

Title: OED Précis no. 136 - Santé familiale au Zimbabwe
Job number: 98F0708
Language: English
Translations: French
Country: Zimbabwe
Input date: 8/5/99

Santé familiale au Zimbabwe

Selon une étude de l'OED, le premier projet de santé familiale financé par la Banque au Zimbabwe a permis d'améliorer la gestion et la prestation par le secteur public de services de santé en zone rurale, grâce à la modernisation d'hôpitaux et d'équipements sanitaires, à la formation d'agents de santé et à la création d'un centre d'information et d'éducation. Ce projet offre un bon exemple de la manière dont un pays peut mettre en place un système de soins de santé primaires performant. Les travaux de construction d'hôpitaux ont cependant été plus coûteux que prévu, et les efforts de décentralisation des services, entravés par la méconnaissance du rôle et des prérogatives des organismes publics, dont certains n'ont pas été associés à la préparation du projet.*

L'étude indique que les projets de travaux publics doivent prendre en compte des facteurs tels que la densité de la population, la demande de services et les spécificités régionales. Lorsque l'on envisage de modifier les responsabilités ou le budget d'un organisme public, il importe que les détails soient mis au point à l'avance et que les responsables de la planification saisissent bien les relations existant entre les différents organismes publics. L'emprunteur doit par ailleurs prendre une part active à la supervision administrative. Un second projet consacré à la santé a intégré les leçons de cette expérience.

En 1986, lorsque le projet sur la santé familiale financé par la Banque a été approuvé, le Zimbabwe affichait une croissance démographique annuelle telle que le pays aurait vu sa population doubler tous les 20 ans. La santé maternelle et infantile grevait lourdement le système de soins et nombre des problèmes touchant les mères et les jeunes enfants étaient dus à des maladies qui auraient pu être prévenues ou faire l'objet d'un traitement relativement simple.

Le projet visait à accroître la disponibilité et l'utilisation des services de planning familial ; à améliorer les services de santé maternelle et infantile ; et à doter l'État des moyens institutionnels de planifier, de gérer et d'évaluer les services concernés.

Il s'agissait :

- d'assurer la formation des cadres du ministère de la Santé ;
- de former des agents de santé au planning familial et à l'obstétrique et de mettre en place des structures de formation dans huit hôpitaux de district ;
- de moderniser huit hôpitaux de district (acquisition de matériel, formation et construction de logements pour le personnel) ;
- de moderniser et d'équiper 82 centres de santé publique et 20 structures de soins privés ;
- de proposer des services de planning familial dans 22 établissements urbains ; et
- de créer des services d'information, d'éducation et de communication en matière de planning familial et de santé.

Résultats

Renforcement institutionnel. Le projet a notablement contribué au développement institutionnel du secteur de la santé. C'est ainsi qu'a été mis en place un cours de formation destiné à permettre aux cadres de devenir administrateurs de district. Cette initiative a soutenu la dynamique de décentralisation du système de santé et amélioré la prestation des services de santé en libérant le personnel médical de certaines tâches administratives. Une formation interne à l'intention des cadres a également été assurée à tous les niveaux.

Formation. Le projet a également permis de former des formateurs de district et des infirmiers moniteurs dans les domaines du planning familial et de la santé maternelle et infantile. Depuis 1997, tous les infirmiers qui ont réussi une formation diplômante de base ou avancée peuvent donc assurer la prestation de ces services et la quasi totalité des infirmiers diplômés d'État ont reçu une formation en obstétrique et en planning familial (auparavant, 90 % d'entre eux n'avaient aucune formation en obstétrique). Le programme de formation de base a été entièrement remanié. La construction d'établissements de formation a permis d'abaisser les coûts en rendant inutile la location de chambres d'hôtel pour les étudiants.

Décentralisation. Le projet s'est révélé moins efficace du point de vue de la décentralisation des services du ministère de la Santé à l'échelon des districts. On n'a pas bien cerné ni compris ce qu'impliquait la décentralisation, ni la nature précise des liens existant entre les différents ministères, ce qui a donné lieu à des conflits. Environ 9 000 agents sanitaires villageois — qui constituaient la plus grosse réserve d'animateurs de proximité — relevant du ministère de la Santé ont ainsi été transférés vers un autre ministère, et leur mission, redéfinie. Cela s'est traduit par une pénurie prolongée d'animateurs sanitaires sur le terrain.

Infrastructure. En tout, 58 centres de santé et 18 structures sanitaires ont été modernisés ou construits. La construction des hôpitaux de district a néanmoins donné lieu à des dépassements de délais et de coûts (les estimations initiales étaient inférieures de moitié environ aux coûts effectifs). Le projet s'est appuyé sur un modèle normalisé de 140 lits, sans qu'il soit tenu compte des disparités entre districts en termes de population et de statistiques de fréquentation. La capacité des hôpitaux s'est ainsi révélée excessive dans certains districts au regard du nombre d'habitants et des besoins de la population locale, et insuffisante dans d'autres pour répondre à la demande. Le ministère des Travaux publics et du logement n'avait pas participé à la préparation du projet et les différences de procédures entre ce ministère et celui de la santé ont conduit à des retards administratifs.

Planning familial. Le lancement du volet sur le planning familial en milieu urbain a été retardé, en partie parce que l'on ignorait quel serait le département responsable de sa mise en œuvre. Huit des 22 centres prévus ont été créés, mais les municipalités responsables des dispensaires locaux n'ont pas été conviées aux réunions préparatoires, et aucun lien organisationnel n'a été instauré entre le ministère de tutelle et ces dispensaires. Les hôpitaux ont bénéficié de formations et d'équipements, mais moins que ne le prévoyaient les plans initiaux.

Diffusion. Un centre audiovisuel pour l'information, l'éducation et la communication a ouvert ses portes. Destiné à l'origine à l'usage du ministère de la Santé, il a néanmoins été hébergé et utilisé le plus souvent par le Conseil national du planning familial. Au départ, une certaine confusion a régné quant à savoir laquelle de ces deux entités était responsable du centre. Les différences entre les procédures appliquées par ces deux organismes ont par ailleurs pesé sur leurs relations, ce qui explique que le centre n'ait pas été exploité au mieux de ses possibilités.

Viabilité. L'achèvement de l'équipement des établissements médicaux et la formation d'un grand nombre de personnels de santé et de formateurs sanitaires devraient sensiblement contribuer à la

préservation des acquis du projet. Indépendamment du projet, deux facteurs risquent cependant d'affecter le secteur de la santé à l'avenir : la profonde crise économique, qui limite sérieusement les disponibilités budgétaires, et l'épidémie d'infections par VIH, qui pèse lourdement sur l'ensemble du système de santé.

Enseignements

Les enseignements tirés de cette expérience concernent principalement la coordination entre les organismes publics et le rapport coût-efficacité.

Coordination interministérielle. L'issue des projets impliquant une décentralisation est largement déterminée par la bonne compréhension et l'identification claire des relations existant entre les différents ministères. La connaissance des procédures propres aux divers services gouvernementaux aurait permis d'éviter les problèmes de réorganisation et de gestion du centre audiovisuel. Le fait que la Banque n'ait pas bien compris les relations existant entre le ministère de tutelle et les municipalités — ni les différences de procédures — explique en partie les médiocres résultats du volet consacré au planning familial en milieu urbain.

Une collaboration fructueuse entre des organismes de tutelle à vocation différente exige davantage qu'une simple vision commune des grands principes à privilégier. Avoir des objectifs identiques est important mais ne remplace en aucun cas l'étude minutieuse (effectuée de préférence lors de la phase préparatoire) et l'identification des procédures et des dispositions administratives à modifier pour garantir une coopération efficace.

Les services de la Banque doivent être capables d'apprécier avec justesse les prérogatives des différents ministères en matière budgétaire et le degré d'autonomie dont ils disposent pour introduire des changements organisationnels.

Coûts. Il importe, dès la programmation des travaux publics, d'évaluer précisément la demande locale de services et de déterminer le meilleur moyen d'obtenir et de répartir efficacement les compétences nécessaires. Il convient d'établir des plans suffisamment flexibles pour être modifiés, au besoin, et d'éviter d'appliquer un modèle « type », indépendamment des circonstances.

Il faut également suivre de près et dans le détail la conception du projet, les appels d'offres, la passation des marchés, la maintenance et les dépenses de fonctionnement. L'emprunteur doit s'impliquer activement dans la supervision administrative du projet et ses organismes publics doivent se montrer attentifs au rapport coût-efficacité. La Banque, quant à elle, doit veiller attentivement et en permanence au bon déroulement du projet tout au long de la mise en œuvre.

Mise en pratique des enseignements. Afin de diffuser les enseignements du projet, le Zimbabwe et la Banque ont animé des ateliers au sein de la Région Afrique australe de la Banque sur le thème de l'aménagement et de la gestion des structures. Les leçons de ce premier projet sont mises en pratique dans un deuxième projet de santé familiale, qui a été approuvé par la Banque en 1991 : un architecte a ainsi assuré la liaison entre le bureau du projet et le ministère des Travaux publics lors de l'établissement des plans des nouveaux hôpitaux et les coûts ont fait l'objet d'évaluations plus précises.

L'engagement des pouvoirs publics zimbabwéens à rendre des comptes et à rester vigilants sur les coûts est la garantie que ce deuxième projet sera plus performant que le premier ; cette opération devrait en effet permettre de construire deux fois plus d'hôpitaux que la précédente, pour le même coût. Une coordination a été mise en place entre le ministère de la Santé et le Conseil national du planning familial pour l'utilisation des équipements de production du centre d'information, d'éducation et de communication, et les relations entre ces deux organismes ne cessent de s'améliorer.

** Rapport d'évaluation rétrospective : "Zimbabwe Family Health Project", par Janet Nassim et Susan Stout, rapport n° 15944, 13 août 1996. Les Administrateurs et les agents de la Banque peuvent se procurer ce document auprès du Service de documentation interne et des centres régionaux d'information. Précis rédigé par Stefano Petrucci.*

Les *Précis* de l'OED ont pour objet d'informer les spécialistes du développement au sein de la Banque mondiale et à l'extérieur des conclusions et recommandations du Département de l'évaluation des opérations. Les opinions qui y sont exprimées sont celles du personnel du Département et ne sauraient être attribuées à la Banque mondiale ni aux institutions qui lui sont affiliées. Ces *Précis* et d'autres publications de l'OED peuvent être consultés sur Internet, au site : <http://www.worldbank.org/html/oed>. Les commentaires et demandes de renseignement doivent être adressés à la directrice de la rédaction, Rachel Weaving, téléphone : 1-202/473-1719, télécopie : 1-202/522-3200, courrier électronique : rweaving@worldbank.org