



Renouveler la stratégie du district sanitaire pour faire avancer la Couverture Sanitaire Universelle en Afrique



Rapport de la Conférence Régionale

« Les districts sanitaires en Afrique : Progrès et perspectives 25 ans après la déclaration d'Harare »,

21 – 23 Octobre 2013, Dakar, Sénégal



**Communauté de Pratique
Prestation des services de santé**

Une conférence organisée par :



En partenariat avec:



REPUBLIQUE DU
SENEGAL



Ministère de la
Santé et
de l'Action sociale



Avec le support financier de :

Avec le soutien de
LA COOPÉRATION
BELGE AU DÉVELOPPEMENT .be



Fond Français Muskoka

Avertissement :

Les opinions exprimées dans ce rapport ne reflètent pas nécessairement la position officielle, la politique ou les vues d'Harmonisation pour la Santé en Afrique ou de ses organismes membres, ni des ministères et organismes qui ont co-organisé la conférence à Dakar ou à laquelle ils ont assisté. Les Communautés de Pratique, y compris la Communauté de Pratique Prestation de Services de Santé, réunissent des experts individuels afin de partager des connaissances.

Matériel d'appui:

La programme de la conférence, les présentations et les rapports pays sont accessibles sur le site internet de la communauté de pratique :

<http://www.health4africa.net/>

RESUME

La Déclaration d'Harare ...

Du 3 au 7 août 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait organisé une réunion interrégionale à Harare (Zimbabwe) sur les stratégies pour renforcer les districts de santé. En s'appuyant sur le mouvement de 'La Santé pour Tous' d'Alma Ata (1978), cette réunion fut une étape clé pour donner un ancrage politique au district de santé comme stratégie structurante pour les soins de santé primaire ; en sortit une déclaration connue comme la « Déclaration d'Harare sur le renforcement du district de santé basé sur les soins de santé primaire ».

Plus de vingt-cinq ans plus tard, il est clair que les systèmes de santé africains – particulièrement dans les régions rurales – ont été façonnés par ces efforts. Toutefois, de nombreux défis persistent, en particulier, le faible niveau de la qualité des soins et l'accès limité à des services essentiels. Ce succès mitigé est dû à plusieurs facteurs incluant la crise économique qui a balayé l'Afrique à cette époque, une interprétation trop sélective des douze dispositions d'Harare, une lecture trop rigide et bureaucratique de la stratégie du district de santé.

... une nécessité d'amélioration

Vingt-cinq ans ont passé. Mondialisation, démocratisation, émergence de la société civile, décentralisation politique et administrative, libéralisation économique, urbanisation croissante, progrès dans l'éducation, émergence d'une classe moyenne revendicatrice, croissance démographique et économique et les nouvelles technologies, parmi d'autres changements, ont transformé les sociétés africaines.

En ce qui concerne les besoins, des changements aussi ont eu lieu, dans des directions variables, dans des contextes nationaux différents. De nombreux défis sont encore présents. De nouveaux problèmes sont aussi apparus, le VIH/SIDA étant le plus évident. Le continent est également confronté à une insécurité croissante, à la croissance des populations urbaines, à un secteur privé en expansion, à l'incidence croissante des maladies non transmissibles et autres problèmes de santé liés aux nouveaux modes de vie (ex : les accidents de circulation, l'hypertension . .)

La communauté mondiale, les pays, les acteurs en santé n'ont pas été sans réaction : ils ont développé de nouveaux objectifs, de nouvelles pratiques, programmes de santé et outils. La donne a été modifiée avec l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement. Cette adoption a eu des effets positifs, comme un engagement politique et financier vis-à-vis du secteur de la santé ; mais la multiplication des initiatives, souvent verticales, a aussi parfois fragilisé les systèmes locaux de santé.

Plus de 25 ans après la Déclaration d'Harare, il est temps de faire le bilan de ce qui a été réalisé et de reconnaître ce qui reste à faire. Alors que nous croyons encore fermement dans le pouvoir structurant de la stratégie du district de santé, il est temps de revoir la façon de le mettre en œuvre dans des contextes radicalement modifiés.

La réunion à Dakar – 21-23 Octobre 2013

C'est avec cette ambition, que la Conférence Régionale « Districts de santé en Afrique : progrès et perspectives 25 ans après la déclaration d'Harare » s'est tenue à Dakar, du 21 au 23 octobre 2013. L'événement était organisé par la Communauté de Pratique « Prestation des Services de Santé » – une communauté affiliée à *Harmonisation pour la santé en Afrique* et qui rassemble des centaines d'experts africains – en coordination avec l'Unicef, l'OMS AFRO, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), la plateforme belge Be-cause Health, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal et l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers.

Environ 20 délégations nationales et 170 experts – médecins-chefs de district, directeurs nationaux, chercheurs, assistants techniques, entrepreneurs sociaux et innovateurs – s'y sont rendus. Pendant trois jours, ces experts ont partagé leurs expériences et connaissances sur l'organisation des soins de santé primaire au niveau local.

Les sections suivantes rapportent les faits saillants et messages principaux de la conférence.

... inspirée par des connaissances et plateformes nouvelles

Au cours des 25 dernières années, la pensée théorique et les connaissances ont également évolué. Le modèle du district avait été conceptualisé dans les années 1980, à une époque où les concepts comme le '*stewardship*' et la gouvernance, les arrangements institutionnels et les incitants ne faisaient pas partie du corpus théorique disponible. De nos jours, nous avons une bien meilleure compréhension par exemple de la façon dont les institutions donnent forme aux incitants et en conséquence, influencent les comportements et par là, la performance des organisations et des systèmes de santé.

En tant que communauté d'acteurs, nous avons aussi appris à mieux coordonner nos efforts pour renforcer les systèmes de santé en vue de l'obtention de meilleurs résultats. La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, adoptée en 2005, a offert une nouvelle vision ancrée dans les principes de l'appropriation, de l'alignement, de l'harmonisation, des résultats et de la redevabilité mutuelle. En Afrique, les agences multilatérales et plusieurs agences d'aide bilatérales ont mis leurs forces en commun sous la bannière de l'Harmonisation pour la Santé en Afrique. Parmi d'autres choses, elles ont encouragé la création de communautés de pratique comme celle qui a mené la conférence.

L'Afrique va changer encore plus dans les 25 prochaines années

Considérée comme le continent sans espoir il y a seulement dix ans, l'Afrique abrite aujourd'hui plusieurs des économies les plus dynamiques. C'est à juste titre, une raison majeure d'espoir pour un continent qui accueille toujours les pays les plus pauvres du monde. Les transformations économiques et sociales vont s'accélérer en Afrique.

Les changements en cours et ceux encore plus grands à venir dans le futur ont des implications majeures pour les systèmes locaux de santé. L'urbanisation rapide de l'Afrique nécessite des investissements majeurs en infrastructure et des politiques pour assurer un environnement sain pour la population et en particulier pour les plus pauvres. Le vieillissement et le double fardeau dû à la transition épidémiologique va soumettre les services de santé à de nouvelles pressions.

Pour faire face à ces nombreux défis, l'Afrique continuera à bénéficier de l'aide. Contrairement à l'agenda des OMD, l'ordre du jour mondial émergent du *développement durable* nécessitera de mettre en relation la santé elle-même à ses dimensions économique, sociale et écologique.

Au niveau du district de santé, un changement du mode opératoire est nécessaire. Pendant l'atelier, grâce à l'échange d'approches et le partage d'expériences innovantes, les participants ont identifié quelques-unes des implications de ces changements contextuels sur la stratégie du district sanitaire. Leurs analyses sont intégrées dans leurs 12 recommandations (listées à la fin de ce rapport).

Le district de santé demeure une stratégie très valable ...

Faut-il, à cause de cette profonde transformation du continent, repenser totalement l'architecture des systèmes de santé en Afrique? A la fin de la conférence de Dakar, nous sommes arrivés à la conclusion principale que la stratégie du district sanitaire et les valeurs sous-jacentes restent aussi convaincantes qu'elles l'étaient en 1987. Les adaptations à apporter, le sont principalement au niveau de la mise en œuvre.

Ceci est cohérent avec le fait que les concepts et les principes qui sous-tendent la conception et le fonctionnement des «districts» / systèmes de santé locaux (par exemple, la nécessité d'avoir un agent de santé polyvalent à la première ligne, l'importance d'une étroite coordination entre les prestataires de soins de santé, la nécessité d'une action locale ...) sont universels. Il n'existe toutefois pas de solution unique pour tous les districts ; même au niveau de chaque pays, plus de flexibilité est nécessaire.

... qui peut bénéficier d'une vision renouvelée

Les participants à la conférence de Dakar ont largement discuté le rôle accru que pourraient et devraient jouer les **individus, les ménages et la communauté** en tant que co-producteurs de leur propre santé. Leur évaluation est que les individus, les ménages et les communautés deviendront des «ressources» clés pour prévenir et atténuer la souffrance, la morbidité et les décès prématurés dus aux transitions démographiques et épidémiologiques. L'éducation et la transmission d'information et de connaissances seront les armes principales dans cette bataille. L'émancipation, la liberté de ces acteurs

et leur voix devraient donc recevoir beaucoup plus d'attention. **Plusieurs pistes d'action ont été identifiées**, elles sont détaillées et listées par acteur dans ce rapport.

La réalité de la libéralisation du marché doit également être mieux reconnue, à la fois en termes d'opportunités et des risques qu'elle véhicule. **Une priorité absolue pour les autorités de santé en Afrique est de reconnaître la nature pluraliste du secteur de la santé aujourd'hui** et les responsabilités qui reposent sur elles, en tant que gardiennes d'un système de santé (qui ne s'arrête pas à leurs propres établissements de santé).

Cette nouvelle vision implique un **changement substantiel en termes d'approche au niveau du district**. La **stratégie devrait être beaucoup plus souple, inclusive, ouverte au dialogue avec les nombreux acteurs, favorable à l'innovation et à l'apprentissage au niveau organisationnel**. Cela montre la nécessité d'une révision du rôle, des compétences et des instruments politiques aux mains des responsables de l'optimisation du système de santé local.

CONTEXTE

La Déclaration d'Harare

Du 3 au 7 août 1987, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) avait organisé une réunion interrégionale à Harare (Zimbabwe) sur les stratégies pour renforcer les districts de santé. En s'appuyant sur le mouvement de 'La Santé pour Tous' d'Alma Ata (1978), cette réunion fut une étape clé pour donner un ancrage politique au district de santé comme stratégie structurante pour les soins de santé primaire. Il en est sorti une déclaration connue comme la « Déclaration d'Harare sur le renforcement du district de santé basé sur les soins de santé primaire ».

Dans cette déclaration, les experts et les représentants des différents pays ont convenu d'un certain nombre de points d'action, incluant : i) la décentralisation de la gestion des ressources humaines et financières, ii) la mise en place d'un processus de planification décentralisé au niveau du district, iii) plus de participation communautaire, iv) la promotion d'une approche intersectorielle v) le développement du leadership dans les soins de santé primaires et vi) la mobilisation des acteurs et la redéfinition du rôle opérationnel de l'hôpital. Quelques semaines plus tard, la plupart de ces propositions ont été incluses dans le cadre de l'Initiative de Bamako.

Dans les décennies qui ont suivi, de nombreux acteurs travaillant en Afrique - agences multilatérales et bilatérales, ONG nationales et internationales - ont uni leurs forces à celles des Ministères de la Santé pour mettre en œuvre une stratégie remaniée de soins de santé primaires comprenant un «paquet minimum d'activités» disponible au niveau du centre de santé (considéré comme le point d'entrée du système de santé) et un «paquet complémentaire d'activités » qui doit être fourni à l'hôpital de référence, les deux niveaux étant coordonnés par une équipe de gestion du district.

Une des principales forces du modèle du district de santé – et une des principales raisons pour lesquelles tout une génération de travailleurs du système de santé l'ont approuvé – était qu'il combinait des valeurs fortes (équité, efficacité, efficience, autonomie et solidarité) avec une clarté conceptuelle et une pertinence opérationnelle. Pour les Ministères de la Santé, le modèle du district de santé a facilité l'expansion de la couverture en services essentiels d'une manière rapide, efficiente et équitable. Le modèle a rendu possible la prise de décisions pour les investissements en infrastructure (basée sur un plan de couverture complet) et sur la distribution de ressources essentielles au sein du pays (personnel de santé, médicaments, équipement, allocation du budget public limité et de l'aide internationale).

Plus de vingt-cinq ans après, il est clair que les systèmes de santé africains – particulièrement dans les zones rurales – ont été façonnés par ces efforts. Les réalisations au niveau national sont nombreuses, notamment : la stratégie constitue l'épine dorsale de presque tous les services de santé, le paquet d'activités se concentre sur des services prioritaires et il y a une couverture assez bonne de la population par les services de santé, y compris grâce à l'intégration des services de santé privés confessionnels dans les systèmes de santé.

Cependant, de nombreux défis restent à relever, en particulier la mauvaise qualité des soins et l'accès limité à des services essentiels. Le 'verre' du système local de santé est à moitié vide . . . et la population africaine a soif.

Ce succès partiel a plusieurs causes. Le contexte avant tout : les années 1980 et 1990 ont été très rudes pour les économies africaines ; les ressources requises pour mettre en place la stratégie du district de santé et donner à l'approche toutes les chances qu'elle mérite n'ont souvent pas été disponibles. Ensuite, dans beaucoup de pays, un tri a été effectué dans la mise en place des 12 recommandations d'Harare. Les Ministères de la Santé et leurs partenaires ont souvent laissé de côté les points d'action les plus délicats comme la décentralisation complète, l'autonomisation réelle de la communauté ou l'action multisectorielle en partie à cause des contraintes politiques au niveau du pays. Finalement, plusieurs points d'action ont été mis en place de manière bureaucratique, standardisée et imposée d'en haut avec une adaptation insuffisante au contexte (ex : le manque d'adaptation du système de district à la complexité du milieu urbain) et peut-être avec trop de foi dans le pouvoir de la planification, l'autorité et le contrôle.

Vingt-cinq années ont passé. Le moment est venu de faire le bilan de ce qui a été accompli et de reconnaître ce qui reste à faire. Premièrement et avant tout, nous devons remercier tous les experts qui ont dédié parfois leur vie entière à la mise en place de systèmes de santé locaux solides en Afrique. Ils ne seront pas oubliés. Il est toutefois peut-être temps de charger la génération suivante de développer une nouvelle vision. Bien que la pertinence de la stratégie du district de santé soit encore forte, il est nécessaire, dans un contexte qui a radicalement changé, de reconsidérer la façon dont il est mis en place.

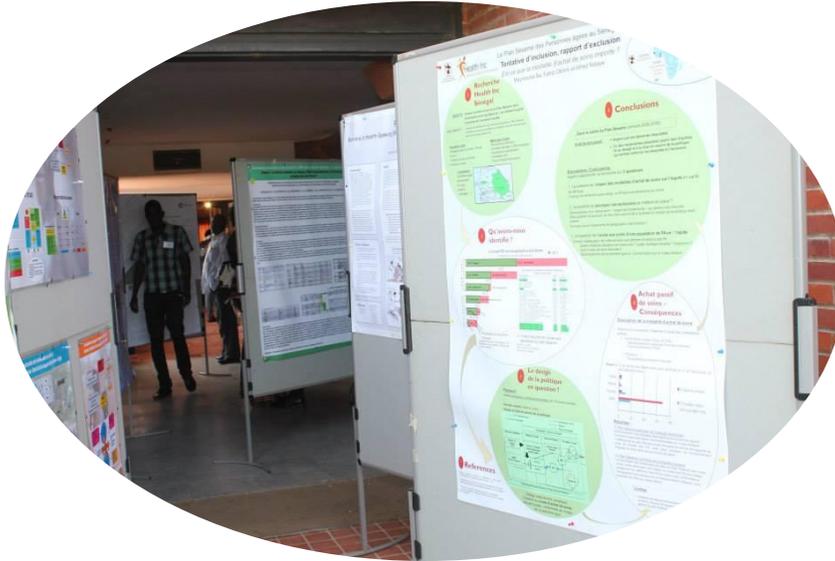
La réunion à Dakar – 21-23 Octobre 2013

C'est dans ce cadre, que la Conférence Régionale « Districts de santé en Afrique : progrès et perspectives 25 ans après la déclaration d'Harare » a été organisée par la Communauté de Pratique « Prestation des Services de Santé » – une communauté virtuelle affiliée à *Harmonisation pour la santé en Afrique* et qui rassemble des centaines d'experts africains – en coordination avec l'Unicef, l'OMS AFRO, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), la plateforme belge Be-cause Health, le Ministère de la Santé et de l'Action Sociale du Sénégal et l'Institut de Médecine Tropicale d'Anvers. Le niveau d'ambition était élevé, comme mentionné plus haut.

Environ 20 délégations nationales et 170 experts – médecins-chefs de district, directeurs nationaux, chercheurs, assistants techniques, entrepreneurs sociaux et innovateurs – s'y sont rendus. Pendant trois jours, ces experts ont partagé leurs expériences et connaissances sur l'organisation des soins de santé primaire au niveau local. L'esprit était à la discussion créative entre égaux et cet esprit s'est propagé aux discours, sessions plénières, commissions et débats. Les participants ont souligné les approches innovatrices développées en Afrique pour la coordination des systèmes locaux de santé et de dispensation de soins. Ils ont formulé des recommandations aux acteurs essentiels et identifié les questions qui nécessitent plus d'attention en termes de recherche et de partage d'informations. En raison de contraintes de temps et de la nécessité de rester centré, des sujets importants – comme

l'accès financier aux services de santé, les ressources humaines, l'infrastructure et les médicaments – n'ont pas été couverts à dessein.

Les sections suivantes présentent les analyses et messages principaux partagés à la conférence, y inclus les résultats des intenses délibérations qui ont pris place pendant les 3 jours.



ANALYSES

En 25 ans, les pays africains ont beaucoup changé

Au cours des 25 dernières années, l'Afrique a connu sa plus longue période de croissance économique. Le revenu par habitant a plus que doublé dans 23 pays africains depuis 1990, et les taux de croissance du PIB ont été en moyenne de 5% par an au cours des dix dernières années.

La démocratisation, l'émergence de la société civile, la décentralisation politique et administrative, la libéralisation économique, l'urbanisation croissante, les progrès dans l'éducation, l'émergence d'une classe moyenne revendicatrice, le dividende démographique, la transition épidémiologique, les nouvelles technologies, la mondialisation, parmi beaucoup d'autres changements, ont transformé les sociétés africaines. Parmi beaucoup d'autres implications, **ces changements ont conduit à une révision à la hausse des attentes et des exigences des citoyens envers leurs systèmes de santé locaux.**

En ce qui concerne les besoins, la situation a aussi considérablement changé. Certes, de nombreux défis présents il y a 25 ans, sont toujours là. Dans la plupart des pays africains, les besoins de santé liés à la pauvreté généralisée (par exemple les maladies de l'enfance) demeurent. Ceci est particulièrement vrai dans les pays touchés par des catastrophes naturelles récurrentes ou créés par l'homme en particulier les conflits armés. Cependant, de nouveaux problèmes de santé ont également émergé, le VIH / SIDA étant le plus évident. Le continent est également confronté à l'incidence croissante des maladies non transmissibles (MNT) et autres problèmes de santé liés aux nouveaux modes de vie (par exemple, les accidents de la circulation, hypertension ...) et d'autres changements démographiques, grâce aux progrès dans la réduction de la mortalité et en particulier les taux de mortalité infantile.

La communauté mondiale, les pays, les acteurs en santé n'ont pas été sans réaction. Ils ont développé de nouveaux objectifs, de nouvelles pratiques, programmes de santé et outils. La donne a été modifiée avec l'adoption des Objectifs du Millénaire pour le Développement qui ont fixé des objectifs prioritaires clairs pour les systèmes de santé et ont permis un engagement politique et financier renouvelé vis-à-vis du secteur de la santé. À la suite de ces initiatives mondiales, de nouvelles solutions techniques comme les moustiquaires imprégnées d'insecticide et des médicaments antirétroviraux ont été testés et généralisés. Malheureusement, le réinvestissement international dans la santé a également conduit à une multiplication d'acteurs et un nombre croissant d'initiatives mondiales à but unique imposées de haut en bas et parfois parallèles. Dans de nombreux pays, en raison de l'influence majeure des acteurs internationaux, cela a souvent conduit à la fragmentation, la distorsion et, finalement, l'affaiblissement du système de santé de district conçu pour offrir des réponses globales aux besoins des gens.

Frustrés par les lacunes récurrentes des systèmes de santé locaux, les acteurs ont innové. La libéralisation économique a permis une puissante réponse du marché 'en dehors' du système de santé de district avec une expansion rapide du secteur privé de soins de santé. Cela a conduit à une large diversification des niveaux de soins qui tentent de répondre aux attentes croissantes des personnes (clients payants) à l'égard de la qualité des services et l'attitude du personnel de santé. La forte

croissance du secteur privé est (potentiellement) une opportunité, comme le secteur capte des ressources additionnelles ; mais cette croissance comporte également de nouveaux dangers (sur-prescription, tests de diagnostic non nécessaires, médicaments de qualité douteuse, priorité donnée aux soins curatifs aux dépens des services préventifs . . .)

La prise de conscience accrue de la nécessité d'aligner les prestataires travaillant pour le secteur public, pour le secteur confessionnel ou en privé sur les priorités des ministères de la santé a mené à l'expérimentation et à la mise en place de nouvelles structures de motivation, incluant des incitants financiers (comme par exemple le financement basé sur la performance). D'autres innovations – comme les *médecins de campagne* au Mali par exemple – peuvent avoir eu des succès moins visibles mais mettent également en évidence le besoin de repenser le fonctionnement et le profil des prestataires de soins de première ligne dans les systèmes locaux de santé.

Nouvelles connaissances, nouveaux partenariats et nouvelles plateformes pour un meilleur système de santé

Au cours des 25 dernières années, la pensée théorique et les connaissances ont également évolué. Le modèle du district avait été conceptualisé dans les années 1980, à une époque où les concepts comme la complexité, le *'stewardship'* et la gouvernance, les arrangements institutionnels et les incitants ne faisaient pas partie du corpus théorique disponible. De nos jours, nous avons une bien meilleure compréhension de ce que la fonction de *'stewardship'* comporte et nous comprenons mieux comment les institutions donnent forme aux incitants pour influencer les comportements, la performance des organisations et par là du système de santé. Nous sommes aussi plus réalistes à propos de ce qui est sous le contrôle du planificateur (beaucoup moins que ce que nous souhaiterions). Cette compréhension et de nouveaux cadres de référence nous offrent de nouvelles directions pour agir.

Avoir de nouvelles idées et inspiration, c'est très bien mais nous avons aussi appris à être plus prudents. Nous nous soucions beaucoup plus maintenant de la constitution de preuves scientifiques pour les nouvelles approches, de mesurer leur impact et de comprendre le processus de transmission des effets, en partie parce que nous sommes plus au fait des interférences possible de différentes parties prenantes, à tous les niveaux.

En tant que communauté d'acteurs, nous avons aussi beaucoup appris sur la façon de travailler ensemble pour mieux coordonner nos efforts afin de renforcer les systèmes de santé en vue d'obtenir un meilleur état de santé en mettant plus l'accent sur les résultats (par ailleurs, nous avons également amélioré les techniques pour mesurer ces résultats et plus particulièrement leur répartition parmi les groupes socio-économiques). La Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide, adoptée en 2005, a offert une nouvelle vision ancrée dans les principes de l'appropriation, de l'alignement, de l'harmonisation, des résultats et de la redevabilité mutuelle. En 2006, les agences multilatérales et plusieurs agences d'aide bilatérales ont mis leurs forces en commun sous la bannière de *'Harmonisation pour la Santé en Afrique'*. Les acteurs ont également appris à saisir les nouvelles opportunités offertes par la révolution des technologies de l'information et de la communication. Ces technologies permettent aujourd'hui de

connecter les gens, les citoyens et les experts de façon impensable il y a 25 ans. Les groupes virtuels comme les communautés de pratique apparaissent comme de nouvelles plateformes de dissémination des idées et de construction des savoirs.

C'est le moment de tirer parti de ces nouvelles opportunités pour renforcer les systèmes locaux de santé.

Les pays africains pourraient changer encore plus au cours des 25 prochaines années.

La mondialisation redistribue les cartes. L'Afrique abrite plusieurs des économies à la croissance la plus rapide. Pour un continent qui accueille encore de nombreux pays parmi les plus pauvres du monde, c'est une raison majeure d'espoir. Le continent devient en effet de plus en plus hétérogène. Malheureusement, les inégalités au sein des pays sont également croissantes.

La croissance persistante de la population pourrait être une opportunité par ce qu'on appelle 'le dividende démographique' mais cela pourrait aussi être une menace : effectivement, si les problèmes de gouvernance politique et économique ne sont pas réglés, les économies nationales n'auront pas assez d'emplois pour les centaines de millions de jeunes arrivant sur le marché du travail dans les prochaines décennies. De nombreux pays d'Afrique peuvent espérer sortir leur population de la pauvreté, mais ils devraient aussi bâtir une capacité suffisante pour faire face aux chocs internes et externes (de plus en plus fréquents) causés par les changements climatiques, le monde globalisé et un système économique qui nécessite des transformations substantielles. Construire la résilience sera vital dans les décennies qui viennent.

Ces changements en cours et ceux plus importants à venir dans le futur (que nous pourrions encore ignorer) vont avoir des implications majeures pour les systèmes locaux de santé. L'urbanisation rapide de l'Afrique nécessite des investissements majeurs dans les infrastructures et des politiques pour assurer un environnement sain pour la population, et pour les plus pauvres en particulier. Le vieillissement et le double fardeau dû à la transition épidémiologique imposeront une nouvelle pression sur les services de santé.

Pour faire face à ces nombreux défis, l'Afrique continuera à bénéficier de l'aide internationale, en particulier des prêts à taux d'intérêt subsidiés, des subventions et une assistance technique. Toutefois, en raison des nouveaux défis mondiaux et de l'évolution géopolitique, le scénario le plus probable est que « l'aide pour la santé » va diminuer et sera plus concentrée sur les pays les plus pauvres et les plus fragiles. Cela va probablement forcer mais aussi permettre aux acteurs nationaux de reprendre le contrôle de leurs systèmes de santé. Les gouvernements devront faire un meilleur usage des financements internes (y compris le paiement direct des soins) et engager plus de ressources domestiques dans la santé, mais cela leur permettra également de se concentrer sur des domaines critiques tels que le renforcement du système de santé, qui ont été négligés par les bailleurs de fonds. Cela les mettra dans une position plus forte vis-à-vis des acteurs externes encore prêts à investir dans la santé.

Ceci semble consistant avec l'ordre du jour mondial émergent du *développement durable*, qui au contraire de l'ordre du jour des OMD, va demander que la santé elle-même (et la santé communautaire) soit en relation avec les dimensions économiques, sociales et écologiques du développement durables.

Avec un peu d'optimisme, les approches basées sur les droits humains, inscrites dans les lois nationales et internationales joueront un plus grand rôle dans la définition des responsabilités des différents niveaux d'acteurs, depuis le local jusqu'à l'international. Cela peut réduire l'incertitude et l'imprévisibilité de certaines contributions. La mise à l'ordre du jour de la Couverture Universelle en Santé (CUS) représente probablement un pas dans cette direction.



Au cours de l'atelier, les participants ont réfléchi sur les implications de ces changements contextuels sur la stratégie du district de santé. Voici quelques résultats de cette réflexion :

- La plus grande circulation des gens (grâce aux moyens de transports et au réseau routier) et la libéralisation du marché va transformer les comportements de recours aux soins. Nous devons repenser pour la première ligne de soins, les modalités de relations privilégiées, avec leur nécessaire continuité temporelle, entre les personnes et leurs services de santé (par exemple par l'inscription volontaire des personnes chez un prestataire de soins au lieu d'un système où les prestataires sont responsables d'une zone géographique). Suite à la demande des usagers pour d'avantage de diagnostics sophistiqués et de technologies médicales, on peut aussi s'attendre à avoir de plus en plus de patients qui vont directement à l'hôpital de second niveau de référence aux dépens de l'hôpital de district ; une redéfinition du rôle et du fonctionnement de l'hôpital de district devra avoir lieu.
- Grâce à la démocratisation, la libéralisation des médias et les médias sociaux, les populations vont mieux faire entendre leurs frustrations et leurs préférences. Intégrer ces nombreuses préférences dans les services et interventions existants sera difficile, vu que la transition épidémiologique et démographique augmentera l'hétérogénéité des besoins et des demandes. Les mécanismes de paiement des prestataires vont devenir des instruments primordiaux pour les gouvernements afin de contrôler les coûts.
- Un défi pour la mise à l'ordre du jour de la couverture universelle en santé (CUS) au niveau national sera l'inégalité croissante intra sociétale. Cette dernière pourrait s'accompagner d'une fragmentation des mécanismes de mutualisation des risques ; ce qui constituerait un obstacle à la construction de systèmes locaux de santé cohérents et équitables.
- L'apparition des maladies non transmissibles nous oblige à repenser et considérer de manière plus dynamique le contenu des paquets d'activités dits minimum et complémentaires fournis respectivement à la première et à la seconde ligne, avec encore plus d'attention au besoin de se baser sur des preuves scientifiques solides pour contrer les nouvelles forces du marché (comme par exemple les firmes pharmaceutiques).
- L'urbanisation croissante défie la proposition par défaut du district de santé (comme des centres publics de santé responsables d'une zone et un hôpital de référence de premier niveau). La réalité complexe des systèmes de santé mixtes impliquant des acteurs du système privé de soins à des niveaux variés du système (hôpitaux, cliniques, pharmacies) requiert la définition par le niveau central de nouveaux cadres de régulation, de politiques de partenariats et de recommandations de mise en place.
- De nouvelles responsabilités de coordination incomberont aux équipes cadre de district. En particulier, elles participeront aux processus d'attribution de licences, d'accréditation, de supervision et de contrôle de la qualité des structures privées. Si cela se concrétise, au lieu d'être de simples représentants du ministère de la santé au niveau du district, les équipes de gestion du district devront devenir l'organisme central dans la conduite et la coordination des activités de santé au niveau local.
- La complexité et la compréhension insuffisante des caractéristiques de ces nouveaux contextes indique un besoin conséquent de recherche opérationnelle pour générer les connaissances nécessaires et le savoir-faire managérial pour bien s'attaquer à ces nouveaux défis.

Le district de santé : une stratégie toujours valable

Doit-on à cause des profondes transformations du continent, complètement repenser l'architecture des systèmes de santé en Afrique ? Bien sûr que non . . .

A la fin de la conférence de Dakar, les participants sont arrivés aux conclusions suivantes :

1. La stratégie du district de santé et ses valeurs sous-jacentes restent aussi convaincantes qu'elles ne l'étaient en 1987. Les adaptations nécessaires se situent principalement au niveau de la mise en place. Ceci est parfaitement cohérent avec une évaluation similaire des soins de santé primaires faite 30 ans après la conférence de Alma-Ata à Ouagadougou en 2008.
2. Le nouveau élan mondial de mobilisation pour la couverture sanitaire universelle restera une promesse vide si elle ne met pas l'accent sur la fourniture de services de qualité accessibles à tous – ce qui ne se passera pas sans le renforcement des systèmes locaux de santé.
3. Renforcer la santé, c'est avant tout protéger et autonomiser les individus, les ménages et les communautés face à la maladie et reconnaître et respecter leur rôle crucial dans la production de la santé, en partenariat avec les professionnels de la santé. C'est avec cette perspective qu'il faut partir, et c'est seulement ensuite qu'on peut parler d'aspects plus technocratiques comme l'organisation des soins de santé, d'organes de gestion publique, de limites administratives et de systèmes.
4. Cette vision fournit un support fort pour la stratégie de district de santé. Effectivement, la proximité géographique et sociale, la continuité de la relation entre les personnes et leurs services de santé, et la confiance mutuelle sont des « améliorateurs » importants de la coproduction de santé et de bien-être par les individus, les ménages et les communautés avec les acteurs professionnels de la santé. Ceci indique la nécessité **d'action locale** sur l'intégralité du spectre des interventions de santé (promotion, prévention, soins curatifs et réhabilitation). Pour des raisons de mobilisation de ressources, d'efficacité, d'efficacités, et de réactivité, cette action locale doit être **coordonnée et planifiée**.
5. Certains principes d'organisation sont encore valables. Notre vision correspond au consensus international qu'un professionnel de santé polyvalent à la **première ligne** est crucial pour faciliter l'accès et permettre des soins centrés sur le patient, intégrés et continus pour les patients qui le visite. Pour des raisons d'efficacité, ce travailleur de santé de première ligne polyvalent doit pouvoir se reposer sur un prestataire de **seconde ligne** techniquement plus sophistiqué (traditionnellement un hôpital). Pour des raisons d'efficacité (et de qualité des soins) la recherche de complémentarités entre ces deux niveaux reste importante.
6. Nous reconnaissons que les concepts et les principes qui sous-tendent le modèle et le fonctionnement des « districts »/systèmes locaux de santé sont universels. La contribution à la conférence des orateurs du Nord a illustré le fait que les défis sont en effet universels. Bien sûr, la perspective concrète, l'architecture et le fonctionnement des systèmes de santé doivent être spécifiques au contexte. Il n'y a pas de solution unique qui convienne à tous les districts, même au niveau national.

Changer notre perspective

Autonomisation, liberté et expression

Les participants à la conférence de Dakar ont discuté le plus grand rôle que pourraient et devraient jouer les individus, les ménages et les communautés. Les pays devraient passer d'une vision les considérant comme des bénéficiaires passifs de politiques publiques à une vision selon laquelle ils sont des acteurs de leur propre santé. Cela pourra être obtenu par trois voies complémentaires : l'autonomisation, la liberté et l'expression des citoyens.

L'autonomisation ('empowerment') – comprise ici comme un processus délibéré visant à accroître la capacité de quelqu'un à choisir parmi son ensemble de choix et de développer des actions de façon autonome – est une valeur intrinsèque, un but et un droit en soi, qu'elle réponde aux objectifs des services de santé ou pas. Les expériences d'Ouganda ont démontré que la communauté ou les patients pouvaient être des coproducteurs majeurs de bonne santé. Leur autonomisation, qui est évidemment un processus graduel, peut être un instrument de lutte à la fois contre les « vieux » défis comme les mauvaises conditions d'hygiène, et les nouveaux défis comme le suivi des maladies chroniques par exemple le VIH. Notre évaluation est que les individus, les ménages et les communautés seront des ressources clés pour prévenir et atténuer la souffrance, la morbidité et la mortalité prématurée due aux transitions démographiques et épidémiologiques. L'éducation et la transmission d'informations et de connaissances seront des armes primordiales dans cette bataille.

Cela implique un changement substantiel en termes d'approche au niveau du district. Tous ensemble, nous devons grâce à un véritable dialogue avec les personnes, l'expérimentation, l'innovation et le partage d'expérience, identifier quel est le mélange adéquat nécessaire d'instruments de politique pour gagner cette bataille. **Il faudra aussi changer des pratiques existantes et revoir certaines normes éthiques.** Par exemple, nous devrions nous assurer que les communautés soient propriétaires des informations de santé publique collectées à leur niveau et qu'elles leur soient renvoyées afin qu'elles puissent prendre des mesures nécessaires en temps opportun.

Nous croyons aussi que *l'expansion de la liberté* – comprise ici comme un processus délibéré visant à accroître les ensembles de choix des personnes et une meilleure protection dans l'exercice de leurs droits – est **un processus insuffisamment exploité pour améliorer la performance des systèmes locaux de santé en Afrique.** On devrait s'éloigner de la vue qui présuppose la passivité des individus et des ménages et attend de la discipline de leur part (par exemple, le respect des frontières administratives). La décision d'utiliser les services de santé relève entièrement de leur liberté. Ceci est certainement déjà une réalité (et un défi) dans les villes et leurs banlieues. Suite à l'extension du réseau de transport, cela deviendra bientôt une réalité dans certaines régions rurales également.

La liberté de choix est une valeur en elle-même mais si les usagers sont bien informés cela peut aussi être un puissant mécanisme pour assurer une responsabilité et une plus grande réactivité des

prestataires de santé, ce qui a été insuffisamment reconnu par le passé. Des mécanismes qui assurent que l'argent suive le patient (comme les financements basés sur les résultats) sont des instruments qui méritent plus d'attention à cet égard.

Suite à la libéralisation du marché en Afrique, la liberté existe aussi du côté des prestataires. Une **priorité d'importance primordiale pour les autorités de santé africaine est de reconnaître la nature tout-à-fait pluraliste du secteur de santé aujourd'hui** (prestataires publics, prestataires privés non lucratifs, cliniques privées, prestataires informels . . .). Le temps où les ministres de la santé pouvaient se focaliser uniquement sur leurs propres structures de santé est clairement terminé. Il est urgent pour eux de développer la boîte à outils adéquate pour aligner les prestataires de soins à but lucratif sur les objectifs publics en particulier la couverture médicale universelle. Les expériences du Cameroun, Rwanda et Ouganda partagées à la conférence ont montré que c'était possible.

Expression ('voice') – considérée ici comme le mécanisme par lequel les citoyens et les usagers expriment leurs préférences pour donner la direction des actions collectives – est à la fois valable comme but (démocratie et droits politiques) et comme moyen d'obtenir des services de santé plus performants (par l'expression d'insatisfactions et de frustrations). La participation communautaire était un axe clé de la déclaration d'Harare et de l'Initiative de Bamako, en conséquence, un « comité de santé » a été mis sur pied dans chaque centre de santé avec des résultats variables dans beaucoup de pays. Pourtant, la communauté représente un instrument valide pour corriger des problèmes anciens comme l'absentéisme et la mauvaise performance du personnel de santé et pour soutenir l'équipe cadre de district dans son rôle de supervision. De nouveaux mécanismes – comme les informations budgétaires et les tableaux de bord multidimensionnels (*'balanced score cards'*) – ont été explorés dans la décennie précédente. Ils sont pourtant insuffisamment intégrés en pratique au niveau du district.

Coordination de la gamme complète des acteurs

Tous ces acteurs ont besoin d'être coordonnés. Plusieurs présentations à la conférence ont montré que les arrangements institutionnels jouent un rôle important à cet égard ; des exemples de systèmes de financement basés sur la performance au Cameroun et en RDC indiquent que la révision des mesures d'incitation, la redistribution des rôles et la meilleure délimitation et la séparation des fonctions sont probablement tous nécessaires.

La coordination passe également par la création d'un organe légitime ou d'une plateforme pour orienter le système local de santé. Dans les sociétés qui de plus en plus valorisent la liberté, une telle légitimité ne provient pas de l'autorité administrative : elle doit être conquise principalement par le leadership, le dialogue et la confiance. La coordination requiert probablement un juste équilibre entre les mécanismes de coordination de haut en bas et des mécanismes plus horizontaux basés sur la confiance, des modalités de coordination entre les différents acteurs du système local de santé.

De toute évidence, le Ministère de la Santé devrait jouer le rôle de premier plan dans cet effort de coordination. La création d'un environnement juridique et institutionnel favorable au travail avec d'autres secteurs et la mise en place des organes de concertation et de coordination nécessaires pour

rassembler tous les acteurs autour de la même table restent de son ressort. Au niveau du district, la planification de l'équipe de gestion du district devrait évoluer d'un processus qui détermine des priorités et alloue des ressources publiques (planification du Ministère de la Santé) vers un outil de coordination plus global, visant à aligner et harmoniser les différents acteurs présents dans le district et de capitaliser sur le plein potentiel de toutes les parties prenantes dans le secteur de la santé (Planification du Secteur de la Santé). Ces deux processus vont renforcer les fonctions de *stewardship* aux niveaux central et du district.

Cependant, il est également temps de passer à une vision plus pluraliste de la fonction de stewardship. Le stewardship doit être partagé avec d'autres acteurs, certainement avec les autorités locales mais parfois, au travers de processus de consultation, avec le secteur privé. A la conférence, nous avons entendu parler de telles coordinations mises en place par des réseaux de professionnels au Mali et en Guinée. Nous avons aussi entendu une expérience en République Démocratique du Congo où le Ministère de la Santé a, avec succès, délégué la gouvernance de districts de santé à un organisme privé à but non lucratif. Considérant que cette nouvelle vision est requise par le nouveau contexte, il est important de noter que **sa mise en œuvre devra surmonter de nouveaux défis également apportés par ce nouveau contexte.**

Par exemple, les changements dans la composition des besoins et des exigences de santé, mais aussi leur hétérogénéité croissante - surtout maintenant que les pays sont de plus en plus confrontés à un double fardeau des maladies infectieuses et liées au style de vie - vont défier les pratiques et les mécanismes actuels qui déterminent la fourniture de services .

Des arrangements institutionnels permettant d'organiser la répartition des ressources d'une manière qui soit efficiente, équitable et adaptée aux demandes et besoins nouveaux, seront essentiels. Ces arrangements comprennent les processus de détermination des priorités, la prestation des services, les listes de médicaments essentiels (éligibles au remboursement par les systèmes d'assurances sociales par exemple), les protocoles mais aussi par exemple les mécanismes de paiement des prestataires et d'accréditation.

Assurer dans cet environnement nouveau, l'idéal d'une réponse localisée aux besoins ressentis par une population sera un défi. Outre les plateformes de dialogue, de nouveaux instruments seront nécessaires, tels que les programmes pour encourager les médecins à travailler dans les zones rurales ou des subventions correspondantes pour encourager les collectivités à réaliser leur propre vision.

DIRECTIONS POUR L'ACTION

Recommandations par acteur

A la fin de chaque session de la conférence, les participants ont été invités à identifier des points d'action. Nous les présentons par catégorie d'acteurs contribuant au système local de santé.

Au niveau de la fourniture de soins de santé

Une des caractéristiques importantes de la qualité des soins est de placer le patient au centre des soins, c'est à dire un processus par lequel une perspective bio-psycho-sociale est utilisée par les travailleurs de la santé dans une approche plus large où la maladie et l'expérience de la maladie sont activement explorées, et où des tentatives sont faites pour trouver un terrain d'entente entre les patients et les travailleurs de santé menant à des décisions prises de commun accord. Placer le patient au centre des soins n'est pas une tâche aisée. Cela nécessite non seulement des méthodes cliniques appropriées mais aussi un environnement structurel et organisationnel (par exemple assez de temps pour chaque patient) où le soin centré sur la patient peut se réaliser. **L'attention au patient, mais aussi la qualité des soins et des services doivent recevoir beaucoup plus d'attention de la part de tous les acteurs.** Au niveau des structures, cela va exiger dans de nombreux endroits la transformation structurelle des habitudes et pratiques. L'importance d'aborder les soins centrés sur le patient dès les programmes de formation de premier cycle a été soulignée.

Les transitions démographiques et épidémiologiques rendent inévitable de réévaluer la composition de l'ensemble des activités et, plus fondamentalement, de réexaminer attentivement l'allocation des ressources et l'expertise médicale en particulier. Le temps où les médecins travaillaient uniquement soit comme cliniciens à l'hôpital, soit à des postes de direction, est terminé. **Cette transformation doit être gérée de façon proactive.** La présence croissante de médecins dans les soins ambulatoires (comme prestataires de soins de première ligne ou comme spécialistes) reflète les changements à la fois de la demande et de l'offre. Cette transformation représente une puissante opportunité mais aussi une source potentielle de « tension » dans le système local de santé. C'est une opportunité parce que cela permet en principe d'augmenter fortement la capacité technique y compris l'élargissement du paquet de services offert à la première ligne. C'est aussi une source de tension parce que cela nécessite la réévaluation de la nature de l'interaction entre ces médecins et l'équipe de gestion du district. Comment cette interaction devrait-elle être organisée ? Y a-t-il encore un rôle pour la supervision ou devrions-nous opter pour une 'intervision' c'est-à-dire des pairs qui se donnent des feedbacks les uns aux autres ? Quel est l'impact des médecins de première ligne sur la définition du paquet d'activités au niveau de l'hôpital ? Comment les systèmes de référence et contre-référence doivent-ils être organisés (y incluant les spécialistes) ? Enfin et surtout, quel cadre réglementaire doit être conçu pour assurer que

les médecins en pratique privée agissent selon une logique publique, en maintenant l'accès des gens à des soins de santé sûrs et de qualité ?

La délégation de tâches médicales (aussi connue comme «le transfert des tâches » ou '*task shifting*') à du personnel de santé moins qualifié a été une caractéristique des systèmes de santé en Afrique depuis un siècle. Lors de la mise en place du système de santé moderne, la pratique a consisté à mettre en place des assistants médicaux et des cliniciens non médicaux qui prenaient en charge les tâches des médecins, eux-mêmes surchargés et positionnés aux seuls niveaux névralgiques. Aujourd'hui, les infirmiers praticiens constituent (encore) l'épine dorsale des systèmes de soins de santé primaires africains, en particulier dans les zones rurales. Il y a cependant encore une portée plus large à la délégation des tâches: à savoir la délégation de tâches à des agents de santé communautaires et des personnes sans formation médicale. Parmi cette dernière catégorie, il y a le cas spécial des experts par expérience (comme par exemple les patients experts) qui combinent un aperçu unique de la réalité de la maladie (que les professionnels n'ont pas) avec une forte motivation intrinsèque. Les agents de santé communautaire quant à eux, font un retour en force à l'agenda des politiques publiques de santé. Dans un nombre croissant de situations, ils complètent les services formels de santé de première ligne apportant un nombre de services essentiels plus près des gens tout en étant un moteur pour le développement communautaire et l'autonomisation. Avec la présence de plus nombreux de médecins à la première ligne, mais aussi des pharmacies, y compris dans les zones rurales, cela change graduellement l'échiquier : les systèmes de santé locaux intégreront une plus grande mixité de prestataires avec des qualifications beaucoup plus hétérogènes. Cette évolution nécessitera plus de surveillance et d'évaluation. Une responsabilité primordiale des équipes de gestion de district sera d'assurer que les avantages comparatifs de chaque type de prestataires de soins soient saisis et que **tous ces acteurs travaillent ensemble pour qu'un système local de santé cohérent puisse être construit.**

Au niveau de l'équipe du district de santé

Après la Déclaration de Harare, l'équipe de gestion du district de santé s'est vu confier un rôle pivot dans le développement du système de district de santé. De nombreuses attentes ont été posées sur ces équipes, probablement de façon exagérée : l'analyse des données de santé, la planification, la budgétisation, l'allocation des ressources, le leadership, la coordination de la réponse aux situations d'urgence, la surveillance, la formation, le *coaching* ... L'écart entre cette vision et la réalité a parfois été énorme, surtout dans les endroits où la stratégie de district a été mise en œuvre de manière trop bureaucratique, ignorant la nature complexe des systèmes de santé et manquant de la réactivité nécessaire pour intégrer les priorités de la population dans la planification du district de manière *bottom-up*.

Dans le nouvel environnement émergent, beaucoup plus "ouvert", mais aussi plus complexe, le contrôle direct n'est évidemment plus une option. Le nouvel environnement nécessite des gestionnaires de district qu'ils renforcent leurs capacités de *stewards* du système local de santé.

Cela nécessite tout d'abord que les Ministères de la Santé et leurs partenaires aident les bureaux de district à devenir des **organisations apprenantes**. Les équipes de gestion de district doivent faire plus

d'efforts pour écouter les gens, respecter leur autonomie, mais elles ont aussi besoin de recueillir des informations quantitatives et qualitatives sur leurs besoins en matière de santé, d'identifier ce qui pourrait être fait *ensemble* pour répondre à ces besoins. Ils ont également besoin de recueillir des renseignements sur la performance des différentes composantes du système de santé local et sur les goulots d'étranglement qui l'entravent. L'état d'esprit des responsables de la santé a besoin de changer, d'abord et avant tout. Lors de la conférence, nous avons également appris que la technologie a un rôle à jouer: les TIC (Technologies de l'Information et de la Communication) peuvent offrir de nouvelles possibilités passionnantes pour l'autonomisation des équipes de gestion de district dans ce rôle. Les TIC peuvent améliorer, entre autres, la collecte des données sur la performance, la comparaison et la rétro-information aux parties prenantes, tout en facilitant une plus grande responsabilisation et la réactivité au sein du système de santé. Nous croyons également que les équipes de gestion de district travaillant sur un mode d'organisation apprenante seront plus attentives à faciliter l'innovation et à favoriser l'adoption de bonnes pratiques (qu'on ne devrait pas attendre exclusivement d'en haut ou de partenaires techniques et financiers).

Si les équipes de district de santé ont un rôle clé à jouer dans la gestion du système de santé local, elles ne devraient toutefois pas effectuer cette tâche seules. Leur préoccupation devrait être de **construire des coalitions d'acteurs locaux dédiés à la santé de la population**. Cela implique un changement dans leurs pratiques. Par exemple, elles doivent repenser le processus de planification pour en faire un instrument flexible de coordination et l'alignement de tous les acteurs ; au lieu d'être essentiellement une autorité, les équipes-cadres doivent devenir **responsables, organisatrices et facilitatrices de processus**.

Pour réaliser cette transition, un changement dans les compétences et le profil des équipes de gestion de district sera nécessaire. Ces dernières doivent être des équipes multidisciplinaires performantes dans lesquelles certaines personnes au moins possèdent un éventail de compétences (par exemple, des techniques de négociation) qui leur permettent de coordonner efficacement la diversité croissante et l'ensemble autonome des acteurs de la santé. Cela nécessitera un soutien actif, notamment l'adoption au niveau national de politiques, de directives et de règlements qui définissent clairement les nouvelles tâches et les responsabilités des gestionnaires de district. Un renforcement substantiel des capacités sera également nécessaire.

Au niveau des autorités locales

La décentralisation est un principe clé de la Déclaration de Harare. La décentralisation offre des opportunités uniques pour le renforcement des systèmes de santé locaux, car elle oblige le gestionnaire de district et les services de santé à travailler en étroite collaboration avec la population qu'ils desservent. Le plan d'action lié à la Déclaration d'Harare a été mis en place avec une détermination variable selon les pays et les domaines (cf. la sur-centralisation persistante de la répartition du personnel de santé).

Prendre une perspective historique est important pour comprendre pleinement la question de la décentralisation. Grâce à la stratégie du district de santé, le secteur de la santé était en fait un secteur

pionnier dans l'ordre du jour de la décentralisation dans de nombreux pays africains. Malheureusement, après ce début en tête, le secteur de la santé a eu tendance à vivre dans sa propre « bulle » dans de nombreux pays. Dans l'ensemble, il n'a pas accordé suffisamment d'attention au nouvel agenda de la décentralisation politique et administrative qui a balayé l'ensemble du continent au cours de la dernière décennie. A de nombreux endroits, lorsque les réformes ont été mises en place, le secteur de la santé s'est exclu lui-même du processus, en grande partie sur base de l'évaluation que les gouvernements locaux étaient de toute façon trop faibles techniquement pour jouer un rôle pertinent. Cependant, la redistribution du pouvoir entre les autorités centrales et locales ne fera qu'augmenter, compte tenu de la hausse des attentes des citoyens et de la domination économique croissante des zones métropolitaines. **Il est donc essentiel pour les autorités sanitaires d'adopter une approche plus proactive à l'égard de l'agenda de la décentralisation.**

Une priorité est d'entamer le dialogue sur les éléments qui sont (ou doivent être) décentralisés. Bien sûr, les autorités sanitaires centrales (avec participation importante de l'état ou des autorités provinciales dans les grands pays tels que la République Démocratique du Congo, l'Ethiopie ou le Nigéria) doivent assurer leur leadership dans la direction du secteur de la santé dans son ensemble. Il leur revient, par exemple, de recueillir des renseignements sur les besoins de santé et les interventions coût-efficaces pour y remédier, et de fixer des priorités et des normes, grâce à des instruments tels que les politiques, la réglementation, la définition de paquets d'activités, de listes de médicaments essentiels, mais aussi par de nouveaux leviers, tels que l'achat stratégique. Beaucoup d'autres responsabilités – par exemple, la propriété des infrastructures – peuvent probablement être déléguées aux autorités locales. A de nombreux endroits, la coordination des systèmes de santé locaux serait également plus facile si les limites des districts de santé étaient ajustées en fonction des limites administratives.

Le dialogue avec les autorités locales et les acteurs présents à des niveaux décentralisés devrait aussi viser à faciliter le transfert flexible de compétences et de ressources financières, avec les appuis requis en termes de renforcement des ressources humaines. Compte tenu de son profil technique élevé, l'équipe de gestion du district aura encore un rôle clé à jouer dans de tels systèmes décentralisés ; une question sera de trouver la meilleure articulation avec les autorités locales, tout en maintenant une bonne connexion avec le Ministère de la Santé. Une coordination efficace avec les gouvernements locaux est essentielle pour assurer la collaboration intersectorielle et l'action au niveau local sur les déterminants non-médicaux de la santé.

Au niveau national (le gouvernement entier)

La Déclaration de Harare a été suivie par de nombreuses déclarations et engagements, qui n'ont pas toujours été pleinement mis en œuvre. Nous rappelons aux gouvernements et aux ministères des finances leur engagement à Arusha et plus récemment à Tunis à la conférence sur l'Optimisation des Ressources.

Les réformes pour stimuler la responsabilité des gouvernements et des secteurs publics envers les citoyens et les usagers doivent être soutenues. Les gouvernements centraux peuvent faciliter les

transformations de leur Ministère de la Santé en organisation apprenante en charge du pilotage stratégique de la santé de la nation par (1) l'enrichissement de la boîte à outils politiques avec des instruments tels que l'exploitation des données, le partenariat pour la promotion de la santé, les achats stratégiques, la conclusion de contrats et la réglementation et (2) l'ouverture des espaces politiques et techniques afin que le Ministère de la Santé puisse développer le leadership de l'action intersectorielle et de la « Santé dans toutes les politiques ».

Ces changements au niveau national assureront un environnement encourageant pour une attitude et une action similaire au niveau du district.

Pour envoyer un signal clair, nous recommandons aux gouvernements d'attribuer des ressources à l'action intersectorielle dans le prochain budget. En particulier, le sous-financement marqué du secteur de la protection sociale doit être traité.

Au niveau national (Ministère de la Santé)

Nous rappelons aux Ministères de la Santé d'autres engagements plus récents, en particulier ceux qu'ils ont pris à Ouagadougou en 2008 («Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique») et à Tunis en Juillet 2012 ("Déclaration de Tunis sur l'optimisation des ressources, la soutenabilité et la redevabilité dans le secteur de la santé »). Nous considérons aussi la résolution 2012 de l'Assemblée générale des Nations Unies en faveur de la Couverture Sanitaire Universelle comme un grand pas en avant. Nous voyons tous ces engagements politiques, comme propices à de solides systèmes de santé locaux.

Une des failles dans la mise en œuvre de la Déclaration de Harare a été une interprétation assez restrictive de ce que le système de santé est : seulement les établissements de santé, en excluant même les prestataires de soins à but lucratif du paysage. **Nous exhortons les ministères de la Santé à adopter une vision beaucoup plus globale et flexible du système de santé.** Ce dernier inclus aussi des acteurs qui ne sont pas sous son autorité directe comme des individus, des ménages, des communautés, des agents de santé communautaire, des prestataires de soins à but lucratif ou des acteurs d'autres secteurs. Adopter une telle vision inclusive exige de nouvelles orientations politiques au niveau des pays.

1. Il est de la responsabilité du Ministère de la Santé d'orienter l'ensemble du processus en recueillant pro-activement des renseignements sur (1) la façon appropriée de surmonter les obstacles qui empêchent la réalisation de l'agenda de réduction de la mortalité infantile et maternelle; (2) les conséquences des transitions épidémiologiques et démographiques sur systèmes nationaux et locaux de santé. Dialogue, conseil et suivi seront des processus clés pour développer une influence.
2. Il est aussi de sa responsabilité de développer des politiques de partenariat innovant avec tous les acteurs dont les activités ont un impact direct ou indirect sur la santé de la nation.
3. Le Ministère de la Santé peut déjà orienter les équipes de district de santé vers ce nouveau programme, en revoyant, avec eux, leur rôle exact. Cela peut impliquer de leur attribuer de

nouveaux rôles (voir les sections ci-dessus), d'investir dans le renforcement des capacités (par exemple, pour fonctionner comme des «organisations apprenantes»), mais aussi peut-être en reconnaissant que certaines fonctions qui leur ont été confiées jusqu'à présent peuvent être mieux traitées à un autre niveau. Le processus de réorientation devrait inclure une révision critique du processus de planification, guidé par le centre mais entrepris en consultation avec les gestionnaires de district, afin d'adapter cet outil à l'évolution du contexte.

4. Le Ministère de la Santé doit veiller à ce que les équipes de district aient les ressources nécessaires à leur mission, mais soient également tenues pour responsables de leur performance, éventuellement par le biais des tableaux de classement, de *benchmarking*, de partage transparent via les plates-formes en ligne, de récompenses financières ou de sanctions.
5. Nous encourageons les Ministères de la Santé à élargir leur boîte à outils de mécanismes politiques, tant au niveau central que décentralisé. Les équipes à la fois au niveau central et du district de santé doivent être en mesure d'utiliser un spectre beaucoup plus large d'approches et d'instruments pour aligner tous les acteurs sur la Couverture Sanitaire Universelle. Ces instruments comprennent: des plates-formes de dialogue, le renforcement des capacités, la planification du secteur de la santé, les mécanismes de paiement des prestataires, l'autorité de régulation ...
6. Au sein de l'ensemble du système de santé, il est nécessaire de promouvoir une culture de l'innovation, d'avoir une forte capacité de surveillance et d'évaluation, de diffuser rapidement les leçons et de passer à l'échelle les stratégies réussies. Un dialogue interne devrait être favorisé afin de porter des innovations développées de manière autonome par les acteurs communautaires et les équipes de district à l'attention du Ministère de la Santé, car elles peuvent être ignorées par les partenaires techniques et financiers.
7. Au sein de la pyramide de la santé publique, il est nécessaire de promouvoir une culture de la responsabilité pour les résultats, avec des mécanismes de reddition de comptes vers le haut et vers le bas. Des arrangements institutionnels tels que des contrats sont des instruments essentiels pour atteindre de tels objectifs. Nous recommandons aux Ministères de la Santé de piloter et d'élaborer des stratégies novatrices qui aident les acteurs à adopter des comportements de consolidation de la bonne santé et du bien-être. Il s'agit notamment de mesures d'incitation pour assurer la présence de personnel qualifié dans les zones mal desservies, des mécanismes de financement des soins de santé du côté de l'offre et de la demande, le transfert d'informations aux différents acteurs sur leurs droits et devoirs, mais aussi le transfert prudent et progressif de certains droits décisionnels clés aux établissements de santé (par exemple, embaucher et licencier, les heures d'ouverture).
8. La recommandation d'autonomiser les individus, les ménages et les communautés suggère une ligne d'action à leur égard qui ne devrait pas seulement être « instrumentalisante ». Il y a un besoin d'instruments de politique pour appuyer la capacité de ces acteurs à identifier les problèmes par eux-mêmes et leur permettre de décider des priorités et des solutions.
9. Les Ministères de la Santé doivent être plus engagés à aligner les prestataires privés de soins de santé sur la Couverture Sanitaire Universelle pour prévenir et corriger les effets pervers de l'économie de marché sur les services de santé. Nous pensons que la régulation ne suffit pas. Les gouvernements devraient créer des conditions pour impliquer le secteur privé avec des

politiques de partenariat public-privé qui offrent une perspective à long terme de collaboration. C'est pourquoi nous faisons appel à des arrangements institutionnels novateurs, comprenant des programmes tels que l'accréditation, la contractualisation et le financement basé sur la performance qui les motivent et les séduisent pour modifier leurs pratiques.

Au niveau régional

La conférence de Dakar a été organisée conjointement par l'OMS AFRO, l'OOAS et l'UNICEF, organisations toutes actives au niveau régional. Ensemble, nous avons convenu qu'ils ont un rôle clé à jouer dans la promotion et le soutien à la mise en place de cette nouvelle vision du district de santé au niveau des pays. Ceci est parfaitement cohérent avec leur engagement renouvelé en faveur des soins de santé primaires, tel que formulé dans la «Déclaration de Ouagadougou sur les soins de santé primaires et les systèmes de santé en Afrique» (2008).

Ils peuvent contribuer de plusieurs façons (voir aussi "les partenaires techniques et financiers"), mais l'un de leurs avantages comparatifs est le fait qu'ils lient les pays entre eux et permettent ainsi la mise en réseau entre les décideurs des pays et des experts techniques. En d'autres termes, ils facilitent l'échange d'expériences, y compris au niveau régional.

Nous les invitons à :

1. Assister les pays dans la mise en place de cette nouvelle vision en cohérence avec la Déclaration de Ouagadougou.
2. Soutenir un programme régional de connaissances sur les questions qui peuvent particulièrement bénéficier de l'échange d'expériences entre les pays. Plus particulièrement (mais pas exclusivement), nous avons les défis suivants à l'esprit : comment développer de nouvelles capacités (par exemple, le *stewardship* et l'apprentissage organisationnel) au niveau décentralisé ; comment positionner le système de district de santé dans le processus de la décentralisation politique et administrative en cours ; comment améliorer la coordination des prestataires de santé dans les villes ; comment aborder les prestataires du secteur privé à but lucratif ; comment mettre en œuvre une approche multisectorielle et comment autonomiser les communautés et les individus dans la gestion de leur santé. Ces questions réservent certainement un rôle important à la recherche.
3. Pour améliorer ce programme régional de connaissances, nous exhortons les agences régionales à soutenir des plateformes et des mécanismes facilitant l'échange d'expériences, telles que des voyages d'étude et visites d'échange, des événements régionaux en face-à-face et des activités de connaissances en ligne. Nous espérons que l'excellent partenariat avec les communautés de pratique HHA continuera.

Nous nous félicitons de leurs encouragements au projet qui va être réalisé par la Communauté de Pratique 'Prestation des Services de Santé' et qui vise à établir un réseau d'équipes de gestion de district sur l'ensemble du continent.

Au niveau des partenaires techniques et financiers

Plusieurs partenaires techniques et financiers des pays africains, en plus des organismes multilatéraux et régionaux, étaient présents à la conférence de Dakar. Nous espérons que le partenariat très favorable en faveur des districts sanitaires qui prévalait dans les années quatre-vingt et nonante peut être revigoré.

Aux partenaires qui souhaitent contribuer à la mise en œuvre de cette nouvelle vision, nous recommandons les domaines suivants pour l'action.

Nos premières recommandations vont aux partenaires techniques et financiers comme un groupe d'acteurs :

1. Accompagner les pays dans cette transition vers une approche plus ouverte et flexible des districts de santé.
2. Travailler d'abord sur les obstacles qui sont dus en partie à des insuffisances au niveau de la coordination, l'alignement et l'harmonisation de leurs instruments d'aide. Une priorité est le fardeau, porté par les districts et les structures de santé, causé par la multiplication des processus de collecte de données parallèles. Tous les partenaires techniques et financiers devraient reconnaître et soutenir le nouveau rôle du bureau de gestion du district comme coordinateur global de toutes les activités liées à la santé et accepter d'aller vers l'intégration de leurs interventions dans le plan de district (un plan, un budget, un processus de suivi).
3. Contribuer à une plus grande intersectorialité par la mise en place de mécanismes de coordination entre les organismes d'aide qui sont actifs dans différents secteurs, en pleine coordination avec les différents ministères de tutelle, bien sûr.
4. Maintenir leurs efforts pour le renforcement des systèmes locaux de santé dans les zones rurales éloignées.
5. S'éloigner progressivement d'un paradigme soulignant les gains à court terme en faveur du paradigme émergent du développement durable, tout en assurant une préoccupation majeure pour la réduction de la pauvreté et une plus grande équité.

A chaque partenaire individuel, nous recommandons :

1. Adaptez vos interventions au contexte local. Dans les états fragiles, favorisez le support global aux districts de santé.
2. Mettez le véritable dialogue entre les gens et les professionnels de santé (à nouveau) en haut de votre agenda.
3. Si votre instrument d'aide principal est l'approche « projet », utilisez sa souplesse pour réaliser des pilotes de nouvelles stratégies pour relever les défis insuffisamment abordés jusqu'ici (par exemple, la coordination des acteurs de la santé dans les villes, l'alignement des prestataires privés à but lucratif). Impliquez les entrepreneurs sociaux et des innovateurs en matière de TIC pour apporter de nouvelles idées et de l'énergie. Assurez-vous que les nouvelles stratégies sont

bien documentées et sont rigoureusement évaluées (une faiblesse aujourd'hui de beaucoup de vos projets).

4. Faites l'investissement que d'autres acteurs ne peuvent pas ou hésitent à faire. Par exemple, nous vous encourageons à développer le leadership dans de nouveaux domaines tels que le développement d'outils de TIC pour des systèmes de santé plus performants. Cela comprend de développer des outils et des capacités pour les renseignements de santé publique au niveau national et décentralisé et la redevabilité au travers des données avec une attention particulière à : l'adaptation des solutions aux contraintes opérationnelles de certains pays, des interfaces conviviales, l'interopérabilité entre les programmes et les acteurs, le contrôle des pays par la préférence pour des logiciels libres.
5. Assurez-vous que les équipes de district sont pleinement impliquées dans la redéfinition de leurs rôles et missions. Les secteurs autres que la santé doivent être impliqués dans ce processus.
6. Consolidez au niveau national et décentralisé, les capacités techniques requises pour les nouvelles fonctions (par exemple l'achat stratégique, le district comme organisation apprenante ...).
7. Soutenez la documentation et la dissémination d'expériences en lien avec le nouvel agenda des districts.

Au niveau de la communauté scientifique et éducative

Pendant les 3 jours de la conférence, nous avons identifié plusieurs questions de recherche prioritaires liées au nouvel agenda du district. Il y a un besoin urgent de collecter des preuves empiriques, entre autres, sur les obstacles à la prestation des interventions à haut impact, sur les arrangements institutionnels appropriés, sur la façon de développer des systèmes de santé locaux dans un environnement urbain, sur la façon de collaborer avec des prestataires privés, sur la façon de mettre en œuvre une approche multisectorielle et multi-acteurs et sur la façon d'autonomiser les communautés et les individus dans la gestion de leur santé. Nous recommandons une évaluation minutieuse des stratégies s'appuyant sur les incitations financières. Le fait que nombre de ces questions soient sur le « comment » suggère la nécessité (1) d'un programme de recherche opérationnelle, impliquant des équipes de gestion de district, dans le but de produire des recommandations opérationnelles claires et réalisables et (2) d'un programme de recherche sur la mise en œuvre accordant une attention suffisante au contexte, aux acteurs et aux interventions mises en place, qui s'appuie sur des méthodes telles que des études de cas (comparatifs), des recherches-actions ...

Il y a de nombreuses lacunes dans les habilités et les compétences des responsables nationaux et locaux de la santé, en particulier dans les domaines de la gestion et du leadership. Pour combler ces lacunes dans les compétences, il faudra mettre à jour les programmes de formation et utiliser une approche de formation flexible pour répondre aux besoins actuels et futurs des gestionnaires des systèmes de santé. Les établissements d'enseignement africains (par exemple, les facultés de médecine, les écoles de santé publique) ont une responsabilité essentielle à cet égard.

Au niveau de la Communauté de Pratique 'Prestation de Services de Santé'

Nous, participants, avons apprécié le sentiment de passion et d'engagement pendant ces trois jours de conférence. Nous encourageons l'équipe de facilitation à soutenir l'implication d'un plus grand nombre d'experts dans les activités générales de facilitation.

Nous nous félicitons de leur nouveau projet visant à mettre en relation les équipes de gestion de district sur l'ensemble du continent. Nous nous engageons à les aider dans cette entreprise ambitieuse.



Douze priorités pour des districts de santé plus performants dans une Afrique en pleine mutation

Nous, participants à la conférence régionale ou membres de la communauté de pratique 'Prestation des Services de Santé' recommandons aux ministères de la santé d' être plus pro-actifs dans l'identification des conséquences que les grands changements, en cours et à venir, dans les sociétés africaines vont avoir sur les populations et donc sur systèmes de santé locaux.

1. **Diriger des systèmes de santé pluralistes** - Les Ministres de la Santé et les autres acteurs doivent adopter une vision des systèmes locaux de santé beaucoup plus inclusive et flexible qui reconnaisse que les sociétés africaines d'aujourd'hui sont pluralistes. Cette nouvelle vision a de nombreuses implications majeures au niveau institutionnel. La plus importante est la nécessité d'adopter des approches de *stewardship* intégratives, flexibles et basées sur l'information. Il s'agit de mobiliser au niveau national et districtal de nouvelles façons de penser, de nouvelles compétences et instruments politiques (tels que l'analyse systématique des données, le *benchmarking*, l'achat stratégique et des mécanismes assurant la redevabilité envers les citoyens).
2. **Responsabilité pour les résultats** - Etant donné les attentes plus grandes des citoyens, les Ministres de la Santé et les agences gouvernementales doivent instaurer une culture du résultat, avec des mécanismes de responsabilisation à la fois descendants (vers les usagers et citoyens) et remontants (vers elles, les autorités publiques). Dans de nombreux pays, une meilleure performance des systèmes locaux de santé va exiger un remodelage substantiel des arrangements institutionnels et des mécanismes d'incitations (comme le financement basé sur les résultats).
3. **Autonomisation des individus et des communautés** - Nous invitons les gouvernements locaux et centraux, les ministères de la santé, les équipes de gestion du district et les partenaires à développer un ambitieux programme d'action intersectorielle pour autonomiser les communautés et les individus afin qu'elles puissent faire face aux défis existants et émergents (comme les déterminants des maladies non-transmissibles). Leurs capacités doivent être renforcées de façon à qu'ils deviennent de véritables partenaires pour l'analyse de leurs problèmes de santé, et pour la planification, l'exécution et l'évaluation des interventions de santé, que ces dernières soient menées par eux ou par les prestataires professionnels.
4. **Qualité des soins** - En vue de mieux prendre en compte les ressources accrues et les plus grandes attentes des utilisateurs, les ministères de la santé, les équipes des districts et les formations sanitaires doivent adapter et améliorer l'offre de services. Au niveau des structures de santé, la qualité des soins et plus particulièrement les soins centrés sur les patients, doivent recevoir beaucoup plus d'attention. Au niveau des systèmes de santé, une redéfinition du rôle et du fonctionnement des hôpitaux dans leur contexte spécifique doit avoir lieu.
5. **Action multisectorielle** - Les ministères de la santé et leurs partenaires doivent ajuster le système du district sanitaire et la fourniture de services aux changements épidémiologiques et démographiques. Nous encourageons les pays à expérimenter de nouveaux modèles de services de santé accompagnés d'une documentation minutieuse des leçons apprises. La transition épidémiologique, mais aussi la toujours persistante nécessité de faire reculer la mortalité infantile,

nécessitent également des ministères, des équipes de gestion des districts de renforcer leurs capacités à s'engager avec d'autres secteurs pour mettre en œuvre d'ambitieux approches multi-sectorielles pour une meilleure santé.

6. **La santé dans les villes** - L'urbanisation s'accélère. Nous encourageons tous les acteurs à développer un programme de recherche et de développement des connaissances d'envergure autour de la santé en contexte urbain et péri-urbain (que faire et comment le faire).
7. **Partenariats publics-privés** – Les prestataires privés sont à la fois un défi et une opportunité. Nous recommandons fortement aux gouvernements de créer les conditions adéquates pour collaborer avec le secteur privé en définissant des politiques de partenariat, des recommandations, des critères pour la collaboration et des systèmes de financement qui offrent une perspective de collaboration à long terme ; ce qui nécessite le développement de l'expertise et de boîte à outils d'instruments de politique appropriés pour aligner les prestataires privés à but lucratif sur l'objectif de la Couverture Sanitaire Universelle et cela à la fois au niveau central et au niveau du district.
8. **Équité** - Tous les acteurs vont devoir s'unir sous la bannière de la Couverture Sanitaire Universelle afin d'atténuer l'injustice et l'inégalité d'accès aux services de qualité qui risque d'être aggravée par l'augmentation (supplémentaire) des inégalités au sein des pays. Les responsables des systèmes locaux de santé vont devoir développer une réelle collaboration avec les acteurs sociaux engagés dans la lutte contre la pauvreté.
9. **Décentralisation** - Il est essentiel pour les autorités sanitaires d'adopter une approche plus proactive vis-à-vis de l'agenda de la décentralisation ; la priorité dans de nombreux pays, est d'ouvrir le dialogue sur les éléments qui doivent être décentralisés, le transfert des ressources et des capacités et la meilleure articulation de l'équipe de gestion du district avec les autorités locales tout en conservant une connexion avec le Ministère de la Santé.
10. **Technologies de l'Information de la Communication** - La puissance des TIC pour améliorer la gouvernance et la redevabilité, l'équité, l'efficacité et l'efficience des systèmes de santé locaux n'a pas été suffisamment exploitée jusqu'ici. Nous croyons que l'Afrique, grâce à elles, peut progresser rapidement en développant des solutions adaptées à ses besoins. Nous recommandons aux partenaires techniques et financiers de soutenir financièrement le développement de solutions TIC adaptées aux systèmes de santé africains.
11. **Apprentissage continu** - Compte tenu de la transformation rapide de la société, il ne sera plus possible d'avoir des plans directeurs valables pour l'ensemble du pays. Au sein du système de santé dans son ensemble, il est nécessaire d'encourager toutes les organisations à adopter un modèle d'*organisation apprenante*, afin d'être capables de s'adapter avec souplesse à leur environnement complexe. Ce modèle est particulièrement pertinent au niveau des acteurs en charge de la coordination locale du système de santé (équipes de gestion de district, mais pas exclusivement). Le Ministère de la Santé et ses partenaires doivent les aider à acquérir les compétences et méthodes requises.
12. **L'aide** - Les partenaires techniques et financiers peuvent considérablement soutenir la mise en œuvre de cet agenda politique et des connaissances. Ils peuvent aussi faire une différence importante, en adoptant eux-mêmes des approches qui renforcent, au lieu d'instrumentaliser ou d'affaiblir les systèmes de santé locaux, notamment en adoptant des cadres temporels plus en phase avec les défis que l'on veut relever.

Trois souhaits

Nous, participants à la conférence régionale ou membres de la communauté de pratique 'Prestation des Services de Santé' croyons que la connaissance est un facteur majeur de changement.

1. Nous recommandons la mise sur pied d'un **groupe de travail régional** chargé (1) du suivi de la mise en œuvre des douze recommandations énumérées ci-dessus, (2) de la collecte de renseignements sur la façon dont la transformation du contexte va remodeler les systèmes et les politiques de santé en Afrique. Sous la houlette de l'OMS AFRO et travaillant en étroite collaboration avec la Communauté de Pratique, ce groupe sera pluridisciplinaire (économistes, sociologues, urbanistes, épidémiologistes, spécialistes des systèmes de santé ...), mais associera aussi des représentants des acteurs qui peuvent faire partie de la solution (avant tout, les ministères de la santé) ; ce groupe consultera par les technologies en ligne un groupe encore plus important de parties prenantes. Les termes de référence du groupe sera de produire des données permettant de suivre les progrès, les défis et fournir des conseils aux gouvernements, par exemple à travers un «livre blanc».
2. Nous suggérons à l'OMS AFRO d'influencer l'OMS à Genève pour qu'il dédie un des futurs Rapport Annuel de l'OMS à "La Santé dans les Villes".
3. La communauté des acteurs devrait confier un rôle majeur aux experts africains pour contribuer pleinement à la connaissance et à l'agenda politique pour des systèmes de santé locaux plus performants et plus équitables. Nous croyons que la **Communauté de Pratique Prestation des Services de Santé** est le meilleur véhicule pour un tel engagement.

