	150 000
270	Soins de santé primaires	UNICEF	109 600	126 200	234 800
272	Lutte anti-tuberculeuse site	BELGIQUE	3 930	3 600	7 530
-	Transmissibles et carencielles (LNTC)	BELGIQUE	7 524	7 200	14 724

Le personnel infirmier est surtout composé d'administrateurs d'hôpitaux, bien que récemment on ait mis à ces postes des diplômés de l'Ecole supérieure d'économie et de commerce (ESOC). Le ministère manque de personnel au niveau central. Des services essentiels comme ceux de la planification, de la budgétisation, l'épidémiologie et les statistiques de service n'ont pratiquement personne pour faire le travail.

Le personnel comptable est quasi inexistant et il est donc impossible de faire les budgétisations ou analyses de coûts. La plupart des représentants officiels des directions et sous-directions du ministère sont également directeurs de projets. L'organigramme du ministère est en train d'être revu pour rationaliser les relations entre les divers services. Des systèmes de soutien essentiels comme ceux des informations sanitaires et de la supervision en sont aux tous premiers stades de développement. Il est évident que beaucoup reste à faire pour améliorer les capacités en gestion, à tel point d'ailleurs qu'il faudra une méthode pour identifier et fixer les priorités pouvant avoir un impact significatif. La présente section revoit le programme du ministère en se plaçant du point de vue performance organisationnelle, afin de pouvoir mieux cerner le type de soutien et d'intervention qui permettra d'améliorer la mise en oeuvre de programmes de santé du ministère.

Performance en gestion signifie qu'il y a relation mutuelle entre les politiques d'une organisation, ses stratégies d'exécution de ses politiques, sa structure ou manière de s'organiser et les systèmes mis en place pour le suivi et l'évaluation. Ce cadre analytique s'applique à toute organisation, qu'elle en soit à ses premiers stades de développement ou à un niveau plus avancé. Le cadre sert essentiellement à guider des interventions de développement.

B. Analyse de la performance organisationnelle du ministère de la Santé

1. Situation du point de vue politiques

Le ministère de la Santé est en train de rédiger l'avant-projet d'un document de politiques du secteur santé qui fait le diagnostic des diverses insuffisances du point de vue service et gestion, qui formule des objectifs de la protection maternelle et infantile et pose les grandes questions afférentes à la population. Le document contient 14 stratégies pour répondre à ces objectifs et une analyse des ressources nécessaires pour la mise en oeuvre.

Le document est très général et ne donne pas de priorités. Etant donné les contraintes financières que rencontre le secteur santé qui relèvent de problèmes économiques plus généraux, c'est là une omission grave qui rend les politiques inefficaces pour guider le développement de la santé pendant la prochaine période de planification.

La plupart des programmes réalisés avec les bailleurs de fonds sont conformes aux buts et stratégies indiqués dans ce document, citons à ce propos l'attention qu'accorde la Banque mondiale à la précaire situation

financière du secteur santé à cause de la hausse des coûts due aux nouveaux recrutements du personnel médical et infirmier (estimés actuellement à 50% du budget) et l'escalade des coûts des médicaments (estimés à 30% du budget). En général, les prévisions des coûts faites par la Banque mondiale prévoient des déficits budgétaires pour les budgets de fonctionnement 1990-1991 dus à la hausse des coûts du personnel, des médicaments et de l'inflation générale.

Les coûts de plus en plus chers des services de santé et l'amenuisement du budget pour ces coûts devraient faire de la recherche de nouveaux moyens de financement la mission première du ministère de la Santé.

2. Stratégies

Les 14 stratégies de la déclaration du ministère de la Santé peuvent être regroupées de la manière suivante:

Santé: promotion de la santé publique en général, des services de santé maternelle et infantile et préventive, dont le planning familial, la lutte contre la tuberculose, la lèpre et les maladies mentales (des problèmes de santé sociale) et les soins curatifs.

Infrastructure: rénovation de l'infrastructure, expansion des hôpitaux, construction de nouveaux centres de santé, construction d'un nouveau siège pour le ministère.

Social: médecine traditionnelle, organisation des médecins, pharmaciens et dentistes, mise en place des services de la Croix rouge, collaboration intersectorielle et internationale.

Gestion: décentralisation des services de santé, systèmes d'approvisionnement et distribution de produits pharmaceutiques, avec participation du secteur privé, amélioration de la supervision et planification grâce à un système d'informations en gestion, développement institutionnel en général accompagné de la réorganisation du ministère, meilleure coordination, et meilleure gestion financière et du personnel.

Financement de la santé: meilleure gestion financière et recherche d'autres sources de financement grâce à la participation du secteur privé par le biais des ONG, mise en place et expansion de plans d'assurance maladie.

Comme on peut le constater, il s'agit d'une stratégie globale qui ne donne pas de priorités ou d'orientation spécifique. Les représentants officiels du ministère et des organisations internationales reconnaissent que c'est là un problème important, mais vu qu'il n'existe pratiquement pas de systèmes de gestion financière et de planification, cette situation risque de se perpétuer au niveau central (les seuls systèmes étant les plans départementaux pour le PEV/CCCD ou pour l'éducation sanitaire).

Des efforts sont faits pour mettre en place une capacité de planification au niveau district, en formant les responsables médicaux dans le cadre d'actions telles que l'atelier de planification en juin 1989 pour l'EPI et le planning familial, co-parrainé par PEV/CCCD, le FNUAP, et le Projet santé et population de la Banque mondiale. Dans le court terme, il sera probablement plus facile de mettre en place une capacité de planification au niveau intermédiaire qu'au niveau central, mais tant qu'il n'y a pas de plan national, les organisations internationales vont continuer à fixer des priorités par le biais des programmes qu'elles financent.

Toutes les personnes interviewées ont reconnu qu'il fallait un plan national fixant clairement des priorités d'exécution. C'est à l'Inspection générale de la planification et la budgétisation qu'incombe cette responsabilité; ce service est en train de chercher la voie à suivre pour démarrer une activité de planification nationale. Mais il devra faire attention à ne pas s'isoler et isoler le processus de planification du reste du ministère.

La plupart des activités de planification en Afrique ont échoué parce qu'elles ont été trop isolées et qu'il y a eu divergence d'intérêts entre ceux qui planifiaient et ceux qui exécutaient. L'inspection générale devrait profiter du fait que le ministère est assez petit pour former des associations informelles entre les responsables des divers services des projets, formant ainsi une équipe de collègues et rassemblant tous les intérêts et engagements. Cela faciliterait la réalisation des plans que l'on est en train de mettre au point.

3. Structure

Décentralisation: la question la plus importante pour le ministère est de voir dans quelle mesure il peut décentraliser la gestion des services de santé. Si l'on veut que la décentralisation devienne une réalité, deux fonctions essentielles devront être assumées au niveau sectoriel: planification et contrôle financier, ce dernier dans le cadre de l'autonomie financière. Tel que nous l'avons déjà noté, le programme du PEV/CCCD encourage la décentralisation par le biais d'une formation locale en planification, mais ce n'est là qu'une des facettes des nombreux efforts qu'il faudra faire. Ces efforts doivent être accompagnés par une décentralisation financière et par l'application de systèmes de soutien efficaces comme celui des informations sanitaires et de la formation pouvant être mis en place par les responsables des secteurs.

Organisation ministérielle: Actuellement, le ministère est en train d'envisager comment il pourrait remanier ses services pour qu'il y ait relations plus rationnelles entre les services et meilleures possibilités de coordination. Actuellement, vu qu'il est assez petit, le ministère a des relations plutôt informelles. Le fait que les chefs de service sont également directeurs de projet permet un bon travail en équipe même s'il y a danger de conflits de rôle et

de loyauté. De plus, le fait d'être ainsi à la tête de plusieurs activités peut être épuisant, même si les responsables du ministère sont jeunes et dynamiques. Pour le moment, les réseaux informels sont les plus importants et vu la pénurie de personnel au niveau central, il est peu probable que la réorganisation y change quelque chose.

Développement organisationnel et décentralisation: le développement organisationnel du ministère ne devrait pas se faire au détriment de la décentralisation. Celle-ci dépend des capacités de planification et gestion financière au niveau des secteurs et des centres. Le remaniement du ministère doit surtout chercher à soutenir les niveaux intermédiaires et périphériques. Il doit assurer les liens entre les départements et les services de santé essentiels au niveau central, par exemple l'épidémiologie, les statistiques de service et l'éducation de la santé, de manière à soutenir le niveau intermédiaire et encourager la décentralisation.

4. Systèmes de gestion et services de soutien

Les informations sanitaires, la formation, la logistique et les finances constituent les grands systèmes de soutien. L'IEC peut être rangée dans cette catégorie puisque c'est une unité de développement et de réalisation plutôt qu'un service direct et aussi parce qu'elle joue un rôle vital dans tous les programmes de santé préventive.

Notre analyse se penche aussi bien sur les systèmes qui peuvent avoir un impact immédiat sur l'amélioration de la gestion au niveau secteur et qui peuvent donc renforcer la décentralisation que sur les systèmes qui seront mieux traités au niveau central car ils demandent des choix délicats de politiques publiques. Plusieurs systèmes concernent les deux niveaux.

Système d'informations sanitaires et système d'informations en gestion

Le système d'informations sanitaires est un système de compte-rendu qui apporte des informations exactes et ponctuelles sur les indicateurs essentiels des services et état de santé. Ce n'est pas la même chose que le système d'informations en gestion qui combine informations sur la performance des services de santé et informations sur les aspects opérationnels nécessaires pour prendre les décisions. Actuellement, le ministère en est aux tous premiers stades de développement d'un système d'informations en santé: c'est-à-dire qu'il en reconnaît la nécessité. La plupart des efforts pour mettre en place un système d'informations en santé se font dans le cadre de projets touchant au PEV et aux CCCD et à celui de la Banque mondiale, projets qui ont cherché à introduire des systèmes de comptes-rendus routiniers pour les services de protection maternelle et infantile et de planning familial. Le projet sur le Sida est en train de mettre en place son propre système de comptes-rendus et le programme de planning familial de l'USAID aura lui aussi besoin d'un système d'informations sanitaires.

Il existe un système de comptes-rendus. Les données sont rassemblées régulièrement sur les activités de protection maternelle et infantile et le planning familial ainsi que les soins curatifs au niveau des centres de santé. Certains responsables médicaux des secteurs analysent ces données. Le Projet CCCD et celui de la Banque mondiale sont en train d'introduire des analyses de données dans le cadre de leurs efforts visant à mettre en place une capacité de planification au niveau secteur. Mais on est encore très loin de savoir utiliser les indicateurs de performance et d'opérations comme base de collecte de données avec un système commun de comptes-rendus et de feedback.

Actuellement, il n'y a pas de directives centrales pour mettre en place un système d'informations en gestion qui soit général et commun. L'épidémiologie et les statistiques de services n'ont ni le personnel ni le matériel pour mettre en place un système d'informations en gestion. La capacité d'aménager un système pour recueillir des informations sur la logistique, les finances, etc. est également minée par la pénurie de personnel et les problèmes techniques. Le fait qu'au niveau planification on ne demande pas expressément des informations fiables sur la performance et les opérations ne fait que retarder le développement d'un système d'informations en gestion.

Même si un effort de développement d'un système global d'information en gestion n'est pas réaliste à l'heure actuelle, il est possible de rationaliser le développement d'un tel système au niveau des secteurs. Une manière d'arriver à cette intégration est d'introduire une technique commune pour tous les programmes préventifs et d'utiliser les résultats des systèmes d'informations en santé pour les planifications décentralisées au niveau des secteurs.

Le logiciel EPIINFO, utilisé pour les activités de PVE/CCCD et le programme du Sida, introduit comme moyen de systématiser les collectes et analyses de données du PEV/CCCD au Burundi devrait être utilisé comme base pour toutes les collectes d'informations et analyses au sein du ministère. Puisque le personnel des différents départements au niveau central est en train d'apprendre à l'utiliser, il y a moyen de l'étendre davantage.

L'étape d'après est de s'assurer que les projets (actuels et nouveaux) utilisent ce logiciel pour le suivi et l'évaluation, ce qui permet de faciliter l'accès mutuel aux données des divers projets pour des analyses plus approfondies.

Si les responsables médicaux des secteurs peuvent apprendre à utiliser le logiciel et ont accès aux ordinateurs du PEV/CCCD, EPIINFO pourrait devenir l'instrument central de la planification sectorielle et d'autres besoins en gestion tels que le contrôle financier nécessaire pour arriver à décentraliser les services de santé.

Formation

Le département de la formation pourrait en principe coordonner tous les travaux de formation. Ce département a à sa tête un jeune diplômé en administration de l'éducation qui vient juste d'être nommé. Son travail consiste à coordonner la formation technique en cours d'emploi dans le pays et à octroyer des bourses à court et à long terme pour le perfectionnement en gestion et autres domaines techniques.

L'essentiel des efforts de formation se fera en cours d'emploi et, avec la nouvelle formation en planning familial et Sida et la continuation de celle du PEV/CCCD et la PMI, il faudra s'assurer que cette formation est cohérente, compatible et de bonne qualité puisqu'elle est destinée au même groupe de personnel des centres de santé et superviseurs polyvalents. Les quatre équipes de formation régionale mises en place dans le cadre du projet PEV/CCCD pourraient être le noyau de l'éducation en cours d'emploi et des efforts visant à décentraliser la gestion du système des soins de santé.

Les équipes ont été formées en méthodes d'éducation pour adultes et devraient, si on leur apporte le soutien nécessaire, être capables d'intégrer tous les contenus techniques dans les programmes de formation en cours d'emploi. Le Projet santé et population de la Banque mondiale recommande vivement d'utiliser les équipes de formation pour le Sida et le planning familial.

Si le ministère encourage la participation de groupes privés comme les ONG et les pharmacies, il faudra également former ces groupes. Les équipes de formation pourraient donc également apporter une formation en cours d'emploi à ces groupes. En fait, on peut très bien concevoir de faire payer le secteur privé pour cette formation et d'utiliser ces recettes pour financer les équipes de formation.

Ces équipes de formation régionale pourront survivre dans le long terme si on arrive à intégrer leurs fonctions dans les politiques de décentralisation du ministère et si elles se montrent capables d'assumer le surcroît de travail demandé pour disperser la formation en planning familial et Sida. Actuellement, elles ne travaillent que sur une facette d'un projet et il faudra des encouragements spécifiques pour que les autres projets reconnaissent et utilisent ces équipes. Le FNUAP a intégré deux de ces formateurs à l'équipe sur demande du Projet de la Banque mondiale. Plus ces services vont s'élargir, plus ces équipes et les projets qui font appel à elles devront prêter une attention de plus en plus grande à la gestion de la formation.

Information, éducation, communication (IEC)

En tant que service de soutien, l'IEC est le service le mieux établi puisqu'il est intégré à l'Unité de l'éducation sanitaire. Cette unité est responsable des activités de communication pour le PEV et le Sida (affiche, médias, etc.). Il reçoit un soutien technique et matériel de l'UNICEF et son personnel devenu bien plus important cette dernière année est capable

de travailler directement avec ou pour différents projets. Il fonctionne de manière assez autonome préparant un plan annuel d'activités. Si ce service répond aux espoirs que l'on nourrit à son égard, il peut en fait devenir un modèle de bon fonctionnement.

Le problème auquel est confronté l'IEC est de mieux accorder les activités des ressources. Il serait facile de s'embarquer dans un plan de travail trop lourd à assumer, chose qui pourrait effectivement se passer lorsque démarre le programme de planning familial de l'USAID (puisque il y a une forte composante d'IEC).

L'Unité d'éducation sanitaire doit se concentrer sur les aspects suivants: mise en place de bonnes capacités de gestion internes, planification plus détaillée, programmation pour plusieurs projets; entretien du matériel et de l'équipement; contrôle des activités, surtout contrôle financier et évaluation des activités d'IEC pour l'impact des projets.

Les activités d'IEC relevant de la santé sont également réalisées par des services des ministères des Affaires sociales et de l'Éducation. Il n'y a pas de raison que le ministère de la Santé assume tout le travail en IEC s'il y a d'autres unités qui peuvent atteindre de manière plus efficace certains groupes cibles comme les étudiants ou les personnes qui suivent les cours des centres sociaux et d'éducation. Mais il faut une coordination technique pour assurer que les messages sur le Sida ou la planification familiale soient constants et compatibles. Actuellement, les chefs des diverses unités du ministère de la Santé, du ministère des Affaires sociales et du ministère de l'Éducation se rencontrent pour parler des activités. L'utilité à long terme de ces réunions dépend de leur pouvoir à assurer une communication bonne et efficace.

Supervision

Un système de supervision, autre pilier important de la décentralisation, a été établi au niveau des secteurs. Un superviseur polyvalent (capable de superviser tous les services préventifs et curatifs offerts dans les centres de santé) fait partie du bureau médical des secteurs. Le superviseur, accompagné ou non du responsable médical, visite les divers centres de santé. Ce système a été soutenu par le Projet CCCD et aussi par le Projet santé et population de la Banque mondiale. Il prévoit des visites de supervision régulières chaque mois permettant de faire des examens généraux et des visites de supervision trimestrielles plus intensives où l'on se penche sur une question technique en particulier.

Le système reçoit une excellente supervision de la part du PEV/CCCD. Les données sont revues et analysées au niveau secteur. Jusqu'à présent, les résultats ne sont pas envoyés à un niveau hiérarchique plus élevé. Les données de supervision sont une autre matière première au système de collecte de données d'EPIINFO. Cela permettrait d'intégrer l'analyse du fonctionnement des centres aux données collectées pour les autres indicateurs des divers projets.

Intégrer les données de supervision sur la performance du personnel et les opérations des centres avec les données en santé constituerait un grand pas en avant pour la mise en place d'un système d'informations en gestion. L'analyse indiquerait les forces et faiblesses du système de prestations et le type de renforcement technique ou administratif nécessaire. Les résultats pourraient ensuite être transmis aux équipes de formation régionales qui pourraient s'en servir pour élaborer des programmes de formation pour le personnel des centres de santé. En intégrant les systèmes de supervision, de formation et d'informations en santé au niveau secteur, on a bien plus de chance de mettre en place un système de gestion décentralisé capable de bien fonctionner.

Logistique: approvisionnement en médicaments et gestion de l'approvisionnement

A part les commandes, l'approvisionnement et la distribution de vaccins, il faut accorder une grande attention aux systèmes de logistique qui concernent la fourniture et le mouvement de l'équipement et du matériel fongible. C'est un système bien plus compliqué que ceux discutés ci-dessus si l'on considère le financement et les questions de comptabilité afférentes, les rôles et relations des pharmacies privées et publiques, la production locale de médicaments et les importations (du point de vue coûts et approvisionnement), etc. De plus, s'y ajoute la question de la sélection, des ordonnances et de l'utilisation des médicaments. L'évaluation du Projet CCCD a souligné ces problèmes logistiques et techniques de l'approvisionnement en chloroquine pour la lutte contre le paludisme.

Les autres grands problèmes de logistique concernent la gestion des véhicules, l'achat, l'entretien, les pièces de rechange, le contrôle de l'utilisation du carburant.

Ce sont des questions essentielles au vu de la décentralisation. Leur importance demande que l'on s'en occupe au niveau central. L'initiative de l'UNICEF à Bamako qui vise à assurer l'approvisionnement en médicaments essentiels sera probablement la base d'action de la gestion de médicaments. Mais toutes les activités des systèmes dont nous avons parlé ci-dessus, (surtout le système d'informations sanitaires et la supervision) aideront à améliorer les capacités de gestion de médicaments du ministère de la Santé à tous les niveaux.

Budgétisation et contrôle financier

Ce ministère, pour le moment, ne fait que songer à un système de budgétisation et de comptabilité efficace. Mais comme on peut le voir dans le document de politiques, il s'agit d'un problème. Gestion financière veut notamment dire déterminer combien vont coûter les soins de santé et comment ces coûts vont être payés. Le ministère est d'accord pour envisager la participation du secteur privé à l'approvisionnement en médicaments et la prestation de services de santé. Il faudra également qu'il songe à la manière de mettre en place un système efficace d'assurance maladie, un système financier décentralisé qui permette aux secteurs de

prendre des décisions quant au budget, prix, partage des services entre les centres et les hôpitaux privés et publics, etc.

Un des plus grands problèmes financiers dont le ministère devra s'occuper concerne la gestion hospitalière. Les hôpitaux continuent à consommer de manière inefficace une grande partie du budget. Il n'est pas possible de penser la gestion financière dans le long terme si l'on ne prend pas au sérieux la question de la gestion hospitalière.

Le ministère devra également explorer les divers plans de récupération des dépenses. Le document dont nous avons parlé indique son engagement à cet égard et le ministère a déjà démarré un plan d'assurance maladie communautaire; il a autorisé l'exercice privé, a mis en place des barèmes de prix, a encouragé la participation des ONG, etc. Il faut examiner ces essais pour être sûr qu'ils sont bons, éviter les abus et assurer la qualité des services de santé.

A l'heure actuelle, le ministère manque de comptables qualifiés ou de systèmes qui permettent un contrôle financier régulier. N'ayant aucun moyen de contrôler les dépenses et de calculer les coûts, il ne peut pas non plus faire des budgets réalistes. Le ministère manque de main-d'oeuvre pour faire des analyses économiques. Jusqu'à présent, c'est la Banque mondiale qui s'en chargeait en essayant d'analyser les besoins financiers sur les années à venir pour fonder sur des choix rationnels les politiques et options financières.

C'est un développement à plusieurs niveaux allant de la comptabilité élémentaire aux analyses économiques et qui pourrait permettre simultanément des initiatives macro et micro. Mais avant de faire quoi que ce soit, on a besoin d'études sur les coûts, les revenus pouvant être consacrés aux soins de santé, la manière dont les citoyens et les gens de la campagne dépensent l'argent des soins, les capacités des communautés à gérer des fonds d'assurance.

Gestion du personnel

C'est un autre domaine clé auquel il faut s'attaquer tant au niveau central qu'intermédiaire. Le personnel consomme 50% du budget du ministère, il faut recruter de nouveaux membres pour pourvoir aux vacances de postes et permettre un bon fonctionnement des hôpitaux. Il y a des problèmes au niveau de l'affectation du personnel selon les besoins, les compétences techniques, etc. Ce problème de gestion du personnel ou de gestion des ressources humaines épuise les meilleures personnes à tous les niveaux.

A un simple niveau de développement, les buts peuvent être atteints en faisant des descriptions de tâches appropriées et en assurant une bonne supervision et évaluation de la performance. A des niveaux plus complexes, la gestion de personnel demandera que l'on structure certaines positions, que l'on en crée de nouvelles pour répondre aux besoins techniques et de planification. Enfin, au niveau le plus complexe, il faut de politiques gouvernant les recrutements, les licenciements et les avancements. Toutes ces étapes sont compliquées à cause de la nature très politique de la

sélection et de l'affectation du personnel et du manque relatif d'autonomie du ministère en ce domaine. La Fonction publique joue un rôle décisif dans la fixation des niveaux salariaux, des critères d'avancement par rapport à l'éducation, l'ancienneté, etc. Souvent, il n'est possible d'intervenir qu'aux deux premiers niveaux lorsqu'on met en place des systèmes de gestion de personnel dans le secteur public: pourvoir aux postes vacants et mettre en place des systèmes de description des tâches et de supervision pour évaluer la performance d'après ces systèmes.

C'est bien ce qu'envisage de faire le ministère. Les principaux postes techniques sont pourvues au niveau central. Le bureau de l'Inspection générale a deux nouvelles positions: un économiste et deux administrateurs d'hôpitaux. Les programmes soutenus par les bailleurs de fonds semblent prioritaires pour recevoir un personnel complémentaire. Le programme de PEV recrute un coordinateur technique pour l'EPI en plus de ceux déjà en place pour la lutte contre le paludisme et les maladies diarrhéiques. Le projet sur le Sida a un groupe complet de personnel technique et l'Unité d'éducation sanitaire a presque 13 personnes, y compris deux assistants techniques. Le service épidémiologique et les statistiques de services continuent à souffrir d'une pénurie de personnel technique.

Des description de tâches ont été faites pour les responsables médicaux des secteurs et les superviseurs polyvalents. Les descriptions pour ces derniers devront être faites pour tous les niveaux, le personnel au niveau central aussi bien que le personnel au niveau des centres de santé, en tant que première étape pour mettre en place un système intégré de gestion du personnel. Lorsque les programmes de planning familial et du Sida deviendront plus importants, les descriptions de tâches seront un instrument essentiel pour assurer une utilisation rationnelle du personnel.

V. SOMMAIRE DES RESULTATS DE L'ANALYSE

La survie de l'enfant, le planning familial et le Sida déploient beaucoup d'efforts préventifs, ce qui demande de meilleures capacités de gestion. La plupart des organisations qui s'agrandissent rapidement subissent généralement les répercussions de politiques inexistantes ou inappropriées, de stratégies vagues, d'incertitudes structurelles et de carences des systèmes. Il est important de reconnaître cependant que nombreuses des personnes interviewées ont souligné ces faiblesses et ont fait remarqué les étapes devant être prises ainsi que celles qui sont déjà prises pour remédier à ces problèmes. On sait généralement qu'il faut améliorer la gestion: plus spécifiquement,

1. Le ministère a certes rédigé un document de politiques mais il est trop vague. Il n'y a pas de plan et de stratégie détaillé pour indiquer les priorités des actions. Pratiquement tous les responsables et assistants techniques des département et projets que nous avons interviewés ont souligné la nécessité d'avoir un plan. En termes simples, cela veut dire: que veut le ministère et où va-t-il.

2. La décentralisation est la seule direction stratégique qui soit claire pour le moment. Celle-ci est devenue une nécessité du fait de la crise économique dans l'ensemble. Des efforts ont été faits pour définir certaines approches stratégiques rendant possible la décentralisation: mise en place d'une stratégie financière telle que l'introduction d'un plan d'assurance maladie. Les grands projets comme le PEV/CCCD et le Projet de santé et population de la Banque mondiale sont en faveur de la décentralisation. Il y a coordination à ce niveau entre les bailleurs de fonds et entre le ministère et les bailleurs de fonds.
3. Au niveau des systèmes, nous avons également noté des efforts visant à élaborer des systèmes, tels que le système d'informations en santé, et les systèmes de supervision et de formation pour aider les responsables médicaux des secteurs à gérer leurs programmes de santé. Une priorité, une stratégie et un ensemble de systèmes de soutien semblent émerger d'eux-mêmes formant un tout relativement cohérent. Tout cela est axé autour du développement d'un système de gestion décentralisé qui confère à ceux qui connaissent de près les problèmes de la prestation l'autorité et le contrôle nécessaires pour prendre les décisions en vue d'une solution.

VI. STRATEGIE POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA GESTION

A. Principes généraux

Les interventions concernant le développement de la gestion devraient se concentrer sur les éléments clés qui permettent de renforcer les efforts de décentralisation et les capacités de gestion d'un système décentralisé.

Tous les déterminants du fonctionnement organisationnel (politiques, stratégies, structures et systèmes) sont des points de départ pour le développement de la gestion. L'expérience a montré que l'on n'arrive à des résultats durables en ce domaine que si l'on prend en compte tous les déterminants. Si une stratégie d'intervention peut certes se concentrer sur un des déterminants organisationnels, elle doit toutefois prendre en compte la manière dont les problèmes liés aux autres déterminants peuvent nuire aux résultats de l'intervention ou rendre impossible la réussite de celle-ci.

B. Orientations d'une stratégie de développement de la gestion

En se plaçant du point de vue de la performance organisationnelle, la stratégie de développement de la gestion devrait avoir l'orientation suivante:

Etant donné que c'est une stratégie de développement organisationnel complète, les interventions devront s'adresser aux trois niveaux du ministère: central, intermédiaire et périphérique.

1. Au niveau central, il faut se concentrer à établir des priorités de politiques et à définir des stratégies explicites. Le ministère peut utiliser les résultats pour déterminer l'assistance technique dont il aura besoin et la manière dont il envisage de l'utiliser. Les interventions par la suite peuvent renforcer la mise en place d'une capacité de planification au niveau central. Il y a probablement capacité cumulative au niveau central avec l'apport d'une assistance technique pour mettre en place un plan approprié en un temps relativement court.

2. Au niveau intermédiaire, il faut se concentrer à relier les systèmes de gestion aux nécessités de la décentralisation. Les interventions doivent continuer à assurer que le développement des systèmes s'accompagne de la capacité à gérer une structure décentralisée. Le responsable médical du secteur a besoin de systèmes de soutien pour qu'il puisse planifier, organiser, diriger, coordonner et évaluer, bref, pour qu'il puisse assumer les responsabilités qui lui incombent.

3. Une stratégie de développement de la gestion doit prendre en compte les centres de santé et les hôpitaux ruraux au niveau périphérique où sont assurés les services de santé. Le but des systèmes de gestion est d'assurer une compétence technique chez les prestataires et une qualité au niveau des services et des soins. Ce niveau doit fournir les critères et les indicateurs pour évaluer les résultats des interventions de développement de la gestion.

C. Éléments d'une stratégie de développement de la gestion

1. Cadre des interventions

Il est important au niveau des politiques et stratégies de lancer un processus de planification stratégique qui aurait pour but de donner au ministère un cadre et des objectifs compris et pris à coeur par tous. L'exercice de planification stratégique examinera les politiques du ministère en se plaçant du point de vue des différentes contraintes et possibilités afin de choisir celles nécessaires et faisables et d'examiner systématiquement ce qui peut être fait dans les limites des ressources du ministère et voir quelles sont les ressources supplémentaires qu'il faudrait mobiliser.

2. Renforcement des capacités de gestion au niveau des secteurs

SYSTEME D'INFORMATIONS SANITAIRES: Elaborer davantage l'EPIINFO comme technologie commune pour les informations sanitaires du PEV/CCCD, du planning familial et du Sida. C'est une mesure capitale pour collecter et analyser les statistiques épidémiologiques au niveau central et des secteurs. Le bureau de l'Inspecteur général devrait prendre ce logiciel comme lien d'informations entre les niveaux, programmes et services.

FORMATION: Continuer à mettre sur pied des équipes de formation régionale pour toutes les formations techniques du PEV/CCCD, du planning familial et du Sida. Ces équipes pourraient commencer à s'attaquer à la gestion des centres, des cliniques et des différents cas ponctuels dans le cadre des principales interventions de santé.

IEC: Renforcer la capacité de planification et gestion interne, c'est-à-dire la gestion financière, gestion du matériel, de l'équipement, etc.

SUPERVISION: Renforcer les composantes techniques et méthodologiques. Relier les résultats des travaux concernant les données de supervision, les systèmes d'informations sanitaires et les activités de formation.

3. Renforcement des systèmes du ministère

Cela demandera une intervention à moyen ou long terme, axée sur le niveau central. Cette intervention devrait se concentrer sur trois systèmes de gestion clés: gestion financière, gestion de la logistique (achat et distribution de médicaments et d'autres fournitures), et gestion des informations. Ce sont les systèmes essentiels si l'on veut maintenir à long terme les activités et l'impact des programmes.

GESTION FINANCIERE: Pour cela, il faut mettre en place des systèmes de budgétisation et de contrôle et les relier aux données épidémiologiques et de services afin de suivre les coûts unitaires, éléments essentiels pour la fixation des prix, le marketing social et d'autres questions touchant à la récupération des dépenses, et pour éventuellement faire des analyses coûts-avantages des programmes de santé.

SYSTEMES D'INFORMATIONS DE GESTION: Cela permettrait d'étendre l'utilisation des systèmes d'informations en gestion à la planification à long terme au niveau central. C'est une entreprise importante demandant que l'on intègre les données épidémiologiques, des prestations, des activités et des finances en un seul système pour la prise de décisions.

LOGISTIQUE: Cela concerne tout le processus d'acquisition et distribution des fournitures. Diverses politiques liées à la production et à l'importation de médicaments devront être envisagées. Le système devra être mis en place parallèlement aux efforts visant à améliorer la gestion financière et des informations.

4. Besoins de développement organisationnel à long terme

Si nous prenons la pérennité comme critère principal pour évaluer les interventions de développement de la gestion, c'est l'impact sur le ministère de la Santé en tant qu'organisation et sur le secteur santé dans l'ensemble qui nous intéresse. Les questions les plus importantes seront probablement les finances et le personnel.

Il faudra se pencher sur la manière dont les services de santé sont payés sachant que le gouvernement s'est engagé à ce que chacun ait accès à des services préventifs et curatifs de qualité. La pérennité des programmes dépendra de l'équilibre qu'on arrivera à réaliser entre réalités financières et obligation de services.

Finalement, le développement de la gestion touche également aux questions liées au personnel puisque la pérennité des programmes dépendra dans une grande mesure de la capacité des organisations à recruter et à garder du personnel qualifié et motivé. La participation du secteur privé aux soins de santé créera tout un ensemble de nouveaux problèmes qui demanderont que soient prises de nouvelles initiatives (que ce soit du point de vue recrutement, rémunération et carrière).

Le tableau ci-après récapitule les principaux éléments de cette stratégie et indique comment elle influence le rôle des principaux bailleurs de fonds du secteur santé.

VII. QUESTIONS DE COORDINATION AVEC LES BAILLEURS DE FONDS

Les bailleurs de fonds sont concernés par les stratégies de développement de la gestion car elles déterminent le type de ressources dont on aura besoin et la manière dont on va les utiliser. Le ministère et les représentants des bailleurs de fonds interviewés ont été d'accord pour dire qu'il fallait une stratégie détaillée spécifiant les priorités du ministère et un plan détaillé indiquant comment les divers projets vont devoir pallier aux pénuries techniques, matérielles et autres. Ce n'est qu'ainsi que les bailleurs de fonds pourront coordonner efficacement les activités.

Même si tous les bailleurs de fonds conviennent pour dire qu'il existe une bonne coopération technique et stratégique, il semble y avoir un certain mécontentement face à la procédure utilisée. Cela semble être dû à l'absence d'un cadre de coordination au niveau ministériel pour avoir des interventions complémentaires plutôt que juxtaposées. Le fait de ne pas donner suite aux décisions prises lors des réunions de coordination est probablement un symptôme de l'absence de ce cadre et du manque de raison d'être de ces réunions qui en découle.

Actuellement, c'est le Projet de santé et population de la Banque mondiale qui, à défaut d'autre système, est le mécanisme permettant une coordination générale entre les bailleurs de fonds mais vu son ampleur, il ne peut pas garantir la complémentarité des fonctions au niveau opérationnel ou de conception des projets auxquels participent les divers bailleurs de fonds. Ces apports sont le résultat de bonnes relations entre les bailleurs de fonds, de leur expérience, compréhension et engagement face au développement des capacités institutionnelles du ministère de la Santé.

TABLEAU 1

Cadre pour la stratégie de développement des capacités de gestion du ministère de la Santé/Burundi

Déterminants de la performance organisationnelle	Etat actuel	But du développement	Intervention	Résultats prévus	Rôle des bailleurs de fonds
Politiques	Déclaration de politiques sur 14 domaines différents sans priorité	Définir les priorités pour le développement à long terme	Exercice de planification stratégique	Priorité et engagement /grands buts	Soutien et participation à l'exercice de planification stratégique
Stratégie	Ni plan ni approche détaillés pour mettre en oeuvre les divers aspects des politiques	Mise au point d'un plan annuel fondé sur des priorités stratégiques	Assistance technique pour travailler avec les grands directeurs du ministère de la Santé et mettre au point et mettre en oeuvre les stratégies et le processus de planification	Stratégie pour les politiques prioritaires afin de guider le processus de planification	Programmes directs de soutien des stratégies
Structure	Priorité à la décentralisation à cause de la récupération des coûts qui est impérative	Priorités stratégiques doivent soutenir la gestion décentralisée	Assistance technique aux responsables des secteurs pour compétences de planification, informations sanitaires, gestion financière	Grands systèmes en place au niveau des secteurs (système d'informations sanitaires, supervision, finances, formation)	Coordonner les éléments communs des programmes pour soutenir le développement des capacités en gestion des secteurs
Systèmes de soutien	Développement dès le début d'un système d'informations sanitaires, supervision, capacité de formation au niveau régional	Unifier et intégrer le système d'informations sanitaires pour l'épidémiologie, la supervision et la formation	Appliquer EPI-INFO à la supervision, à la collecte des données et à la formation	Les systèmes font des comptes-rendus qui peuvent servir à la planification centrale et des secteurs	Assistance technique surtout pour le développement de systèmes de soutien pour informations sanitaires, finances, formation et supervision

Les questions de politiques vont forcément mettre à jour diverses attitudes et approches en matière de coordination. Celle-ci devra être abordée de manière à ce que l'effort semble en valoir la chandelle.

Ceci dit, que peut-on faire pour assurer une coordination durable entre les bailleurs de fonds?

1. Les bailleurs de fonds doivent reconnaître que la coordination ne peut être solide et durable que si elle est placée dans le cadre d'un programme ministériel spécifique reposant sur des stratégies bien définies et un plan détaillé.

2. Si la coordination est véritablement un objectif des bailleurs de fonds, ces derniers doivent, en tant que groupe, encourager le ministère à se lancer dans une planification stratégique pour commencer à définir ce qu'il veut faire et comment il se propose d'y arriver. Cela fait, la coordination des bailleurs de fonds avec le ministère peut se faire simultanément à deux niveaux: technique et stratégique.

La coordination technique devrait se concentrer sur les systèmes communs à tous les programmes et activités de prestations afin d'éviter tout double emploi.

La coordination stratégique devrait se concentrer sur l'évaluation des politiques, stratégies et plans du ministère, et se conclure par une séance de planification annuelle avec la participation de bailleurs de fonds.

VIII. CONCLUSIONS: OPTIONS D' ACTIONS POUR L'USAID/BURUNDI

A. Court terme: 1990-1991

1. Coordination interne de l'USAID

Le Projet PEV/CCCD a déjà joué un rôle important au niveau de la capacité de gestion du ministère de la Santé. Il a introduit les éléments fondamentaux des systèmes de gestion permettant de mettre en oeuvre les politiques de décentralisation du ministère. L'USAID/Burundi peut continuer à jouer un rôle important dans le développement de ces divers systèmes en établissant clairement des directives de politiques pour tous les projets de population et du Sida afin de coordonner les systèmes d'informations sanitaires, de supervision et de formation avec le PEV/CCD.

2. Soutien pour la planification stratégique

Les deux années à venir pourraient s'avérer critiques pour le futur développement du secteur santé. Le personnel est jeune, nouveau et motivé.

Il est important d'en profiter au moment où vient de sortir la nouvelle déclaration de politiques du secteur et de démarrer un exercice de planification stratégique pour définir les priorités et les stratégies détaillées qui feront de cette politique une réalité. Si le processus de planification stratégique n'est pas entrepris à cette conjoncture, il sera peut-être plus difficile d'en prendre l'initiative lorsque les représentants seront devenus plus bureaucrates. Par conséquent, l'USAID/Burundi devrait demander au Projet de financement des soins de santé (financé centralement) d'organiser aussi vite que possible un atelier de planification stratégique. Cet atelier se penchera surtout sur la question du financement, question qui permettra d'examiner les autres éléments de la politique du ministère.

3. Mise en oeuvre des études stratégiques

Avant la mise au point d'un plan, les résultats de l'exercice de planification stratégique devraient être suivis par une analyse conjoncturelle détaillée sur les priorités des politiques et les stratégies détaillées. Un des rôles que l'USAID/Burundi peut jouer à cet égard est d'apporter au ministère l'assistance technique nécessaire pour étudier les questions relatives à la mise en oeuvre et fournir suffisamment d'informations pour fonder solidement ces plans. Probablement que le financement sera une des questions qui devront être étudiées. Si c'est le Projet de financement des soins de santé, financé au niveau central, qui se charge de l'exercice de planification stratégique, on aurait un enchaînement logique si le Projet pouvait également se charger d'une étude sur les possibilités de récupération des dépenses et les méthodes visant à introduire des systèmes de gestion financière au niveau central et des secteurs.

4. Rôle de l'USAID/Burundi dans la communauté des bailleurs de fonds

L'USAID/Burundi devrait vivement encourager tous les bailleurs de fonds qui participent au développement du secteur santé à soutenir et promouvoir le développement des systèmes de gestion établis par l'intermédiaire du projet PEV/CCCD. Le Projet de la Banque mondiale soutient et utilise ces systèmes. Mais vu que la pérennité des activités dépendra dans une large mesure de ces systèmes, l'encouragement actif de l'USAID/Burundi serait une garantie de plus que tous les bailleurs de fonds reconnaissent la nécessité de coordonner du point de vue technique et stratégique.

B. Long terme: 1991-1996

1. Objectifs de développement de la gestion dans les projets de suivi

Tant que la pérennité restera la question essentielle du développement, c'est le développement de la gestion qui restera le pivot de toutes les interventions de l'USAID/Burundi dans le secteur santé. Il n'est pas nécessaire d'avoir un projet juste en gestion, mais il est nécessaire que chaque projet ait des objectifs de développement de gestion clairement délimités en ce qui concerne les déterminants de performance organisationnelle.

2. Développement de systèmes d'informations en gestion

Cela devrait être une des priorités d'un projet de suivi. Bien qu'il s'agisse d'une entreprise de longue haleine, il faudrait que, à la fin du Projet CCCD, il existe de solides fondements. Les questions touchant au système d'informations en gestion seront soulevées par l'exercice de planification stratégique et seront partie intégrante de la stratégie de gestion financière, qu'elle soit orientée vers le secteur public ou privé ou vers les deux. C'est également une composante essentielle de la gestion des médicaments et du système logistique dans son ensemble.

3. Développement des capacités de gestion financière

Il devrait s'agir de la deuxième priorité des projets de suivi dans le domaine des capacités de gestion dans le long terme. Elle s'inscrit dans le cadre d'une étude sur la planification stratégique et la gestion financière proposée à l'USAID/Burundi comme action à court terme. Le "succès" du ministère de la Santé dépendra de sa capacité à analyser les ressources nécessaires pour les projets et de contrôler l'utilisation de ces ressources. Ce n'est qu'à ce prix là qu'on arrivera à une bonne planification stratégique annuelle. Malheureusement, pour le moment la gestion financière est parmi les systèmes les moins développés. Si le ministère et les bailleurs de fonds veulent aller plus loin que le simple examen des différentes possibilités de récupération des dépenses, cette capacité devra faire l'objet d'une attention particulière.

4. Gestion du secteur santé, USAID/Burundi

Ce sont les capacités internes de l'USAID/Burundi qui dicteront s'il est possible de mettre au point un programme de développement de la gestion à long terme dans le cadre de la stratégie de développement du secteur santé. Il s'agira d'une tâche de tous les jours. Bien que les consultants

puissent aider en apportant diverses compétences et bien que le personnel des différents projets puisse se consacrer à certaines facettes de ce travail, il faudra qu'un responsable expérimenté travaille à plein temps sur cette question si l'on veut que le programme soit durable, qu'il intègre les divers éléments, assure la continuité et la coordination entre le programme de l'USAID/Burundi et ceux des autres bailleurs de fonds.